

Tromboembolismo Pulmonar (TEP)

Guia completo para diagnóstico e tratamento do TEP na emergência: estratificação de risco, anticoagulação plena, trombólise, manejo hemodinâmico e alta segura com anticoagulação oral.

Paciente típico: Adulto, 50-70 anos, com dispneia súbita, taquicardia e dor torácica pleurítica. História de imobilização recente, cirurgia ou viagem prolongada. Pode apresentar edema assimétrico de membro inferior.

? Guia rápido

Clique nos tópicos abaixo para ver detalhes

História clínica típica

História Clínica

Paciente relata dispneia de início súbito há [] horas/dias, de intensidade progressiva. Associada a dor torácica pleurítica (piora com inspiração profunda) em hemitórax [].

Taquicardia, sudorese e ansiedade.

Nega febre, tosse produtiva ou hemoptise.

Relata [] [cirurgia recente / imobilização prolongada / viagem longa / uso de anticoncepcional / neoplasia ativa].

Nega alergias medicamentosas.

Exame físico

REG, taquipneico, ansioso, sudoreico

PA: [] mmHg | FC: [] bpm (geralmente > 100) | FR: [] irpm (geralmente > 20) | Tax: []°C |

SatO2: []% em ar ambiente

Ausculta pulmonar: MV presente bilateralmente, sem ruídos adventícios

Ausculta cardíaca: bulhas rítmicas, taquicárdicas, [] [P2 hiperfonética]

Membros inferiores: [] [edema assimétrico em MIE/MID com empastamento de panturrilha / sem alterações]

Sinal de Homans: [] [positivo / negativo]

HD

- Tromboembolismo Pulmonar (TEP) - risco □ [baixo / intermediário / alto]
- Wells para TEP: □ pontos
- PESI simplificado: □ pontos

Conduta

- Monitorização contínua + acesso venoso periférico calibroso
- Oxigenoterapia conforme necessidade (alvo SatO₂ > 90%)
- Estratificação de risco (Wells, PESI, troponina, BNP)
- Anticoagulação plena imediata (Enoxaparina SC ou HNF EV)
- □ [Trombólise se instabilidade hemodinâmica]
- Solicitar: hemograma, função renal, troponina, BNP, D-dímero, AngioTC tórax
- Analgesia e controle de sintomas
- Alta com anticoagulação oral por no mínimo 3 meses
- Afastamento: □ dias

Prescrição para paciente típico

No pronto-socorro:

ANTICOAGULAÇÃO PLENA (iniciar imediatamente)

01. Enoxaparina 60mg/0,6mL (100mg/mL) – 01 seringa (0,6mL para 60kg), SC, de 12/12h
(Ajustar dose: 1mg/kg de 12/12h - máximo 100mg/dose)
(Se > 75 anos: 0,75mg/kg de 12/12h)
(Se ClCr < 30: 1mg/kg de 24/24h)

ANALGESIA

02. Dipirona 1g/2mL (500mg/mL) – 01 ampola (2mL) + 18mL SF0,9%, EV lento, de 6/6h

SUPORTE HEMODINÂMICO (se instabilidade)

03. Cristalóide (SF0,9% ou Ringer Lactato) 500mL EV em bolus, avaliar resposta
04. Norepinefrina 4mg/4mL – diluir em 246mL SG5%, iniciar 0,05mcg/kg/min, titular

SUPORTE RESPIRATÓRIO

05. Oxigênio suplementar S/N (cateter nasal 2-6L/min ou máscara)

SE INDICAÇÃO DE TROMBÓLISE (TEP maciço/instável)

06. Alteplase 50mg – diluir 100mg (2 amp) + 100mL SF0,9% EV em BIC, correr em 2h

Para casa:

01. Rivaroxabana 15mg ————— 42 comprimidos
Tomar 01 comprimido, V0, de 12/12h (durante 21 dias)
Após 21 dias: mudar para 20mg, V0, 01x/dia
Continuar por no mínimo 3 meses

02. Dipirona 500mg ————— 20 comprimidos
Tomar 01 comprimido, V0, de 6/6h, se dor

03. Rivaroxabana 20mg ————— 90 comprimidos
(Prescrever para uso após completar 21 dias com 15mg)
Tomar 01 comprimido, V0, 01x/dia, durante 90 dias

Para casa (receituário especial):

ANTICOAGULAÇÃO ORAL - CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO INICIADO NO PS

Observação: A rivaroxabana NÃO requer receituário especial.

Caso opte por varfarina:

01. Varfarina 5mg ————— 90 comprimidos
Tomar 01 comprimido, V0, 01x/dia em jejum
Ajustar dose conforme INR (manter entre 2-3)
Manter por no mínimo 3 meses
Controle de INR semanal até estabilização, depois mensal

? NO PRONTO-SOCORRO

- **⚠ MANEJO E CUIDADOS INICIAIS**
 - **Monitorização contínua:** PA, FC, FR, SatO2, ECG contínuo
 - **Acesso venoso calibroso:** preferir 2 acessos periféricos calibrosos
 - **Avaliação inicial:**
 - Identificar sinais de instabilidade hemodinâmica (PAS < 90mmHg, choque, PCR)
 - Avaliar necessidade de suporte respiratório (SatO2, FR, esforço respiratório)
 - Pesquisar fatores de risco (cirurgia recente, imobilização, neoplasia, TVP prévia)
 - **Estratificação de risco:**

- **Escore de Wells para TEP:** classificar probabilidade (baixa/intermediária/alta)
- **Escore PERC:** se baixa probabilidade e PERC negativo, considerar exclusão de TEP
- **Escore PESI simplificado:** estratificar risco de morte (0 pontos = 1% mortalidade; ≥ 1 ponto = 10%)
- **Exames complementares:**
 - Hemograma, função renal, eletrólitos, troponina, BNP/NT-proBNP
 - D-dímero (se probabilidade baixa/intermediária pelo Wells)
 - Gasometria arterial (pode mostrar hipoxemia e hipocapnia)
 - ECG (taquicardia sinusal, S1Q3T3, sobrecarga de VD)
 - RX tórax (geralmente normal; pode mostrar sinal de Westermark, corcova de Hampton)
 - **AngioTC de tórax:** exame confirmatório - identifica trombo como falha de enchimento
- **Sinais de alarme (TEP maciço):**
 - Instabilidade hemodinâmica: PAS < 90mmHg ou queda > 40mmHg por > 15min
 - Choque obstrutivo: hipoperfusão, oligúria, rebaixamento do nível de consciência, lactato elevado
 - Necessidade de drogas vasoativas
 - Parada cardiorrespiratória
- **Iniciar anticoagulação imediatamente** se alta probabilidade, mesmo antes da confirmação diagnóstica

• ANTICOAGULAÇÃO PARENTERAL PLENA

- **Prescrição prática:**
 - Enoxaparina 60mg/0,6mL (100mg/mL) – 01 seringa SC de 12/12h
 - Dose: 1mg/kg SC de 12/12h (dose máxima de 100mg por aplicação)
 - Se idade > 75 anos: 0,75mg/kg SC de 12/12h
 - Se ClCr < 30mL/min: 1mg/kg SC de 24/24h
 - Exemplo prático: paciente 70kg = 70mg (0,7mL) SC 12/12h
- **Alternativa (Heparina Não Fracionada):**
 - Heparina 5.000UI/mL – diluir 5mL (25.000UI) + 245mL SG5% EV em BIC
 - Concentração final: 100UI/mL
 - Bólus inicial: 80UI/kg EV (máximo 5.000UI)
 - Manutenção: infusão contínua 18UI/kg/h
 - Solicitar PTTa de 6/6h para ajuste (alvo: 1,5-2,5x o controle)
- **Indicações:**
 - Tratamento imediato do TEP confirmado ou altamente suspeito
 - Ponte para anticoagulação oral (quando não usar rivaroxabana/apixabana em monoterapia)
- **Apresentações:**
 - Enoxaparina: seringas prontas 20mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg

- Heparina não fracionada: ampolas 5.000UI/mL (5mL)
- **Via(s):** SC (Enoxaparina) | EV (Heparina não fracionada)
- **Cuidados:**
 - **Contraindicações:** sangramento ativo grave, plaquetopenia < 50.000/ μ L, AVCh recente, cirurgia de SNC recente
 - Monitorar plaquetas no D3 e D5 (risco de plaquetopenia induzida por heparina)
 - Enoxaparina preferível à HNF (mais fácil administração, não requer monitorização)
 - HNF preferível se: insuficiência renal grave (ClCr < 15), necessidade de reversão rápida, instabilidade hemodinâmica
 - Ajustar dose em obesos e idosos
 - Não usar HBPM se peso > 120kg ou < 40kg (preferir HNF)

• TROMBÓLISE / FIBRINÓLISE (TEP maciço com instabilidade)

- **Prescrição prática:**
 - Alteplase (rtPA) 50mg – diluir 100mg (2 ampolas) + 100mL SF0,9% EV em BIC, correr em 2 horas
 - Se em iminência de PCR ou já em PCR: 50mg em bólus + 50mg EV em 2 horas
- **Alternativas:**
 - Estreptoquinase 1,5 milhão UI – diluir + 150mL SF0,9% EV em BIC, correr em 2 horas (75mL/h)
 - Tenecteplase – dose única em bólus EV conforme peso:
 - < 60kg: 6mL | 60-69kg: 7mL | 70-79kg: 8mL | 80-89kg: 9mL | \geq 90kg: 10mL
- **Indicações:**
 - TEP com instabilidade hemodinâmica (PAS < 90mmHg, choque, necessidade de vasopressores)
 - Parada cardiorrespiratória por TEP
 - TEP submaciço com deterioração clínica (disfunção de VD + troponina elevada + sinais de descompensação)
- **Apresentações:**
 - Alteplase: frasco-ampola 50mg/10mL
 - Estreptoquinase: frasco-ampola 1.500.000 UI
 - Tenecteplase: frasco-ampola 50mg/10mL
- **Via(s):** EV
- **Cuidados:**
 - **ANTES de iniciar trombólise:** realizar procedimentos invasivos necessários (SVD, PAi, CVC)
 - **Contraindicações absolutas:**
 - AVCh ou AVC de origem desconhecida (qualquer tempo)
 - AVCi nos últimos 6 meses
 - Neoplasia do SNC
 - Trauma grave, cirurgia ou TCE nas últimas 3 semanas
 - Discrasia sanguínea ou sangramento ativo
 - Hemorragia digestiva alta < 1 mês

- **Contraindicações relativas:**
 - AIT nos últimos 6 meses, uso de anticoagulantes, gestação, puerpério (1ª semana)
 - Punção venosa em sítio não compressível, RCP traumática
 - PAS > 180mmHg refratária, insuficiência hepática, endocardite, úlcera péptica
 - Após trombólise, iniciar/manter anticoagulação plena
 - Se contraindicação ou falha: considerar embolectomia mecânica

• SUPORTE HEMODINÂMICO

- **Prescrição prática:**
 - Cristaloide (SF0,9% ou Ringer Lactato) 500mL EV em bolus, reavaliar após infusão
 - Norepinefrina 4mg/4mL – diluir em 246mL SG5% (concentração 16mcg/mL), iniciar 0,05mcg/kg/min, titular
 - Dobutamina 250mg/20mL – diluir em 230mL SG5% (1mg/mL), iniciar 2,5-5mcg/kg/min, titular
- **Indicações:**
 - Hipotensão (PAS < 90mmHg) ou sinais de hipoperfusão tecidual
 - Choque obstrutivo secundário ao TEP
- **Apresentações:**
 - Norepinefrina: ampola 4mg/4mL
 - Dobutamina: ampola 250mg/20mL
- **Via(s):** EV (infusão contínua em bomba)
- **Cuidados:**
 - ⚠ **PRINCIPAL CAUSA DE MORTE no TEP:** falência de ventrículo direito
 - **Restrição hídrica:** evitar sobrecarga volêmica (piora estresse de VD e isquemia)
 - Testar cristalóide em bolus cauteloso (máximo 500mL) antes de vasopressores
 - Norepinefrina: primeira escolha para choque com hipotensão
 - Dobutamina: considerar se disfunção de VD sem hipotensão grave (efeito inotrópico)
 - Monitorização rigorosa: PA invasiva, débito urinário, lactato
 - Combinação de norepinefrina + dobutamina pode ser necessária
 - Titular doses conforme resposta hemodinâmica

• SUPORTE RESPIRATÓRIO

- **Prescrição prática:**
 - Oxigênio suplementar via cateter nasal 2-6L/min (ajustar para SatO2 > 90%)
 - Oxigênio via máscara não reinalante 10-15L/min (se hipoxemia grave)
 - Se necessário IOT: preferir drogas que não causem hipotensão (evitar propofol, preferir etomidato/cetamina)
- **Indicações:**

- Hipoxemia: SatO₂ < 90% em ar ambiente
- Esforço respiratório importante, taquipneia > 30irpm
- Rebaixamento do nível de consciência
- **Via(s):** □ Inalatória
- **Cuidados:**
 - A hipoxemia geralmente é reversível com O₂ suplementar simples
 - **Se IOT necessária:**
 - Evitar drogas sedativas hipotensoras (propofol pode agravar choque)
 - Preferir etomidato ou cetamina na indução
 - VM: manter pressão de platô < 30cmH₂O (reduzir pressão intratorácica, melhorar retorno venoso)
 - Volume corrente baixo: 5-6mL/kg peso predito
 - Evitar PEEP excessiva (piora retorno venoso e função de VD)
 - Oximetria contínua

• ANALGÉSICO

- **Prescrição prática:**
 - Dipirona 1g/2mL (500mg/mL) – 01 ampola (2mL) + 18mL SF0,9%, EV lento, de 6/6h
 - Dipirona 1g/2mL (500mg/mL) – 01 ampola (2mL), IM, de 6/6h
- **Alternativas:**
 - Tramadol 100mg/2mL (50mg/mL) – 01 ampola (2mL) + 8mL SF0,9%, EV lento em 15min, de 6/6h (se dor moderada/intensa)
 - Morfina 10mg/mL – 2 a 5mg (0,2 a 0,5mL) + 9mL SF0,9%, EV lento, de 4/4h S/N (se dor refratária)
- **Indicações:**
 - Dor torácica pleurítica
 - Dor em membro inferior (se TVP associada)
 - Analgesia para procedimentos
- **Apresentações:**
 - Dipirona: ampola 1g/2mL ou 2g/5mL
 - Tramadol: ampola 100mg/2mL
 - Morfina: ampola 10mg/mL
- **Via(s):** □ EV | □ IM | □ Oral
- **Cuidados:**
 - Dipirona: risco de hipotensão se infusão EV rápida (infundir lentamente)
 - Tramadol: evitar em epilepsia, risco de náusea (associar antiemético)
 - Morfina: monitorar depressão respiratória, náusea; ter naloxona disponível
 - Dose máxima dipirona: 4g/dia EV/IM, 6g/dia VO
 - Evitar opioides fortes se paciente estável hemodinamicamente

• ANTIEMÉTICO

- **Prescrição prática:**

- Bromoprida 10mg/2mL (5mg/mL) – 01 ampola (2mL), IM, de 8/8h S/N
- Bromoprida 10mg/2mL (5mg/mL) – 01 ampola (2mL) + 8mL SF0,9%, EV lento, de 8/8h S/N
- **Alternativas:**
 - Ondansetrona 8mg/4mL (2mg/mL) – 01 ampola (4mL) + 6mL SF0,9%, EV lento, de 8/8h S/N
 - Metoclopramida 10mg/2mL (5mg/mL) – 01 ampola (2mL), IM, de 8/8h S/N
- **Indicações:**
 - Náuseas e vômitos associados (ansiedade, dor, uso de opioides)
 - Prevenção de êmese ao usar tramadol ou morfina
- **Apresentações:**
 - Bromoprida: ampola 10mg/2mL
 - Ondansetrona: ampola 4mg/2mL ou 8mg/4mL
 - Metoclopramida: ampola 10mg/2mL
- **Via(s):** EV | IM
- **Cuidados:**
 - Ondansetrona: pode prolongar QT (cuidado em cardiopatas)
 - Metoclopramida: risco de efeitos extrapiramidais (evitar em idosos, Parkinson)
 - Bromoprida: menor risco de efeitos extrapiramidais que metoclopramida
 - Dose máxima: ondansetrona 32mg/dia, metoclopramida/bromoprida 30mg/dia

• ANSIOLÍTICO (se necessário)

- **Prescrição prática:**
 - Diazepam 10mg/2mL (5mg/mL) – 01 ampola (2mL) + 8mL SF0,9%, EV lento (1mL/min), dose única S/N
 - Midazolam 15mg/3mL (5mg/mL) – 1mL (5mg) + 9mL SF0,9%, EV lento, dose única S/N
- **Indicações:**
 - Ansiedade grave
 - Agitação psicomotora
 - Facilitação de procedimentos
- **Apresentações:**
 - Diazepam: ampola 10mg/2mL
 - Midazolam: ampola 5mg/mL (3mL ou 5mL) ou 15mg/3mL
- **Via(s):** EV | IM | Oral
- **Cuidados:**
 - Pode causar depressão respiratória (usar com cautela, ter flumazenil disponível)
 - Evitar em instabilidade hemodinâmica grave
 - Midazolam tem ação mais rápida e curta (preferir para procedimentos)
 - Diazepam tem ação mais prolongada
 - Monitorar SatO2 e nível de consciência

? PARA CASA

• ANTICOAGULANTE ORAL (pilar do tratamento)

- **Prescrição:** Rivaroxabana 15mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 12/12h, durante 21 dias. Após, mudar para 20mg, VO, 01x/dia, continuar por no mínimo 3 meses (conforme indicação médica)
- **Indicações:** Tratamento e prevenção de recorrência de TEP
- **Apresentações:** Comprimidos 10mg, 15mg, 20mg
- **Posologia:**
 - **Fase inicial (21 dias):** 15mg de 12/12h junto com as refeições
 - **Fase de manutenção:** 20mg 01x/dia junto com a refeição principal
 - **Duração mínima:** 3 meses
 - **Duração em situações especiais:**
 - TEP provocado (cirurgia, trauma): 3 meses
 - TEP não provocado (idiopático): considerar > 3 meses ou indefinido
 - Neoplasia ativa: anticoagular indefinidamente enquanto neoplasia ativa
 - TEP recorrente: anticoagulação indefinida
- **Cuidados:**
 - **Critérios para alta com anticoagulação oral direta (sem HBPM):**
 - TEP de baixo risco (PESI 0 ou classe I-II, sem disfunção de VD, troponina normal)
 - Hemodinamicamente estável
 - SatO2 adequada em ar ambiente ou com O2 baixo fluxo domiciliar
 - Sem sangramento ativo ou alto risco de sangramento
 - Sem insuficiência renal grave (ClCr > 30mL/min)
 - Capacidade de administrar medicação e retorno para seguimento garantido
 - **Ajuste de dose:**
 - ClCr 15-50mL/min: considerar 15mg 01x/dia (após fase inicial)
 - ClCr < 15mL/min ou diálise: contraindicado (usar varfarina)
 - **Interações medicamentosas importantes:** evitar com antifúngicos azólicos potentes, inibidores de protease
 - **Monitoramento:** não requer controle de coagulograma (diferente da varfarina)
 - **Sangramento:** risco baixo mas presente; orientar sinais de alarme
 - Tomar sempre junto com alimentação (melhora absorção)
- **Alternativa(s):**
 - Apixabana 10mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 12/12h durante 7 dias. Após, 5mg de 12/12h, continuar por no mínimo 3 meses
 - Vantagem: pode ser usada em disfunção renal moderada (ClCr 15-30: dose 2,5mg 12/12h)
 - Varfarina 5mg – Tomar 01 comprimido, VO, 01x/dia em jejum. Ajustar dose para INR 2-3. Controle de INR semanal até estabilização, depois mensal. Continuar por no mínimo 3 meses
 - Indicação: custo, insuficiência renal grave, prótese valvar mecânica
 - **Importante:** Associar HBPM (Enoxaparina) até atingir INR 2-3 por 2 dias consecutivos

- Dabigatрана 150mg – Iniciar após 5-10 dias de HBPM. Tomar 01 cápsula, VO, de 12/12h, continuar por no mínimo 3 meses
- Se > 80 anos ou alto risco sangramento: 110mg de 12/12h

• ANALGÉSICO / ANTITÉRMICO

- **Prescrição:** Dipirona 500mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 6/6h, se dor ou febre
- **Indicações:** Dor torácica residual, desconforto
- **Apresentações:** Comprimidos 500mg, gotas 500mg/mL
- **Posologia:** 500mg a 1g de 6/6h se necessário (máximo 4g/dia)
- **Cuidados:**
 - Evitar em alérgicos a pirazolonas
 - Preferir via oral (menor risco de hipotensão que EV)
 - Dose máxima: 4g/dia
 - Sem necessidade de receituário especial
- **Alternativa(s):**
 - Paracetamol 750mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 6/6h, se dor ou febre (máximo 3g/dia)

• ANTI-INFLAMATÓRIO (se dor pleurítica persistente)

- **Prescrição:** Ibuprofeno 600mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 8/8h após alimentação, durante 5 dias, se dor
- **Indicações:** Dor torácica pleurítica intensa
- **Apresentações:** Comprimidos 300mg, 600mg
- **Posologia:** 600mg de 8/8h (máximo 2.400mg/dia)
- **Cuidados:**
 - ⚠ **Cuidado com anticoagulação:** AINEs aumentam risco de sangramento
 - Usar apenas se dor intensa e pelo menor tempo possível
 - Tomar sempre após alimentação
 - Contraindicado: úlcera péptica ativa, insuficiência renal grave, história de sangramento GI
 - Monitorar função renal
 - Evitar em idosos com múltiplas comorbidades
- **Alternativa(s):**
 - Diclofenaco 50mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 8/8h após alimentação, durante 5 dias

• 📋 Orientações ao paciente

- ⚠ **RETORNAR IMEDIATAMENTE ao PS se:**
 - Falta de ar súbita ou piora da dispneia
 - Dor torácica intensa
 - Tosse com sangue (hemoptise)

- Desmaio (síncope) ou tontura intensa
- Palpitações ou sensação de coração acelerado
- **Sinais de sangramento:** sangue nas fezes (melena ou hematoquezia), sangue na urina, sangramento gengival espontâneo, hematomas sem trauma, sangramento nasal persistente, vômito com sangue
- Dor ou inchaço intenso em membro inferior
- Confusão mental ou alteração da consciência
- **Sobre a anticoagulação:**
 - Tomar medicação SEMPRE no mesmo horário todos os dias
 - Rivaroxabana deve ser tomada JUNTO COM A REFEIÇÃO (melhora absorção)
 - Não interromper a medicação sem orientação médica (risco de novo TEP)
 - Duração mínima: 3 meses (pode ser mais prolongada conforme caso)
 - Evitar quedas e traumatismos (risco aumentado de sangramento)
 - Informar todos os profissionais de saúde que está em uso de anticoagulante
 - Evitar procedimentos invasivos sem orientação médica (dentista, cirurgias)
- **Atividade física:**
 - Repouso relativo nos primeiros 3-5 dias
 - Retornar gradualmente às atividades após melhora dos sintomas
 - Evitar esforços intensos no primeiro mês
 - Caminhar regularmente (melhora circulação) após fase aguda
 - Evitar viagens longas (> 4h) no primeiro mês
 - Se viagem necessária: caminhar a cada 1-2 horas, hidratar-se, considerar meias elásticas
- **Prevenção de recorrência:**
 - Manter-se bem hidratado
 - Evitar imobilização prolongada
 - Movimentar pernas durante viagens longas
 - Considerar meias de compressão graduada (se TVP associada)
 - Controlar fatores de risco: obesidade, sedentarismo, tabagismo
 - Se mulher em uso de anticoncepcional hormonal: discutir suspensão com ginecologista
- **Alimentação:**
 - **Se usar rivaroxabana/apixabana:** sem restrições alimentares específicas
 - **Se usar varfarina:** evitar grandes variações na ingestão de alimentos ricos em vitamina K (folhas verdes escuras); não é necessário eliminar, apenas manter quantidade constante
 - Evitar álcool em excesso (interfere na anticoagulação e aumenta risco de sangramento)
- **Expectativa de recuperação:**
 - Melhora progressiva dos sintomas em 1-2 semanas
 - Recuperação completa pode levar 1-3 meses
 - Fadiga e cansaço podem persistir por algumas semanas
 - Dor pleurítica pode durar alguns dias
- **Afastamento:**
 - Repouso domiciliar: 5-7 dias (casos leves)
 - Afastamento de atividades: 15-30 dias conforme gravidade e tipo de trabalho

- Trabalhos que exigem esforço físico: afastamento mais prolongado
- **Seguimento ambulatorial:**
 - Retorno em 7 dias para reavaliação clínica
 - Consulta com cardiologista ou pneumologista em 30 dias
 - **Se varfarina:** controle de INR semanal até estabilização, depois mensal
 - Acompanhamento prolongado para definir duração da anticoagulação
 - Investigar causa do TEP (trombofilias, neoplasias ocultas) conforme indicação
- **Meias de compressão (se TVP associada):**
 - Usar meias elásticas de compressão graduada (30-40mmHg)
 - Iniciar após fase aguda
 - Previne síndrome pós-trombótica
 - Usar durante o dia, remover à noite

? CID-10:

- **I26.0:** Embolia pulmonar com menção de cor pulmonale agudo
- **I26.9:** Embolia pulmonar sem menção de cor pulmonale agudo
- **I82.9:** Embolia e trombose venosa não especificada
- **I80.2:** Flebite e tromboflebite de outros vasos profundos dos membros inferiores (TVP associada)
- **I80.3:** Flebite e tromboflebite dos membros inferiores, não especificada

Revision #5

Created 23 September 2025 23:57:42 by Heric

Updated 17 October 2025 14:44:55 by Heric