UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808

Monografia

Estudo observacional de corte transversal sobre redução da mobilidade de pacientes em internação domiciliar como fator de risco para tromboembolismo venoso

Evelyn Martins Reale de Oliveira

Salvador (Bahia)
Maio, 2016

O48 Oliveira, Evelyn Martins Reale de.
Estudo observacional de corte transversal sobre redução da mobilidade de pacientes em internação domiciliar como fator de risco para tromboembolismo venoso / Evelyn Martins Reale de Oliveira. – 2016

39 fl.

Orientador: Prof. Ana Thereza Cavalcanti Rocha.
Monografia (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 2016.

1. Tromboembolismo venoso. 2. Redução da mobilidade.
I. Rocha, Ana Thereza Cavalcanti. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU: 616.1

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808

Monografia

Estudo observacional de corte transversal sobre redução da mobilidade de pacientes em internação domiciliar como fator de risco para tromboembolismo venoso

Evelyn Martins Reale de Oliveira

Professor orientador: **Ana Thereza Cavalcanti Rocha**
Orientador tutor: **Crésio de Aragão Dantas Alves**

Projeto de Monografia apresentado à Coordenação do Componente Curricular MED-B60/2015.2, como pré-requisito parcial à avaliação desse conteúdo curricular da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Salvador (Bahia)
Maio, 2016

Monografia: *Estudo observacional de corte transversal sobre redução da mobilidade de pacientes em internação domiciliar como fator de risco para tromboembolismo venoso*, de **Evelyn Martins Reale de Oliveira**.

Professor orientador: **Ana Thereza Cavalcanti Rocha**

COMISSÃO REVISORA:

- **Ana Thereza Cavalcanti Rocha** (Presidente, Professora orientadora), Professora do Departamento de Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

- **Octavio Henrique Coelho Messeder**, Professor do Departamento de Medicina Interna e Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

- **Suzete Nascimento Farias da Guarda**, Professora do Departamento de Neurociências e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Membro suplente

Tânia Morais Regis, Professor do Departamento de Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO: Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no X Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2016.

O sucesso nasce do querer, da determinação e de persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos no mínimo fará coisas admiráveis.

José de Alencar

Aos Meus Pais, **Rita Magalhi** e
Eder Reale, e à minha irmã
Emilly Reale

EQUIPE

- Evelyn Martins Reale de Oliveira, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: evelynreale@gmail.com;
- Professor orientador: Ana Thereza Cavalcanti Rocha. Correio-e: rocha00002@yahoo.com;
- Michelle Rocha Santana, Estudante de Medicina (FMB-UFBA);
- Pedro Augusto Carlos Pinheiro, Estudante de Medicina (FMB-UFBA).

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

S.O.S. VIDA

FONTES DE FINANCIAMENTO

1. Recursos próprios.

AGRADECIMENTOS

- À minha Professora orientadora, Doutora **Ana Thereza Cavalcanti Rocha**, pela presença constante e substantivas orientações acadêmicas e à minha vida profissional de futuro médico. Meu especial agradecimento pela disponibilidade e generosidade no compartilhamento de seu conhecimento.

- Ao Doutor **Crésio de Aragão Dantas Alves**, meu Orientador tutor, por sua disposição e por todas as sugestões dadas para aperfeiçoamento desta monografia.

- Aos Doutores **Octávio Henrique Coelho Messeder, Suzete Nascimento Farias da Guarda e Tânia Morais Regis**, membros da Comissão Revisora desta Monografia, sem os quais muito deixaria ter aprendido.

- Aos meus Colegas **Michelle Rocha Santana e Pedro Augusto Carlos Pinheiro**, pela colaboração no levantamento dos dados coletados no serviço S.O.S Vida, sem os quais a execução deste projeto não seria possível.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS **2**

LISTA DE SIGLAS **3**

I. RESUMO **4**

II. OBJETIVOS **5**

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA **6**

IV. METODOLOGIA **10**

V. RESULTADOS **13**

VI. DISCUSSÃO **19**

VII. CONCLUSÕES **23**

VIII. SUMMARY **24**

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **25**

X. ANEXOS

- ANEXO I: Ficha de coleta de dados **27**
- ANEXO II: Parecer consubstanciado do CEP **29**
- ANEXO III: Carta de anuência **31**

ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

QUADROS

Quadro I. Fatores de risco para TEV **6**

TABELAS

Tabela 1. Diagnósticos principais e características dos pacientes **13**

Tabela 2. Utilização de anticoagulantes em pacientes em internação domiciliar **17**

Tabela 3. Utilização e adequação de profilaxia de TEV em pacientes em internação domiciliar **18**

FIGURAS

Figura 1. Diagnóstico principal de admissão **15**

Figura 2. Avaliação da mobilidade **16**

LISTA DE SIGLAS

AVC ---------- **Acidente vascular cerebral**
AVCH ---------- **AVC hemorrágico**
AVCI ---------- **AVC isquêmico**
CPI---------- **Compressão pneumática intermitente**
DPOC---------- **Doença pulmonar obstrutiva crônica**
FR---------- **Fatores de risco**
HNF---------- **Heparina não fracionada**
HBPM---------- **Heparina de Baixo peso molecular**
IMC---------- **Índice de massa corpórea**
ICC---------- **Insuficiência cardíaca congestiva**
IAM---------- **Infarto agudo do miocárdio**
MECG---------- **Meias elásticas de compressão gradual**
PTT---------- **Tempo de tromboplastina parcial**
RNI---------- **Razão normalizada internacional**
TEV---------- **Tromboembolismo venoso**
TVP---------- **Trombose venosa profunda**
TEP---------- **Tromboembolismo pulmonar**

I. RESUMO

Estudo observacional de corte transversal sobre redução da mobilidade de pacientes em internação domiciliar como fator de risco para tromboembolismo venoso. O tromboembolismo venoso (TEV) corresponde a um acometimento vascular que pode evoluir com trombose venosa profunda (TVP) sintomática ou assintomática e o tromboembolismo pulmonar (TEP). Dentre seus diversos fatores de risco (FR) estão história de TEV, idade avançada, insuficiência respiratória, infecções e câncer, que são potencializados quando há uma redução da mobilidade. A avaliação do grau e do tempo de imobilidade capazes de aumentar o risco de TEV em pacientes cronicamente enfermos não são claramente definidas. **Objetivo:** avaliar o perfil de pacientes em internação domiciliar quanto à redução da mobilidade como FR para TEV em Salvador. **Metodologia:** estudo observacional de corte transversal realizado em um dia entre pacientes em internação domiciliar (ID), baseado na revisão de dados coletados em prontuários do serviço S.O.S Vida. **Resultados:** dentre os 228 pacientes avaliados, a média de idade foi de 73 ± 18,3 anos e o tempo de internação 18,3 ± 21,6 meses. Os diagnósticos principais de admissão foram FR para TEV em 76%, destacando-se as causas neurológicas, geriátricos clínicos e insuficiência respiratória crônica. Os FR mais frequentes foram infecções, paralisia, infarto agudo do miocárdio, insuficiência respiratória, câncer e história de TEV. A avaliação da mobilidade foi registrada pela enfermagem em 18,9%, fisioterapia em 9,8% e equipe médica, 0,9%. Houve restrição severa da mobilidade em 70% dos pacientes, e 51% foram considerados candidatos à profilaxia. **Conclusão:** a avaliação e regristro da mobilidade, principalmente pela equipe médica, foi infrequente e o uso adequado da profilaxia farmacológica foi baixo, mesmo sendo a população essencialmente idosa com frequentes FR para TEV. Estes dados alertam para a necessidade de uma implementação de protocolos formais de prevenção de TEV em ID, que possibilitariam uma integração efetiva entre os profissionais de saúde com aumento da qualidade da assistência de pacientes idosos cronicamente enfermos.

Palavras chave: 1. Tromboembolismo venoso 2. Internação domiciliar 3. Redução da mobilidade

II. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar o perfil de pacientes em internação domiciliar quanto à redução da mobilidade como fator de risco para tromboembolismo venoso (TEV) em Salvador.

Objetivos Específicos

Caracterizar os graus de redução da mobilidade por registros médicos, bem como por fisioterapeutas e enfermeiros de pacientes em internações domiciliar, em Salvador.

Correlacionar os graus e o tempo de redução da mobilidade com a utilização de profilaxia para TEV em pacientes em internação domiciliar, em Salvador.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O tromboembolismo venoso (TEV) corresponde a um acometimento vascular que tem no seu espectro eventos de trombose venosa profunda (TVP) sintomática ou assintomática e sua complicação mais grave, o tromboembolismo pulmonar (TEP). O TEV representa uma importante causa de morbi-mortalidade em pacientes pós-cirúrgicos, afetando também pacientes clínicos hospitalizados, inclusive no período pós-alta. Em pacientes com doenças cardíacas e respiratórias os sintomas clínicos de TEP podem não ser óbvios, portanto, um alto grau de suspeição é necessário, assim como avaliação dos fatores de risco para TEV e a introdução da profilaxia quando recomendado.

O desenvolvimento e progressão de TEV correspondem a um processo fisiológico multifatorial que inclui estase venosa, estado de hipercoagulação e danos no endotélio vascular[1]. Como é possível observar no Quadro 1, publicado por Terra-Filho M e col.[2], existem diversos fatores de risco para o desenvolvimento de TEV, como por exemplo: história de TEV, idade avançada, insuficiência respiratória, insuficiência cardíaca, infecções, câncer, que são potencializados pela redução da mobilidade durante hospitalizações. Além destes, existem algumas condições clinicas que também podem favorecer o seu surgimento, como infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) e exacerbações agudas de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) – esta favorece o aparecimento de concomitantes fatores de risco, como, por exemplo, imobilização e estase venosa[1,3,4].

Quadro 1: fatores de risco para TEV[2]

Fatores de risco maiores	**(risco relativo entre 5 e 20)**
Cirúrgicos	• Cirurgia abdominal pélvica de grande porte • Prótese de quadril ou joelho • Necessidade de UTI no pós-operatório • Politraumatismo/trauma medular
Obstétricos	• Gravidez a termo • Parto cesáreo • Puerpério
Problemas em membros inferiores	• Fratura • AVC com paralisia de membros

Malignidade	• Neoplasia abdominal ou pélvica • Doença avançada/metastática • Quimioterapia
Imobilidade (> 3 dias)	• Hospitalização • Institucionalização
Trombofilias	• Deficiência de antitrombina • Deficiência de proteína C • Deficiência de proteína S • Síndrome antifosfolipídeo • Homozigose para fator V Leiden • Homozigose para mutação do gene da protrombina
Outros	• Evento embólico prévio
Fatores de risco menores	**(risco relativo entre 2 e 4)**
Cardiovasculares	• Doenças cardíacas congênitas • Insuficiência cardíaca congestiva • Idade • Tromboflebite superficial/varizes • Cateter venoso central
Estrogênios	• Anticoncepcional oral • Terapia de reposição hormonal
Trombofilias	• Heterozigose para fator V Leiden • Heterozigose para mutação do gene da protrombina • Hiper-homocisteinemia
Outros	• Exacerbação da DPOC • Deficiências neurológicas • Doença maligna oculta • Viagens prolongadas • Obesidade • Cirurgia por laparoscopia (por ex. colecistectomia)

Estudos recentes têm apontado um aumento da probabilidade de pacientes em home care a desenvolverem TEV em relação àqueles que apresentam fatores de risco, mas são ambulatoriais[5-7]. É importante levar em consideração estes dados, uma vez que eles chamam atenção para a diferença de perfil entre estas duas populações, e a necessidade de cuidados específicos para cada uma delas. Um grande desafio para os pesquisadores desta área consiste na determinação do momento em que a perda da mobilidade aumenta a probabilidade de desenvolvimento do TEV, e de quanto tempo de imobilidade estamos falando. Por exemplo, enquanto Gatt e col trazem em seu estudo que autopsias de pacientes que ficaram acamados por mais de uma semana têm evidenciado uma alta incidência para trombose[8], outros autores apontam que pacientes com 3 dias de perda de mobilidade já apresentam risco de desenvolver TEV[7,9]. Esta falta de consenso pode estar atribuída ao fato de que os diversos desdobramentos que esta redução da mobilidade pode ter, como dependência total ou parcial de cadeira de

rodas, possibilidade do paciente de dar ao menos alguns passos por si mesmo e restrição total ao leito, acabam influenciando também a determinação deste período de tempo[10]. É importante destacar que a presença de comorbidades, bem como de outros fatores de risco concomitantes, também é um fator limitante.

A introdução da tromboprofilaxia farmacológica em pacientes hospitalizados demanda a identificação correta de quais pacientes de fato se beneficiariam com uma intervenção medicamentosa, tendo atenção ainda para os riscos e custos da terapia. Naqueles em assistência domiciliar, uma atenção especial deve ser dada à presença de contra-indicações clínicas, redução da expectativa de vida dos pacientes e preocupação com os impactos do tratamento na sua qualidade de vida[7]. A aspirina, com seus efeitos de anti-agregação plaquetária, não é considerada profilaxia adequada para TEV em pacientes de alto risco, já que atualmente existem alternativas mais eficazes e seguras[9]. No entanto, ela tem sido comumente utilizada na prática clínica em pacientes com doenças cerebrovasculares e pode aumentar o risco de sangramento quando usada simultaneamente com anticoagulantes mesmo em doses profiláticas. A heparina não fracionada, heparina de baixo peso molecular e fondaparina já foram amplamente investigadas em populações cirúrgicas especificas e em pacientes clínicos hospitalizados, mostrando-se altamente custo-efetivas e seguras na redução da ocorrência de TEV. A extensão da duração da profilaxia reduz a incidência de TEV, e seus benefícios parecem favorecer mulheres, pacientes acima de 75 anos, e pacientes com nível 1 de imobilidade, sendo os efeitos positivos de seu uso maiores do que a ocorrência de eventos de sangramentos maiores (major bleeding) em pacientes agudamente doentes com estas características[11]. Novos anticoagulantes orais, inibidores do fator Xa ou da trombina (fator II) têm sido desenvolvidos nos últimos anos e testados em alguns tipos específicos de pacientes, como aqueles submetidos a cirurgias ortopédicas de grande porte[12]. Porém como são anticoagulantes carregam risco potencial de sangramento e, como qualquer fármaco, podem ter efeitos colaterais e interações medicamentosas indesejadas, particularmente em pacientes que apresentem insuficiência renal ou trombocitopenia e com idade avançada. Assim, as propriedades de cada anticoagulante e indicações específicas devem ser cuidadosamente observadas, já que eles não são sempre intercabiáveis. Dentre os riscos associados ao uso das heparinas, por exemplo, é possível destacar sangramento, osteoporose e indução de trombocitopenia[8]. Em pacientes cronicamente enfermos, os riscos potenciais de eventos

tromboembólicos, hemorrágicos e de interações medicamentosas, no caso da polifarmácia, são consideravelmente mais frequentes. Assim, torna-se essencial estabelecer o risco de TEV nestes pacientes, avaliando particularmente a redução da mobilidade associada a esta condição.

Alguns estudos associam a redução da mobilidade com a manifestação de TEV, mas a necessidade de profilaxia em pacientes crônicos com mobilidade reduzida ainda não está bem esclarecida, bem como faltam diretrizes específicas sobre o tema[13]. Dessa forma, se faz necessária revisão dos dados da literatura que justifiquem a utilização de profilaxia de TEV em pacientes cronicamente enfermos, com uma definição mais detalhada e prática da mobilidade para guiar as recomendações. Portanto, neste estudo foram avaliados os fatores de risco para TEV com particular atenção ao registro e modo de avaliação da redução da mobilidade em pacientes em internação domiciliar em um serviço na cidade de Salvador.

IV. METODOLOGIA

O estudo foi realizado em um serviço que oferece Internação Domiciliar (ID), conhecida também como "*Home Care*" em Salvador, Bahia, e que não tem protocolos formais de profilaxia contra TEV – o S.O.S. Vida. A ID é responsável por disponibilizar recursos de infraestrutura para atendimento no domicílio, prestando serviços específicos e integrados com assistência Médica, de Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Serviço Social, Farmácia, além dos serviços de apoio terapêutico.

Foi realizado um estudo observacional, de corte-transversal, durante um único dia em fevereiro de 2015, entre pacientes em internação domiciliar, baseado em dados coletados em prontuários médicos. Foram incluídos todos os pacientes com registro da doença principal que suscitou a internação com uma tentativa de classificação em grupos temáticos (exemplos: pacientes oncológicos, ortopédicos, vítimas de traumatismo raquimedular, neurológicos clínicos, geriátricos, pacientes com infecção recebendo antibioticoterapia venosa prolongada, pacientes com insuficiência respiratória crônica em ventilação assistida, etc). Os critérios de exclusão foram: 1) Não disponibilidade do prontuário eletrônico e impresso durante o dia do estudo; e 2) Pacientes com idade inferior a 18 anos. Com exceção da equipe do estudo e da direção do *SOS Vida*, o corpo clínico foi mantido desinformado sobre a ocorrência do estudo naquela data, para evitar modificação no registro da mobilidade dos pacientes e na prescrição de profilaxia de TEV.

Todos os dados foram demovidos de identificação pessoal e não houve qualquer contato direto com os pacientes ou interferência nas condutas médicas. O comitê institucional de ética em pesquisa do Hospital da Bahia avaliou o protocolo com solicitação de isenção da necessidade de um termo de consentimento livre e esclarecido de todos os pacientes, cujo parecer encontra-se disponível no anexo 1.

Tamanho amostral: todos os pacientes em internação domiciliar no dia do estudo.

Foram coletados dados sobre características demográficas e biométricas dos pacientes, diagnóstico principal durante a admissão e histórico detalhado sobre fatores de risco (FR) para TEV (internação hospitalar recente e/ou cirurgia de médio ou grande porte durante os 3 meses anteriores, história prévia de TEV, câncer, quimioterapia, hormonioterapia, gravidez, puerpério, trombofilias hereditárias ou adquiridas, terapia de reposição hormonal, cateteres venosos centrais, obesidade ou índice de massa corpórea [IMC] calculado ≥30 Kg/m², insuficiência cardíaca congestiva [ICC], infarto agudo do miocárdio [IAM], insuficiência vascular periférica, varizes, paresia/paralisia de membros inferiores, AVCI, acidente vascular cerebral hemorrágico [AVCH], insuficiência respiratória com e sem ventilação mecânica, DPOC, pneumonia, doenças inflamatórias intestinais, doenças reumáticas ativas, infecções e síndrome nefrótica).

Foram coletados também dados sobre: tempo de internação domiciliar, data de início e interrupção e posologia da profilaxia farmacológica prescrita com heparina não-fracionada (HNF), heparina de baixo peso molecular (HBPM), warfarina, rivaroxabana ou dabigatrana; uso de aspirina; contra-indicações gerais para heparina (insuficiência renal moderada a grave como diagnóstico ou por clearance de creatinina calculado [ClCr < 30 ml/min] pelo primeiro nível de creatinina sérica registrado no prontuário, alergia à heparina, sangramento ativo, definido como sangramento macroscópico de qualquer local, excluindo locais de punção venosa, coagulopatia, definida como plaquetas < 100.000/ mm^3, tempo de tromboplastina parcial ativada (PTT) > 60 segundos ou razão normalizada internacional (RNI) > 1,5 sem uso de warfarina, ou cirurgia ocular ou cerebral a menos de 2 semanas. A prescrição de métodos físicos de profilaxia (meias elásticas de compressão gradual [MECG], ou compressão pneumática intermitente [CPI]) e de fisioterapia motora também foram registrados.

Foi registrada a profissão do avaliador (médico, enfermeiro, fisioterapeuta ou outro) e as formas de avaliação da mobilidade dos pacientes, registrando o profissional que avalia e/ou cita. Foi considerada mobilidade reduzida, o repouso no leito devido à doença, por pelo menos metade do dia, excluindo o período do sono (imobilidade nível 2) ou a presença de imobilidade completa.

Os possíveis “candidatos à profilaxia” são os pacientes com mobilidade reduzida e idade ≥ 40 anos, com pelo menos um FR para TEV, ou, se idade < 40 anos, aqueles com pelo menos dois fatores de risco para TEV. Os “candidatos à profilaxia sem contra-

indicações", são os mesmos pacientes, sem qualquer fator de risco para sangramento ou contra-indicação para heparina. Considerou-se "uso de qualquer profilaxia" a prescrição, em qualquer momento da hospitalização, de pelo menos um método de profilaxia farmacológica ou mecânica. A "adequação da profilaxia" foi considerada para os candidatos a profilaxia que receberam profilaxia farmacológica. Entre os candidatos à profilaxia foi avaliada também a adequação das doses de heparina, baseadas em dados da literatura para os subgrupos em questão (por revisão sistemática em monografia realizada concomitantemente por outro estudante deste componente curricular sob a mesma orientadora) e extrapolação das recomendações da Diretriz Brasileira para Profilaxia de TEV em Pacientes Clínicos, ou seja, HNF 5.000UI de 8-8 h, ou HBPM (enoxaparina 40 mg/dia, dalteparina 5.000 UI/dia ou nadroparina de acordo com o peso do paciente) e pela diretriz do ACCP 9[14]. A aspirina com seus efeitos de anti-agregação plaquetária não é considerada profilaxia adequada para TEV em pacientes de alto risco, já que existem alternativas mais eficazes e seguras. As doses de Rivaroxabana e Dabigatrana especificamente para pacientes submetidos a cirurgia ortopédica de grande porte são baseadas nas diretriz do ACCP 9[12].

Considerou-se sub-utilização de profilaxia se o paciente era candidato mas não recebeu qualquer profilaxia; superutilização, se o paciente não era candidato e recebeu profilaxia; e utilização adequada, se o paciente era candidato e recebeu profilaxia farmacológica ou profilaxia mecânica se havia risco de sangramento. Inadequação da profilaxia, foi considerada quando o o paciente era candidato à profilaxia farmacológica mas recebeu medicações não recomendadas para pacientes clínicos em risco de TEV.

Os dados foram apresentados como proporções, médias (± desvios-padrão) e medianas (± distâncias interquartílicas), quando apropriado. As variáveis contínuas foram comparadas pelo teste *t* de Student, quando a distribuição foi normal. A idade dos pacientes foi tratada como variável contínua e como categórica, utilizando 70 e 40 anos como pontos de corte. Os valores de $p < 0.05$ estabeleceram o nível de significância estatística. As análises foram feitas com o software SPSS 9.0 for Windows.

V. RESULTADOS

Foram avaliados prontuários de 258 pacientes internados no dia 04 de fevereiro de 2015. Destes, 14 prontuários foram excluídos por não estarem disponíveis e 16 prontuários foram excluídos por se tratarem de pacientes com idade inferior a 18 anos. Ao final, foram incluídos 228 pacientes adultos em internação domiciliar. A média de idade foi de 73 ± 18,3 anos, sendo 124 do gênero feminino (54%) e 104 do gênero masculino (46%).

No dia do estudo havia pacientes internados de 1,8 até 134 meses (média de 18,3 ± 21,6 meses). O diagnósticos principais e características dos pacientes são mostrados na tabela 1.

Tabela 1. Diagnósticos principais e características dos pacientes

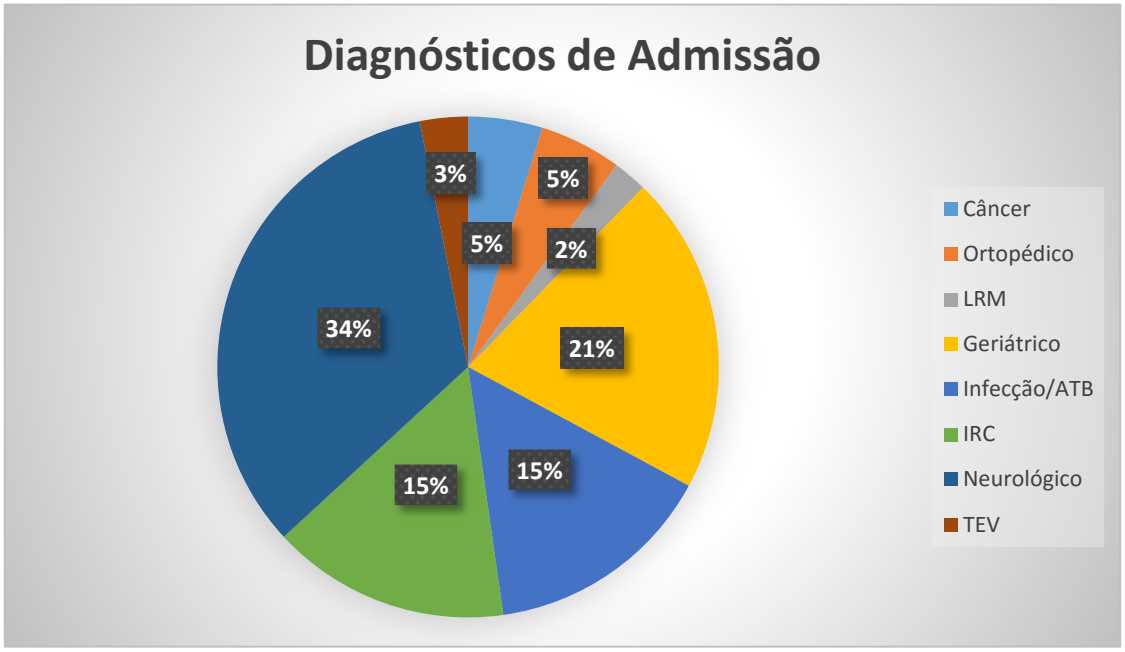
Variáveis	% (N = 228)
Idade em anos, média ± DP	73.0 ± 18.3
≥ 70	65 (148)
≥ 40	97 (221)
Gênero	
Feminino	54 (124)
Tempo de internação em homecare em meses	
Intervalo	1,8 a 134
mediana	10
Média ± DP	18.3 ± 21.5
Diagnóstico principal de admissão	
Neurológico, incluindo sequela de AVC	33,8 (77)
Geriátrico clínico	20,6 (47)
Insuficiência respiratória crônica	15,4 (35)
Infecção com necessidade de antibioticoterapia	14,9 (34)
Ortopédico	5,6 (12)
Câncer	4,8 (11)
TEV	3,1 (7)
Lesão raquimedular crônica	2,2 (5)
Cuidados paliativos	0 (0)
FR para TEV	
AVC isquêmico	22,8 (52)
AVC hemorrágico	5,3 (12)
Câncer	11,4 (26)
Cateter venoso central	2,6 (6)
Doença inflamatória intestinal	4,4 (10)

Doença respiratória grave	19,7 (45)
Doença reumática em atividade	1,8 (4)
Gravidez ou puerpério	0 (0)
História prévia de TEV	9,6 (22)
História familiar de TEV	0,4 (1)
Infarto agudo do miocárdio	3,1 (7)
Insuficiência cardíaca	4,8 (11)
Infecção	63,6 (145)
Insuficiência arterial periférica	3,1 (7)
Obesidade	2,6 (6)
Paresia/paralisia	22,4 (51)
Quimio ou hormonioterapia	2,6 (6)
Terapia de reposição hormonal/contracepção hormonal	0 (0)
Trombofilias	0 (0)
Síndrome nefrótica	0,9 (2)
Ventilação mecânica crônica	14,5 (33)
Varizes	1,3 (3)
Diagnóstico principal é FR para TEV	76 (173)
Cirurgia nos 3 meses anteriores	6,1 (14)
Internamento nos 3 meses anteriores	5,0 (11)
Mobilidade reduzida	70,0 (159)
Candidatos à profilaxia para TEV	51,0 (116)
Contra-indicação para heparinas	3,5 (9)

Notas: DP indica desvio padrão; ID, internação domiciliar; LRM, lesão raquimedular; TEV, trombroembolismovenoso; DxP, diagnóstico principal; FR, fatores de risco

O diagnósticos principais de admissão coincidiram com fatores de risco para TEP em 76% dos casos e são mostrados na figura 1, na qual podemos ter a oportunidade de observar em uma outra perspectiva os quatro grandes acometimentos principais da população em estudo; aqui, destacaram-se os fatores neurológicos em 1º lugar, geriátricos clínicos em 2°, e insuficiência respiratória crônica bem como infecção/antibióticoterapia logo a seguir.

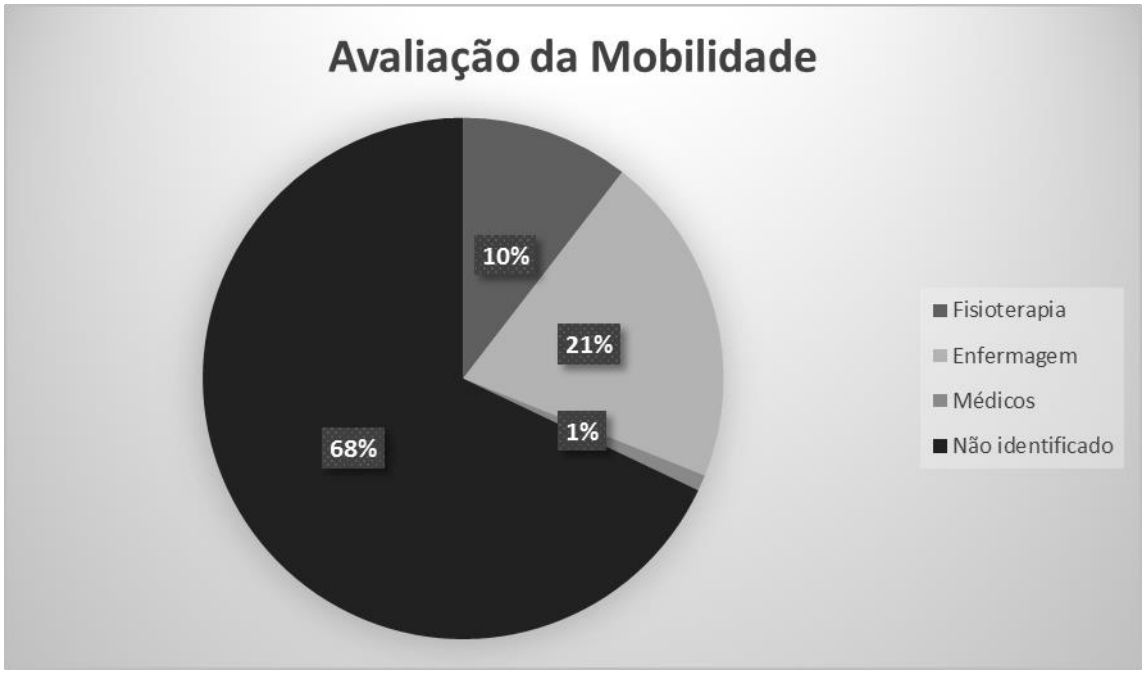
Figura 1 – Diagnóstico Principal de Admissão



Notas: LRM indica lesão raquimedular; ATB, antibioticoterapia; IRC,insuficiência respiratória crônica; TEV, tromboembolismo venoso.

Em relação à avaliação da mobilidade, houve restrição severa registrada em aproximadamente 70% dos pacientes. De acordo com o que está ilustrado na Figura 2, a redução da mobilidade foi avaliada pelos fisioterapeutas em 22 pacientes (9,6%) pela escala Braden da enfermagem (graus 1 ou 2) em 43 (18,9%), por médicos em 2 (0,9%), e não claramente avaliados em 142 (62,3%), como pode ser melhor observado no gráfico a seguir. Não houve registro de avaliação da mobilidade em 19 (8,3%) pacientes.

Figura 2 – Avaliação da mobilidade



Houve hospitalização prévia em 14 (6,14%) dos 228 pacientes, sendo que em 2 (0,9%) destes esta ocorreu no mês anterior à admissão na ID, e em 12 (5,3%) esta hospitalização se deu nos 3 meses anteriores. Relato de cirurgia ocorreu em 14 pacientes (6,1%), e em 2 (0,9%) há registro de cirurgia na região craniana. A maioria dos pacientes foram considerados candidatos à profilaxia (116, 50,88%) pois apresentaram concomitantemente mobilidade reduzida e diagnóstico com fator de risco para desenvolvimento de TEV.

Quanto à utilização de profilaxia farmacológica, os dados são mostrados na tabela 2. Os anticoagulantes utilizados foram: enoxaparina de 40 mg em 22 pacientes, 20 mg em 2, HNF em 3 (HNF 5.000 de 8/8h em 2 (0,88%), HNF 5.000 de 12/12h em 2 (0,88%), rivaroxabana de 10 mg (dose profilática) em 28, 15 mg (dose intermadiária, nem profilática, nem dose plena) ou 20 mg (dose plena) em 7, e warfarina em 3 pacientes. Aspirina foi utilizada em 16,7% dos pacientes. Foram encontrados seis pacientes em uso de doses plenas de anticoagulantes: varfarina foi utilizada em dois pacientes com TEV prévio e em um paciente com câncer mas sem indicação clara para anticoagulação sistêmica, e, rivaroxabana em dose de 20 mg ao dia (dose plena) em: dois pacientes candidatos à profilaxia mas sem identificação clara para anticogulação sistêmica e em dois paciente com TVP. A rivaroxabana em dose de 15 mg ao dia (dose

intermadiária, nem profilática, nem dose plena) foi encontrada em: um paciente com passado de fratura do quadril mas sem indicação clara, em um paciente com hipertensão pulmonar e fibrilação atrial e em um paciente com TVP mas sem justificativa para redução da dose. Nenhum paciente foi encontrado em uso de dabigratana. Os seis pacientes em uso de doses plenas de anticoagulantes (3,5%) foram excluídos das análises dos candidatos à profilaxia pois já recebem anticoagulantes por outras razões, restando então 222 pacientes.

Tabela 2. Utilização de anticoagulantes em pacientes em internação domiciliar

Medicações utilizadas	% (N = 228)
HBPM	
Enoxaparina 40mg	9,6 (22)
Enoxaparina 20mg	0,9 (2)
HNF	1,8 (4)
HNF 5.000 de 8/8h	0,88 (2)
HNF 5.000 de 12/12h	0,88 (2)
Novos anticoagulantes orais	
Rivaroxabana 10mg	12,3 (28)
Rivaroxabana 15 ou 20mg	3,1 (7)
Outros anticoagulantes	
Warfarina	1,3 (3)
Aspirina	16,7 (38)

Notas: HBPM indica heparina de baixo peso molecular; HNF, heparina não fracionada.

A fisioterapia motora foi registrada, potencialmente utilizada como profilaxia mecânica, em 124 pacientes (54,4%), porém não foram encontrados registros sobre o uso de profilaxia mecânica como MECG ou CPI em nenhum paciente, mesmo aqueles candidatos à profilaxia mas com contra-indicações para anticoagulantes.

Contra-indicações para a profilaxia farmacológica foram infrequentes, ocorrendo em 9 pacientes (3,5%), isoladas ou em combinação da seguinte forma: 7 pacientes tinham sangramento ativo, 2 úlcera péptica, 1 trombocitopenia, 1 coagulopatia, 6 tinham elevação do RNI (sem uso de varfarina) e nenhum tinha alergia ou trombocitopenia induzida por heparina (TIH) como contra-indicações para profilaxia farmacológica.

A adequação da profilaxia de TEV é mostrada na Tabela 3. Quando analisada a utilização de profilaxia de TEV, encontramos que 116 pacientes (52,3%) que tinham simultaneamente FR para TEV e mobilidade reduzida, portanto, foram considerados candidatos à profilaxia de TEV. Encontramos também 94 pacientes (42,3%) que não eram candidatos e não receberam a profilaxia. Para aqueles que eram candidatos à profilaxia, houve subutilização em 73 pacientes (32,9%). Para aqueles que eram não eram candidatos à profilaxia, houve superutilização em 5,9% (5 casos de enoxaparina e 8 com rivaroxabana). Mostrou-se ainda que em apenas 21 pacientes (9,5%) as prescrições de profilaxia farmacológica estavam adequadas, ou seja, com doses corretas de enoxaparina (40 mg ao dia) ou HNF (5.000 UI de 12-12h ou de 8-8h) em candidatos à profilaxia. Por fim, encontramos que 21 pacientes (9,5%) candidatos à profilaxia usaram doses variadas de rivaroxabana como profilaxia de TEV.

Tabela 3. Utilização e adequação de profilaxia de TEV em pacientes em internação domiciliar

Pacientes avaliados quanto à profilaxia de TEV	Percentual, (N/total)
Adequação	
(Candidatos e receberam profilaxia farmacológica)	
Enoxaparina ou HNF	9,5% (21/222)
Inadequação	
(Candidatos e receberam profilaxia farmacológica)	
Rivaroxabana	9,5% (21/222)
Subutilização	
(Candidatos e não receberam profilaxia farmacológica)	32% (73/222)
Superutilização	
(Não eram candidatos e receberam profilaxia farmacológica)	5,9% (13/222)
Enoxaparina	(5)
Rivaroxabana	(8)
Não utilização adequada	
(Não eram candidatos e não receberam profilaxia farmacológica)	42,3% (94/222)

Notas: TEV indica tromboembolismo venoso; HNF, heparina não-fracionada.

VI. DISCUSSÃO

O tromboembolismo venoso (TEV) tem adquirido um espaço importante em termos de saúde pública em decorrência de suas consequências já comprovadamente estabelecidas e bem difundidas na área da saúde. Sua ocorrência abrange desde pacientes agudamente enfermos até aquele cronicamente doentes, em diversas instâncias e instituições de cuidado (exemplo: hospitalizados, em internação domiciliar e institucionalizados), desde que apresentem determinados FR ou não estejam sendo manejados clinicamente de forma correta. Em discordância com sua relevância, ainda há um número reduzido de pesquisas sobre a sua incidência, utilização de profilaxia para TEV e avaliação da mobilidade em pacientes cronicamente enfermos ou em internação domiciliar (ID). O presente estudo propõe-se a mostrar dados locais sobre práticas da avaliação do risco de TEV, uso da profilaxia e investigação da mobilidade em pacientes cronicamente enfermos, particularmente idosos, em um serviço de ID em Salvador-Bahia.

Baseando-se na avaliação do risco de TEV em pacientes clínicos da Diretriz Brasileira para Profilaxia de TEV[10] em relação à possibilidade de uso de profilaxia, deve-se inicialmente avaliar a existência de idade acima de 40 anos em associação com a presença de mobilidade reduzida. Constatada a presença destes dois importantes FR, deve-se buscar pelo menos um fator de risco adicional para TEV (exemplos: câncer, insuficiência cardíaca descompensada, infecção) para respaldar a prescrição de profilaxia farmacológica, atentando-se sempre para a presença de contra-indicações para o uso de anticoagulantes. Segundo a 9a Edição da Diretriz de Terapia e Profilaxia Antitrombótica Baseada em Evidências para a Prática Clínica do American College of Chest Physicians[12], para pacientes agudamente enfermos e hospitalizados com alto risco de TEV, recomenda-se tromboprofilaxia farmacológica com HBPM, HNF (de 12-12h ou 8-8h) ou fondaparina. Em se tratando de pacientes agudamente enfermos e hospitalizados, mas que tenham sangramento ativo ou risco alto de sangramento, recomenda-se contra o uso de tromboprofilaxia mecânica – sugere-se o uso otimizado de profilaxia mecânica com meias elásticas de compressão gradual (MECG) ou compressão pneumática intermitente (CPI) versus nenhuma profilaxia. É importante

destacar que caso haja uma redução no risco de sangramento, e persistência do risco de TEV, a adoção de uma profilaxia farmacológica pode ser reavaliada.

O risco de TEV persiste elevado após a alta hospitalar, particularmente em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas de grande porte e cirurgias para câncer, mas também em pacientes clínicos. Em um estudo de coorte prospectiva foram avaliados 3.039 pacientes após a alta hospitalar e início de internação em instituições de cuidados prolongados[5], mostrando que apesar de que 75% dos pacientes tivessem usado profilaxia farmacológica durante a hospitalização, foram detectados episódios sintomáticos de TEV em 2,4% dos pacientes, nas primeiras duas semanas. Trazendo a análise para o presente estudo, podemos caracterizar a população em ID como essencialmente idosa, uma vez que 65% dos pacientes tinham idade maior ou igual a 70 anos. Nota-se que a vasta maioria tinha mais que 40 anos, idade que serve como marcador para aumento do risco de TEV e é usada como critério de inclusão para quase todos os estudos clínicos sobre a profilaxia deTEV em pacientes clínicos. O diagnóstico principal da admissão foi FR para TEV em 76% dos casos. Os principais diagnósticos de admissão representaram doenças geriátricas, neurológicas, doença respiratória crônica e infecção/antibioticoterapia. Simultaneamente, notou-se que 70% destes pacientes apresentavam mobilidade reduzida. Este dado nos traz um alerta importante uma vez que esta combinação eleva o risco de TEV, trazendo a consideração do risco-benefício para o uso de profilaxia farmacológica. Ao mesmo tempo deve-se notar que é comum o emprego de polifarmácia neste grupo de pacientes, por conta das consequências próprias da senescência ou advindas da senilidade, aumentando possivelmente o risco potencial de intolerância gástrica e de complicações hemorrágicas. A incidência de TEV aumenta exponencialmente com a idade, não sendo claro se por alterações dos mecanismos de coagulação ou pela presença de comorbidades trombogênicas, praticamente dobrando de valor a cada década de vida a partir dos 50 anos.

Percebemos uma discrepância entre o percentual de pacientes candidatos à profilaxia (51%) e aqueles que efetivamente receberam prescrição adequada de profilaxia farmacológica (9,5%). Possivelmente um número maior de pacientes apresentam risco e poderiam se beneficiar do uso desta terapia. Adicionalmente, a fisioterapia motora foi registrada em 124 pacientes (54,4%), porém não foram encontrados registros sobre o uso de outras ferramentas para profilaxia mecânica como

contra-indicações para anticoagulantes. Destaca-se também o uso frequente de rivaroxabana (15,35% dos pacientes), anticoagulante oral inibidor direto do fator Xa, em uma indicação para a qual não somente não há recomendações das diretrizes vigentes, mas também destaca-se a existência de diversos estudos que demonstram um aumento significativo do risco de ocorrência de sangramento grave. Seu uso tem sido melhor associado à redução da ocorrência de eventos de TEV em pacientes com extensão da tromboprofilaxia farmacológica pós-alta em casos substituição eletiva de quadril e joelho e para prevenção de infarto em pacientes com fibrilação atrial[15]. A mobilidade reduzida consiste em um fator de risco independente para desenvolvimento de TEV, sendo caracterizada em diversos graus, e é fundamental que seja dada a devida importancia a este quesito, com implementação de medidas educativas da equipe de saúde e implantação de protocolos formais de investigação, a fim de evitar a ocorrência de episódios iatrogênicos ou até mesmo de negligencia.

Notamos que para a grande maioria dos pacientes, a avaliação da mobilidade foi realizada pela enfermagem, através da escala de Braden ou pela fisioterapia, mas estes dados não se integraram à uma avaliação global do risco de TEV ou da sinalização do médico quanto a isto. Houve registro sobre a mobilidade do paciente pelo médico em apenas 2 deles, o que corresponde a apenas 1% da população total. Isto configura uma situação que chama atenção pela dificuldade de comunicação e troca de informações efetivas sobre os pacientes, assim como o subregistro por parte das equipes (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos clínicos), sobre os FR para TEV, particularmente o registro sobre a mobilidade do paciente, como também sobre contra-indicações para profilaxia farmacológica e mecânica. Trazendo-se para a realidade dos pacientes em internação domiciliar, estes registros poderiam auxiliar a padronizar sobre avaliação integral e periódica da mobilidade e do risco de TEV, com a criação de um protocolo assistencial especifico para esta população em questão.

Nos últimos anos o Brasil tem vivenciado uma aceleração de sua transição demográfica cujos principais determinantes consistem em uma redução expressiva na taxa de fecundidade, uma forte redução da taxa de mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida. Visto isso, há uma progressão para um perfil demográfico com acréscimo do percentual de idosos, que traz consigo uma transição epidemiológica onde as doenças crônico-degenerativas terão cada vez mais expressão. Desta forma, é

necessário que haja adequações das práticas de saúde a fim de que contemplem estas crescentes demandas, bem como das políticas sociais, que precisam se adequar ao acréscimo das necessidades de previdência e assistência social[16].

VII. CONCLUSÕES

1. A avaliação da mobilidade é peça fundamental na investigação clínica de pacientes em internação domiciliar, visando sempre uma melhoria na assistência à saúde destas pessoas.

2. Apesar do elevado percentual de diagnósticos de admissão serem fator de risco para TEV, bem como haver uma quantitade significativa de pacientes com redução da mobilidade, houve um baixo índice de rastreio da mesma. Esta deficiência na avaliação da mobilidade alerta para uma necessidade de implantação de protocolos formais de investigação, incorporando este FR à avaliação global e rotineira dos pacientes em internação domiciliar.

2. Uma prescrição automática e desprovida de análise criteriosa de profilaxia para eventos tromboembólicos pode resultar em existência de erros médicos e redução na qualidade de vida dos pacientes.

3. Ampliando a questão para a mudança do perfil populacional brasileiro, que progressivamente tem apresentado um maior envelhecimento, a necessidade de um manejo adequado e cauteloso deste quesito será cada vez mais mandatório.

VIII. SUMMARY

Observational cross-sectional study of reduced mobility in chronically ill patients as risk factor for venous thromboembolism. Venous thromboembolism (VTE) involves the vessels as deep vein thrombosis (DVT) and symptomatic or asymptomatic pulmonary embolism (PE). Among the various risk factors (RF), there are a previous history of VTE, advanced age, respiratory insufficiency, infections and cancer, which are enhanced when there is a reduction in mobility. The assessment of the degree and duration of immobility that is necessary to increase the risk of VTE in chronically ill patients are not clearly defined. **Objective**: To evaluate the profile of chronically ill patients regarding reducing mobility as RF for VTE in Salvador. **Methods**: An observational cross-sectional study conducted in one day in home care (HC) patients based on the collected data review in SOS Vida service records. **Results**: Among 228 patients evaluated, the mean age was 73 ± 18.3 years and the length of stay 18.3 ± 21.6 months. The main admission diagnoses were RF for VTE in 76% of the cases, particularly neurological causes, geriatrics and chronic respiratory failure. The most frequent RF were infections, paresis, stroke, respiratory diseases and insufficiency, cancer and a history of VTE. The assessment of mobility by physiotherapist was recorded in 9,8%, by nursing in 18.9% and by medical staff in 0.9%; there was severely restricted mobility in 70% of patients and 51% were considered candidates for VTE prophylaxis. **Conclusions**: In an elderly population with frequent VTE RF, the assessment of mobility, especially by medical staff, was done infrequently and the adequacy of pharmacologic prophylaxis use was low. These data highlight the need for the implementation of formal VTE risk-assessment protocols in HC. This would enhance the effective integration between the health care professionals with better quality assistance for the chronically ill elderly patients.

Keywords: 1. Venous thromboembolism. 2. Home care. 3. Reduced mobility

IX. REFERÊNCIAS

1. Choi M, Hector M. Management of venous thromboembolism for older adults in long-term care facilities, Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 2012; 24: 335–344.

2. Terra-Filho, M, Menna-Barreto SM, e col. Recomendações para o manejo da tromboembolia pulmonar, 2010. J Bras Pneumol, v. 36, número Supl. 1, p. S1-S68 Março 2010.

3. Ambrosetti M, Ageno W, Spanevello A, Salerno M, Pedretti RFE. Prevalence and prevention of venous thromboembolism in patients with acute exacerbations of COPD. Thrombosis Research. 2003; 112: 203–207.

4. Rocha, AT, Paiva, EF, Lichtenstein, A, Milani Jr, R, Cavalheiro-Filho, C, Maffei, FH. Risk-assessment algorithm and recommendations for venous thromboembolism prophylaxis in medical patients. Vascular Health and Risk Management 2007: 3 (4).

5. Scannapieco G, Ageno W, Airoldi A, Bonizzoni E, Campaniní M, Gussoni G *et al*. Incidence and predictors of venous thromboembolism in post-acute care patients – A prospective cohort study. Thromb Haemost. 2010 Oct; 104(4): 734-40.

6. Leibson CL, Petterson TM, Smith CY, Bailey KR, Ashrani AA, Heit JA et al. Rethinking Guidelines for Venous Thromboembolism Risk Among Nursing Home Residents: A Population-Based Study Merging Medical Record Detail with Standardized Nursing Home Assessments, Online First Article, American College of Chest Physicians, downloaded From: http://journal.publications.chestnet.org/ by Ana Thereza Rocha on 03/14/2014.

7. Leibson CL, Petterson TM, Bailey KR, Melton J, Heit JA. Risck factors for Venous Thromboembolism in nursing home residents. Mayo Clin Proc. February 2008;83(2):151-157.

8. Gatt ME, Paltiel O, Bursztyn M. Is prolonged immobilization a risk factor for sympomactic venous thromboembolism in eldery bedridden patients?, Thromb Hoemost. 2004; 91: 538-43.

9. Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF, Heit JÁ, Samama CM, Lassen MR *et al*. CHEST 2008; 133:381S–453S.

10. Rocha AT, Paiva EF, Lichtenstein A, Milani-Jr R, Cavalheiro-Filho C, Maffei FH, et al. Tromboembolismo Venoso: Profilaxia em Pacientes Clínicos – Parte I, elaboração final: 31 de março de 2005, disponível em http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/37-tramboembolismo-parteI.pdf.

11. Hull RD, Schellong SM, Tapson VF, Monreal M, Samama M, Nicol P, et al. Extended-Duration Venous Thromboembolism Prophylaxis in Acutelly Ill Medical Patients With Recently Reduced Mobility. Ann Intern Med 2010; 153: 8-18.

12. Guyatt GH, Akl EA, Crowther M, Schunemann HJ, Gutterman DD, Lewis SZ. Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. CHEST 2012; 141(2) (Suppl): 48S-52S.

13. Pai M, Douketis JD. Preventing venous thromboembolism in long-term care residentes: Cautions advice based on limited data. Cleveland Clinic Journal of Medicine 2010; 77 (2):123-130.

14. Kahn SR, Lim W, Dunn AS, et al. Prevention of VTE in nonsurgical patients: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2012;141(2)(suppl):e195S-226S

15. Goldhaber SZ, Leizorovicz A, Kakkar AK, Haas SK, Merli G, Knabb RM, et al. Apixaban versus Enoxaparin for Thromboprophylaxis in Medically Ill Patients. N Engl J Med 2011; 365: 2167-77.

16. Nunes EM. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. / Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

X. ANEXOS

ANEXO I: FICHA DE COLETA DE DADOS

ESTUDO OBSERVACIONAL DE CORTE TRANSVERSAL SOBRE FATORES DE RISCO PARA TROMBOEMBOLISMO VENOSO E USO DE PROFILAXIA EM PACIENTES EM HOME CARE

Ficha de Coleta de Dados ID# l__l__l__l__l
1. Dados Gerais
Registro l__l__l__l__l__l__l__l__l **Data Nascimento**(dd/mm/aaaa): l__l__l./ l__l__l./ l__l__l__l__l **Gênero (**F0/M1): l__l
Peso (Kg) l__l__l__l **Altura (m):** l__l, l __l__l **Data Int Home (dd/mm/aaaa):** l__l__l./ l__l__l./ l__l__l__l__l
Hospitalização recente 1mês (N0/S1/NS2): l__l **Hospitalização recente 3mês (**N0/S1/NS2): l__l
2. Diagnóstico de Admissão (DxP) *(marque o principal)*
0. __ Câncer em tratamento 1. __ Câncer em paliação 2. __ Ortopédicos (PO)
3. __ TRM 4. __ Geriátrico clínico 5. __ Infecção - Antibioticoterapia
6. __ Insuf. respiratória crônica 7. __ Neurológico 8. __ Renal
9. __ Outro_____
NOTA/DxS1:_____
3. Mobilidade reduzida
Mobilidade reduzida (N0/S1/NS2): l__l **Nível de mobilidade reduzida (**total0/parcial1/NS2): l__l
Avaliador: 0.__Fisio 1.__Enfermeiro 2.__Médico 3.__Familiar 4.__Outro.
Modo:_____
4. Fatores de Risco para TEV *(marque todos que se aplicam)**:***
Hx prévia de TEV.....□Não....□Sim....□Não sabe
AVCI.....□Não....□Sim....□Não sabe
Hx familiar de TEV.....□Não....□Sim....□Não sabe
AVCH.....□Não....□Sim....□Não sabe
Câncer de orgão sólido.....□Não....□Sim....□Não sabe **Paresia/paralisia MMII.....**□Não....□Sim....□Não sabe
Câncer hematológico.....□Não....□Sim....□Não sabe
Obesidade*.....□Não....□Sim....□Não sabe
QT.....□Não....□Sim....□Não sabe **Doença respiratória grave**....**□Não....□Sim....□Não sabe
HT.....□Não....□Sim....□Não sabe **Doença inflamatória intestinal .**□Não....□Sim....□Não sabe
Hx de trombofilia.....□Não....□Sim....□Não sabe **Doença reumática ativa.....**□Não....□Sim....□Não sabe

Varizes/IV periférica.....□Não....□Sim....□Não sabe **Infecção (local ou sistêmica) .....**□Não....□Sim....□Não sabe
Síndrome nefrótica.....□Não....□Sim....□Não sabe **CVC (uso crônico).....**□Não....□Sim....□Não sabe
ICC.....□Não....□Sim....□Não sabe **CVC HD (uso crônico).....**□Não....□Sim....□Não sabe
Gravidez/puerpério.....□Não....□Sim....□NA **Ventilação mecânica.....**□Não....□Sim....□Não sabe
Anticoncepcional.....□Não....□Sim....□NA
TRH.....□Não....□Sim....□NA
Cirurgia há < 3 meses.....□Não....□Sim....□Não sabe
5. Profilaxia de TEV *(marque todos que se aplicam)**:***
Data de início da profilaxia (dd/mm/aa):____/____/_____ Data final da profilaxia:____/____/_____ ou □ Continua
HNF.....□Não □Sim **Dose....**□ 5.000 U 8-8h**....**□ 5.000 U 12-12h**....**□ Outra
HBPM.....□Não □Sim **Tipo e dose HBPM** □Enoxaparina □Dalteparina □Nadroparina
□ 20 mg 1x □ 2.500 U 1x □ 0,3 ml
□ 40 mg 1x □ 5.000 U 1x □ 0,4 ml
□Outra_____ □Outra_____ □Outra_____
MECG.....□Não □Sim **CPI.....** □Não □Sim
Warfarina 1mg/dia..□Não □Sim **Anticoagulação sistêmica.....**□Não □Sim
6. Contra-indicações para Profilaxia *(marque todos que se aplicam)**:***
Sangramento ativo.....□Não □Sim □Não sabe **Alergia a heparina.....**□Não □Sim □Não sabe
Coagulopatia*.....**□Não □Sim □Não sabe **Hx de HIT.....**□Não □Sim □Não sabe
Insuficiência renal crônica...□Não □Sim □Não sabe **Cirurgia craniana <2sem.....**□Não □Sim □Não sabe
Punção liquórica <24.....□Não □Sim □Não sabe **Cirurgia ocular <2sem.....**□Não □Sim □Não sabe
Profilaxia não indicada.....□Não**...**□Sim
Formulário preenchido por_____Data_____/_____/_____

ID#_____

ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL DA BAHIA S/A - ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo observacional de corte transversal sobre fatores de risco para tromboembolismo venoso e uso de profilaxia em pacientes em home care

Pesquisador: ANA THEREZA CAVALCANTI ROCHA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37290114.7.0000.5606

Instituição Proponente: HBA S/A ASSISTENCIA MEDICA E HOSPITALAR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 923.793

Data da Relatoria: 11/11/2014

Apresentação do Projeto:

Estudo observacional de corte transversal sobre fatores de risco para tromboembolismo venoso e uso de profilaxia em pacientes em home care

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar perfil de pacientes quanto a redução da mobilidade como fator de risco para TEV; presença de fatores de risco para TEV e avaliar a utilização e adequação de profilaxia, em pacientes em home care em Salvador BA

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estudo de revisão de prontuário, sem riscos identificados para os pacientes. como benefício traz a obtenção de informações sobre risco para planejamento de medidas no futuro

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

concordamos com a liberação do termo de consentimento

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos adequados

Recomendações:

NSA

Endereço: Av. Professor Magalhães Neto, 1541
Bairro: PITUBA **CEP:** 41.810-011
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)2109-1224 **Fax:** (71)2109-1622 **E-mail:** dinalia.leal@hospitaldabahia.com.br

HOSPITAL DA BAHIA S/A - ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR

Continuação do Parecer: 923.793

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

NSA

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer acatado por este CEP.

Emitir relatórios semestrais a este CEP, conforme resolução 466/12

SALVADOR, 19 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Marcia Lilian Sampaio e Sampaio Sá
(Coordenador)

ANEXO III – CARTA DE ANUÊNCIA

S.O.S. Vida
Inovando em Saúde

OF. 040/2014

Salvador, 06 de outubro de 2014.

À
FACULDADE DE MEDICINA DA UFBA E
COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO HOSPITAL DA BAHIA – CEP-HBA

Ref.: Aprovação da Diretoria Médica da S.O.S. Vida para realização do "Estudo observacional de corte transversal sobre fatores de risco para tromboembolismo venoso e uso de profilaxia em pacientes em home care."

A S.O.S. Vida declara ter conhecimento sobre o trabalho de pesquisa intitulado: **"Estudo observacional de corte transversal sobre fatores de risco para tromboembolismo venoso e uso de profilaxia em pacientes em home care",** que tem como pesquisadores do projeto Ana Thereza Rocha, Evelyn Martins Reale de Oliveira e Pedro Augusto Carlos Pinheiro, esclarecendo que nosso serviço tem plenas condições de executá-lo conforme o protocolo previsto, aprovando a realização do mesmo na S.O.S. vida.

JOSÉ ESPINÔ SILVEIRA
Diretor Médico

Av. D. João VI, 152 – Brotas / Salvador-BA / CEP. 40285-001
Tel.: (71) 3277.8004 / www.sosvida.com.br