



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



Monografia

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

Igor Almeida dos Anjos

Salvador (Bahia)
Março, 2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Almeida dos Anjos, Igor

Estudo observacional de corte transversal sobre fatores de risco para tromboembolismo venoso e uso de profilaxia em pacientes em *home care* / Igor Almeida dos Anjos. -- Salvador, 2017.

47 f.

Orientadora: Prof. Ana Thereza Cavalcanti Rocha.

Monografia (Graduação em Medicina) -- Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, 2017.

1. Tromboembolismo venoso. 2. Fatores de risco. 3. Profilaxia. 4. *Home care*
5. Internação domiciliar. I. Cavalcanti Rocha, Ana Thereza. II. Título.



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



Monografia

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

Igor Almeida dos Anjos

Professor orientador: **Ana Thereza Cavalcanti Rocha**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2016.2, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Março, 2017

Monografia: *Estudo observacional de corte transversal sobre fatores de risco para tromboembolismo venoso e uso de profilaxia em pacientes em home care,*
de **Igor Almeida dos Anjos**.

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.
- **Ana Cláudia Couto Silva**, Professora do Departamento de Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Cícero Fidelis Lopes**, Professor do Departamento de Anestesiologia e Cirurgia da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Membro suplente

Paulo Novis Rocha, Professor do Departamento de Medicina Interna e Apoio Diagnóstico 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 XII Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em 15 de Março de 2017.

*Dificuldades preparam pessoas comuns
para destinos extraordinários. (Clive
Staples Lewis)*

Aos Meus Pais, **Antônio e Ivete**,
aos meus irmãos, **Itânia, Cátia e**
Kayc, e a todos os pacientes em
home care.

EQUIPE

- Igor Almeida dos Anjos, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: iaigoralmeida@gmail.com;
- Ana Thereza Cavalcanti Rocha, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: rocha00002@yahoo.com;

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
- Hospital da Bahia – Assistência médica e hospitalar

FONTES DE FINANCIAMENTO

Recursos próprios.

AGRADECIMENTOS

- A **Deus**, autor de tudo, sem o qual eu não estaria aqui e não teria conseguido alcançar os objetivos almejados.
- À minha professora orientadora, **Doutora Ana Thereza Cavalcanti Rocha**, por ter permanecido sempre presente, por toda paciência nas limitações e por todas as orientações fundamentais para a construção desse trabalho.
- Aos meus pais, **Antônio** e **Ivete**, e aos meus irmãos, **Itânia**, **Cátia** e **Kayc**, por demonstrarem a mais pura forma de amor em cada pequeno gesto, fortalecendo-me. Por todo apoio, incentivo constante e palavras de carinho.
- Aos doutores **Ana Cláudia Couto Silva**, **Cícero Fidelis Lopes** e **Paulo Novis Rocha**, membros da Comissão Revisora desta Monografia, pelas sugestões e contribuições.
- À empresa **SOS VIDA**, por disponibilizar local de coleta de dados e informações dos pacientes para a realização desta pesquisa.
- Aos amigos, **Allana Júnior**, **Sanderson Leão**, **Camila Braga**, **Evelyn Reale**, **Ana Carolina Pereira** e a todos os não citados, mas que estiveram do meu lado, pelas sugestões, companheirismo e apoio nos momentos turbulentos.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE FIGURA, GRÁFICO E TABELAS	2
LISTA DE SIGLAS	3
I. RESUMO	4
II. OBJETIVOS	5
II.1. Objetivos gerais	5
II.2. Objetivos específicos	5
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	6
IV. METÓDOS	12
V. RESULTADOS	15
VI. DISCUSSÃO	20
VII. CONCLUSÃO	26
VIII. SUMMARY	27
IX. REFERÊNCIAS	28
X. ANEXOS	32
•ANEXO I: Ficha de coleta de dados	32
•ANEXO II: Parecer de aprovação do comitê de ética em pesquisa (CEP)	34
•ANEXO III: Carta de anuência	36
•ANEXO IV: Credenciamento no Hospital Jorge Valente	37

ÍNDICE DE FIGURA, GRÁFICO E TABELAS

QUADROS

Quadro I. Fatores de risco para TEV	7
-------------------------------------	---

TABELAS

Tabela 1. Características dos 41 pacientes acompanhados no serviço de ID do HJV/Salvador	15
Tabela 2. Avaliação da mobilidade dos 41 pacientes acompanhados no serviço de ID do HJV/Salvador, por categoria profissional	17
Tabela 3. Profilaxia farmacológica utilizada e contraindicações ao uso da profilaxia	19

GRÁFICOS

Gráfico 1. Frequência dos diagnósticos para admissão dos 41 pacientes acompanhados em ID do HJV/Salvador	16
Gráfico 2. Avaliação da mobilidade dos 41 pacientes acompanhados no serviço de ID do HJV/Salvador	17
Gráfico 3. Avaliação dos 41 pacientes acompanhados em ID do HJV/Salvador de acordo com a quantidade de FR para TEV	18
Gráfico 4. Avaliação dos pacientes quanto a necessidade e utilização de profilaxia farmacológica para TEV	18

LISTA DE SIGLAS

AVC -----	Acidente vascular cerebral
AVCH -----	AVC hemorrágico
AVCI -----	AVC isquêmico
CPI -----	Compressão pneumática intermitente
DPOC -----	Doença pulmonar obstrutiva crônica
EP -----	Embolia pulmonar
FR -----	Fatores de risco
HNF -----	Heparina não fracionada
HBPM -----	Heparina de baixo peso molecular
HJV	Hospital Jorge Valente
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 fatores de risco para tromboembolismo venoso e uso de profilaxia em pacientes em home care. O tromboembolismo venoso (TEV) caracteriza-se como um comprometimento vascular que abrange a trombose venosa profunda (TVP), sintomática ou assintomática, e o tromboembolismo pulmonar (TEP), sua complicação mais grave. O TEV é a terceira causa de morbimortalidade no mundo, afetando frequentemente pacientes clínicos hospitalizados e subgrupos de pacientes cronicamente enfermos, porém evitável com o uso correto da profilaxia. História prévia de TEV, idade avançada, insuficiência respiratória e infecções são alguns dos inúmeros fatores de risco (FR), sendo estes potencializados pela imobilização. **Objetivo:** Avaliar o perfil de pacientes em *internação domiciliar (ID)* quanto à redução da mobilidade como FR para TEV, à presença de outros FR para TEV e a utilização e adequação de profilaxia para TEV em pacientes do serviço de ID do Hospital Jorge Valente, em Salvador. **Metodologia:** Estudo observacional de corte transversal, entre pacientes em ID do serviço *home care* da Promédica. Os dados obtidos pela revisão de prontuários médicos foram de-identificados e não houve qualquer contato direto com os pacientes. **Resultados:** Foram avaliados 41 pacientes adultos, com média de idade $67,1 \pm 15,2$ anos, sendo 51% do sexo feminino. Os diagnósticos para internação foram: 51% por infecção para administração de antibioticoterapia, 36,8% por doenças neurológicas, 9,8% pacientes geriátricos clínicos e 2,4% por insuficiência respiratória crônica. A mobilidade estava reduzida em 80% dos pacientes, 68,2% tinham indicação de tromboprofilaxia, mas apenas 26,8% estavam em uso. **Conclusão:** A população do estudo é majoritariamente idosa (portadora de doenças crônico-degenerativas) e com múltiplos FR para TEV, destacando-se a imobilidade e infecções. Foi observada grande discrepância entre indicação e uso de tromboprofilaxia, fazendo-se necessário a criação de algoritmos e diretrizes norteadores dos profissionais de saúde com objetivo de aumentar a relação uso/indicação de tromboprofilaxia nessa população.

Palavras chave: 1. Tromboembolismo venoso. 2. Fatores de risco. 3. Profilaxia. 4. *Home care* 5. Internação domiciliar.

II. OBJETIVOS

II.1 Objetivos Gerais

Avaliar o perfil de pacientes quanto à redução da mobilidade e outros fatores de risco para tromboembolismo venoso (TEV) no serviço de Internação domiciliar (ID) do Hospital Jorge Valente (HJV), em Salvador.

Avaliar a utilização e adequação de profilaxia para TEV em pacientes no serviço de ID do HJV, em Salvador.

II.2 Objetivos Específicos

Caracterizar os graus de redução da mobilidade por registros médicos e por fisioterapeutas de pacientes em internações domiciliar no HJV, em Salvador.

Avaliar a associação entre os graus e o tempo de redução da mobilidade e a utilização de profilaxia para TEV em pacientes em ID no HJV, em Salvador.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O tromboembolismo venoso (TEV) caracteriza-se como um comprometimento vascular que abrange a trombose venosa profunda (TVP), sintomática ou assintomática, e o tromboembolismo pulmonar (TEP). A TVP corresponde a oclusão vascular por um trombo, sendo que uma das complicações mais graves decorre do seu desalojamento e migração através dos vasos sanguíneos até alcançar os pulmões, ocluindo a vasculatura arterial pulmonar, determinando TEP^{1,2}.

O TEV é a terceira causa de morbimortalidade no mundo, sendo que 10% dos eventos podem levar à morte na primeira hora. Embora a maioria dos eventos sejam oligossintomáticos ou assintomáticos, aqueles que se tornam clinicamente aparentes estão associados à maior incidência de complicações crônicas, como a síndrome pós-trombótica e a hipertensão arterial pulmonar^{3,4,5}. No entanto, a suspeita de TEP é feita *ante mortem* apenas na minoria dos pacientes que falecem em hospitais por TEP confirmado em estudos de autópsias do Brasil e do mundo^{3,4,5}. Ao mesmo tempo, estes estudos mostram que a maioria dos pacientes que sofrem de TEV em hospitais têm afecções clínicas e não cirúrgicas^{3,4,5}. Assim, despertou-se para a necessidade do uso de profilaxia de TEV tanto para os pacientes cirúrgicos quanto clínicos.

Embora a incidência de TVP seja 2 a 3 vezes maior que a do TEP, cerca de 95% dos episódios de TEP têm um episódio de TVP associada¹. Quando fragmentos do trombo se destacam, percorrem veias progressivamente maiores até entrarem no coração direito e seguirem até o pulmão, progredindo de artérias pulmonares de maior a menor calibre, determinam a gravidade da EP a depender do local de obstrução. Grande parte dos fragmentos são muito pequenos e o pulmão possui um suprimento sanguíneo duplo, tornando 60% a 80% dos TEP silenciosos¹. No entanto, êmbolos pequenos podem formar aglomerados com o tempo e ampliarem a sua gravidade pelo aumento da área pulmonar acometida: pequenos êmbolos geralmente causam infarto ou hemorragia pulmonar; êmbolos progressivamente maiores podem causar hipertensão pulmonar, insuficiência cardíaca direita (*cor pulmonale*), colapso pulmonar e morte súbita¹. Se houver suspeita de TEP, cinco sintomas clássicos (dispneia, taquicardia, dor no peito, hemoptise e síncope) podem ocorrer; apesar de menos de 20% dos pacientes apresentarem-se com, pelo menos, três destes sintomas⁶.

O surgimento e progressão do TEV se relaciona ao processo fisiopatológico multifatorial bem caracterizado pela tríade de Virchow: estase venosa, estados de

hipercoagulabilidade e danos no endotélio vascular^{1,6}. Situações que provoquem imobilizações se correlacionam, temporalmente, com as características clínicas individuais que levam a estados tromboembólicos, sejam por maior influência de fatores herdados (genéticos) ou por adquiridos (resultantes de traumas com liberação de substâncias tromboembólicas na circulação sanguínea, AVC, grandes cirurgias)⁷.

Como exposto no quadro abaixo publicado por Terra-Filho M e col.⁵, existem diversos fatores de risco para TEV, ressaltando-se que os principais são: aumento da idade, imobilização prolongada, história prévia de TEV, câncer, insuficiência cardíaca, insuficiência respiratória, cirurgia, trauma, infecção, uso de estrogênio e distúrbios trombóticos congênitos. Além dos fatores de risco citados, o infarto do miocárdio, o acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico e exacerbações da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) são condições clínicas que favorecem o desenvolvimento de TEV. No entanto, doenças cardíacas e pulmonares podem dificultar o reconhecimento dos sintomas clínicos de TEP, sendo necessário melhor observação de tais pacientes e dos fatores de risco a eles associados^{9,10}.

Quadro 1. Fatores de risco para TEV

Fatores de risco maiores	
Cirúrgicos	<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia abdominal ou pélvica de grande porte • Prótese de quadril ou joelho • Necessidade de UTI no pós-operatório • Politraumatismo/trauma medular
Obstétricos	<ul style="list-style-type: none"> • Gravidez a termo • Parto cesáreo • Puerpério
Problemas em membros inferiores	<ul style="list-style-type: none"> • Fratura • AVC com paralisia dos membros

Malignidade	<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia abdominal ou pélvica • Doença avançada/metastática • Quimioterapia
Imobilidade > 3 dias	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalização • Institucionalização • Deficiência de antitrombina • Deficiência de proteína C • Deficiência de proteína S • Síndrome antifosfolípídeo • Homozigose para fator V Leiden • Homozigose para a mutação do gene da protrombina
Outros	<ul style="list-style-type: none"> • Evento embólico prévio
Fatores de risco menores	
Cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças cardíacas congênitas • Insuficiência cardíaca congestiva • Idade • Tromboflebite superficial/varizes • Cateter venoso central
Estrogênicos	<ul style="list-style-type: none"> • Anticoncepcional oral • Terapia de reposição hormonal
Trombofilias	<ul style="list-style-type: none"> • Heterozigose para fator V Leiden

Outros	<ul style="list-style-type: none"> • Heterozigose para mutação do gene da protrombina • Hiper-homocisteinemia • Exacerbação da DPOC • Deficiências neurológicas • Doença maligna oculta • Viagens prolongadas • Obesidade • Cirurgia por laparoscopia (por ex., colecistectomia)
--------	--

(Fonte: Terra-Filho M e col., 2010)

Aproximadamente 80% dos pacientes que são acometidos por TEV possuem algum risco identificável que poderia ter sido abordado precocemente⁷. Como exemplo, a história prévia de TEV aumenta em até 8 vezes o risco de recorrência. Ao mesmo tempo, em pacientes agudamente ou cronicamente enfermos, diversos fatores de risco estão, em geral, presentes simultaneamente, aumentando a chance de ocorrência de TEV⁷. Destaca-se, desta forma, a necessidade de identificação de fatores de risco, visando à prevenção de possíveis eventos tromboembólicos através do uso de trombopprofilaxia⁷. Por outro lado, é importante saber que existem eventos de TEV e TEP provocados e outros ditos idiopáticos, ou não provocados (quando não existe nenhuma causa aparente, como uma internação por doenças clínicas ou o pós-operatório de cirurgias ortopédicas de grande porte ou para câncer). Mesmo que não sejam identificados fatores como trombofilias, sabe-se que estes pacientes com TEV não provocado apresentam risco maior de recorrência, chegando a 10% ao ano, o que se compara com as taxas de recorrência de pacientes com TEV e câncer⁸.

Com o envelhecimento da população, um número crescente de pacientes está necessitando de acompanhamento feito fora do ambiente hospitalar com serviços multidisciplinares e, geralmente, de longa duração, promovidos por empresas de *home care*, ou

ID¹¹. Estes serviços também promovem cuidados prolongados após a alta hospitalar para pacientes que necessitam de cuidados pós-agudos por doenças clínicas ou cirúrgicas. Uma vez que um dos públicos-alvo são pacientes com idade avançada e com sua mobilidade reduzida, determinar os fatores de risco para TEV comuns nesta população é essencial para promover a adequação da profilaxia de TEV de modo eficaz e seguro. Pai M¹¹ demonstraram que principalmente em pacientes sob cuidados de longa duração em casas de repouso, idade avançada e redução da mobilidade são fatores importantes associados à patogênese do TEV. As diretrizes para profilaxia de TEV do *American College of Chest Physicians* (ACCP) recomendam a avaliação sistemática de fatores de risco de TEV em pacientes clínicos e cirúrgicos e o uso de profilaxia farmacológica de TEV para aqueles considerados como de alto risco de TEV. Uma diversidade de estudos vem demonstrando a eficácia e a segurança da profilaxia de TEV em diversos subgrupos de pacientes; no entanto, eles são inconclusivos quanto à determinação do grau de perda da mobilidade que confere risco aumentado para TEV. Assim, ainda não há definição da abordagem adequada de pacientes cronicamente enfermos no que diz respeito ao uso de profilaxia do TEV fora do ambiente hospitalar. Isso porque estabelecer o grau e a duração da imobilidade que aumentam substancialmente o risco de TEV em pacientes enfermos tem sido grande desafio para pesquisadores da área. A redução da mobilidade pode ter diversas definições, como deambulação somente com ajuda, dependência total ou parcial de cadeira de rodas e restrição total ao leito, não havendo até o momento um consenso final sobre quais pacientes cronicamente enfermos ou necessitando de cuidados pós-agudos nestas circunstâncias se beneficiariam de profilaxia de TEV^{3,4,5}.

A profilaxia para TEV pode ser mecânica e farmacológica. Os dispositivos para profilaxia mecânica, tendo as meias elásticas de compressão gradual (MECG) como o principal exemplo, não possuem seu benefício tão claro, sendo indicados para os pacientes que possuem alto risco ao uso dos anticoagulantes¹¹. Os tipos de heparina utilizados na trombopprofilaxia farmacológica são: heparina de baixo peso molecular (HBPM); heparina não fracionada, indicada nos portadores de insuficiência renal por seu mecanismo de excreção ser diferente da HBPM e fondaparina, indicada para pacientes pós trombocitopenia por heparina. Todos esses tipos de heparina já se mostraram seguros e altamente custo-efetivos na redução da ocorrência de TEV após ampla investigação em pacientes clínicos hospitalizados e em cirúrgicos específicos¹¹. Mais recentemente novos anticoagulantes orais e inibidores do fator Xa ou da trombina vêm sendo estudados em algumas populações específicas, como pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas de grande porte (artroplastia total de quadril, joelho e fratura de quadril),

mostrando-se extremamente promissores na redução dos episódios sintomáticos de TEV sem aumento do sangramento quando comparados ao *gold-standard*, as HBPM¹³. Em outras populações de estudo, no entanto, como pacientes clínicos, o uso de tais fármacos mostrou risco maior de hemorragia, aliado a possíveis efeitos colaterais e interações medicamentosas, particularmente em pacientes com várias comorbidades associadas e idade avançada¹⁵. Dentre os riscos associados ao uso das heparinas a mais longo prazo é possível destacar sangramento, osteoporose e indução de trombocitopenia⁸. Em pacientes cronicamente enfermos, os riscos potenciais destas complicações tromboembólicas, hemorrágicas e de interações medicamentosas, no caso da polifarmácia, são consideráveis, tornando-se essencial estabelecer o risco de TEV que justifique o uso da profilaxia adequadamente.

Diversos estudos têm evidenciado redução de até 73% dos riscos de desenvolver TEV sintomático com a profilaxia prolongada (38 ± 4 dias) versus terapia de curta duração (10 ± 4 dias)¹³. Porém, um ponto a ser discutido é a duração ideal da profilaxia para pacientes com doenças clínicas, uma vez que em pacientes com alto risco, como aqueles no pós-operatório de cirurgias ortopédicas de grande porte ou pós-cirurgia oncológica já ter sido demonstrado que o risco de TEV excede as primeiras 3 semanas, sendo recomendada a profilaxia farmacológica estendida por 3 a 4 semanas pós-alta hospitalar^{13,14}.

A utilização de tromboprofilaxia farmacológica demanda a identificação correta dos candidatos à profilaxia pela presença de fatores de risco e redução da mobilidade, embora outros fatores devam ser levados em conta, como o custo e o risco de efeitos adversos da terapia anticoagulante, como hemorragias¹². Além da preocupação com a redução da mortalidade, outro fator a ser considerado quanto à utilização da profilaxia é o impacto na qualidade de vida envolvida na prevenção de consequências crônicas de TEV como a síndrome pós-trombótica¹².

Estão disponíveis na literatura alguns estudos que 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. 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 serão avaliados os fatores de risco para TEV, com particular atenção ao registro e modo de avaliação da redução da mobilidade e à adequação da profilaxia para TEV em pacientes em ID em um serviço na cidade de Salvador.

IV. MÉTODOS

O estudo foi realizado em um serviço que oferece ID, conhecido também como “*Home Care*” do Hospital Jorge Valente em Salvador, Bahia, e que não têm protocolos formais de profilaxia contra TEV. A ID conta com serviços específicos, integrados e multiprofissionais com assistência médica, de enfermagem, nutrição, fisioterapia e serviço social para disponibilizar recursos de infraestrutura para atendimento domiciliar.

Trata-se de estudo observacional, de corte-transversal, realizado durante um único dia (5 maio de 2015) e, baseado em dados coletados em prontuários médicos de pacientes em ID. Foram incluídos todos os 51 pacientes com registro da doença principal que resultou na internação. Os pacientes foram divididos nos seguintes subgrupos: 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) Indisponibilidade do prontuário eletrônico e impresso na data da coleta de dados; 2) Pacientes com idade inferior a 18 anos. Com exceção da equipe do estudo e da direção das ID, o corpo clínico não foi informado 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 de-identificados 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 aprovou o protocolo, assim como a solicitação de isenção da necessidade de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) de todos os pacientes. Foram coletados dados sobre características demográficas e biométricas dos pacientes, diagnóstico principal durante a admissão e histórico detalhado sobre FR para TEV. Os FR para TEV coletados foram: 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 hereditária ou adquirida, terapia de reposição hormonal, uso de cateteres venosos centrais, obesidade (registrado pela equipe de saúde) ou IMC calculado ≥ 30 Kg/m², insuficiência cardíaca congestiva (ICC), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência vascular periférica, varizes, paresia/paralisia de membros inferiores, acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI), acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCH), insuficiência respiratória

com e sem ventilação mecânica, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), pneumonia, doenças inflamatórias intestinais, doenças reumáticas ativas, infecções e síndrome nefrótica. Foram coletados também dados sobre: tempo de ID; 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; contraindicações gerais para heparina (insuficiência renal moderada a grave como diagnóstico ou por *clearance* de creatinina calculado [$\text{CICr} < 30 \text{ ml/min}$] 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 $< 100.000/\text{mm}^3$, tempo de tromboplastina parcial ativada (PTT) > 60 segundos ou razão normalizada internacional (RNI) $> 1,5$ sem uso de warfarina, ou cirurgia ocular ou cerebral há 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.

Foram registradas a profissão do avaliador (médico, enfermeiro, fisioterapeuta ou outro) e as formas de avaliação da mobilidade dos pacientes, registrando o profissional que fez a avaliação e/ou citação. Foi considerada mobilidade reduzida, o repouso no leito devido à doença, por pelo menos metade do dia, excluindo-se o período do sono (imobilidade nível 2) ou a presença de imobilidade completa (imobilidade nível 1).

Foram avaliados os possíveis “candidatos à profilaxia”, 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 FR para TEV. Os “candidatos à profilaxia sem contraindicações”, foram os mesmos pacientes, sem qualquer fator de risco para sangramento ou contraindicação para heparina. Foi considerado “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 definida para os candidatos à 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 por outro estudante deste componente curricular sob a mesma orientadora²²) 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 9¹⁶. As doses de rivaroxabana e dabigatрана especificamente para pacientes submetidos a cirurgia ortopédica de grande porte são baseadas nas diretrizes do ACCP 9¹⁶.

Foi considerada subutilização 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.

Os dados são apresentados como proporções, médias (\pm desvios-padrão) e medianas (\pm distâncias interquartílicas), quando apropriado. As análises foram feitas com o software SPSS 9.0 for Windows.

V. RESULTADOS

Foram avaliados prontuários de todos os 51 pacientes acompanhados no serviço de ID, conhecido também como “*Home Care*” ou ID do Hospital Jorge Valente em Salvador, no dia 05 de maio de 2015. Destes, sete prontuários foram excluídos devido a óbito do paciente e três por terem idade inferior a 18 anos. Ao final, foram incluídos no estudo 41 pacientes adultos em ID, 21 do sexo feminino (51%), com média de idade 67,1 anos \pm 15,2 anos e 41,4% com mais de 70 anos.

A média de internação no dia do estudo foi de 8,2 \pm 8,4 meses (de 0,03 até 34,9 meses). As características dos pacientes e diagnósticos principais são expostos na tabela 1.

Tabela 1. Características dos 41 pacientes acompanhados no serviço de ID do HJV/Salvador.

Variáveis	N (%)
Gênero	
Masculino	20 (49)
Feminino	21 (51)
ID prévio	
Sim	17 (41,4)
Não	24 (58,6)
Média de idade em anos \pm DP	67,1 \pm 15,2
Pacientes por grupo de idade	
\geq 70 anos	17 (41,4)
\geq 40 anos	40 (97,5)
Tempo de ID em meses	
Intervalo	0,03 a 34,9
Média \pm DP	8,2 \pm 8,4
Mediana	4,2
Diagnósticos principais para admissão agrupados em grandes grupos	
Infecção com necessidade de antibioticoterapia	21 (51,2)
Neurológico, incluindo sequela de AVC	15 (36,5)
Geriátrico clínico	4 (9,7)
Insuficiência respiratória	1 (2,4)
Câncer	0 (0)
Ortopédico	0 (0)

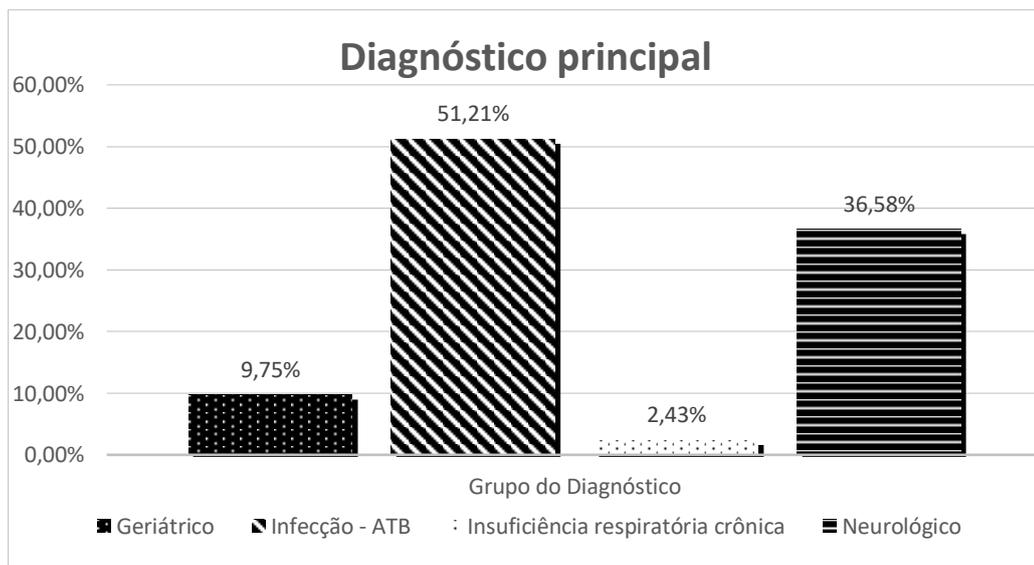
 Trauma raquimedular
Fatores de risco para TEV

AVC isquêmico	9 (22)
AVC hemorrágico	2 (4,9)
Câncer	4 (9,7)
Cateter venoso central	5 (12,1)
Doença inflamatória intestinal	1 (2,4)
Doença respiratória grave	3 (7)
Doença reumática em atividade	0 (0)
História prévia de TEV	4 (9,7)
Insuficiência cardíaca	5 (12,1)
Infecção	36 (87,8)
Insuficiência arterial periférica	5 (12,1)
Obesidade	5 (12,1)
Paresia/paralisia	18 (43,9)
Quimioterapia / Hormonioterapia	0 (0)
Síndrome nefrótica	0 (0)
Terapia de reposição hormonal/contracepção hormonal	0 (0)
Trombofilias	0 (0)
Ventilação mecânica crônica	1 (2,4)
Varizes	0 (0)

DP, desvio padrão; ID, internação domiciliar; TEV, tromboembolismo venoso; AVC, acidente vascular cerebral.

No gráfico 1 pode-se observar a distribuição da frequência dos diagnósticos dos pacientes em ID.

Gráfico 1. Frequência dos diagnósticos para admissão dos 41 pacientes acompanhados em ID do HJV/Salvador.



Quanto à avaliação da mobilidade, realizada na maioria dos casos (51,2%, tabela 2) por enfermeiro ou fisioterapeuta, 80% tinham mobilidade reduzida (Gráfico 2, tabela 2).

Gráfico 2. Avaliação da mobilidade dos 41 pacientes acompanhados no serviço de ID do HJV/Salvador.

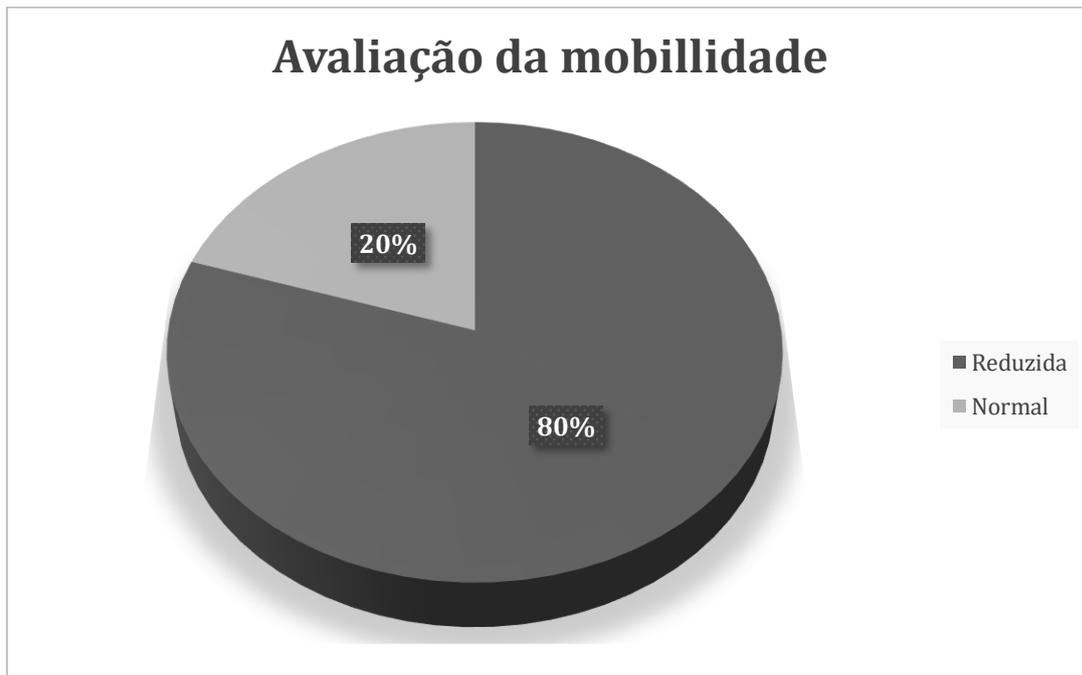
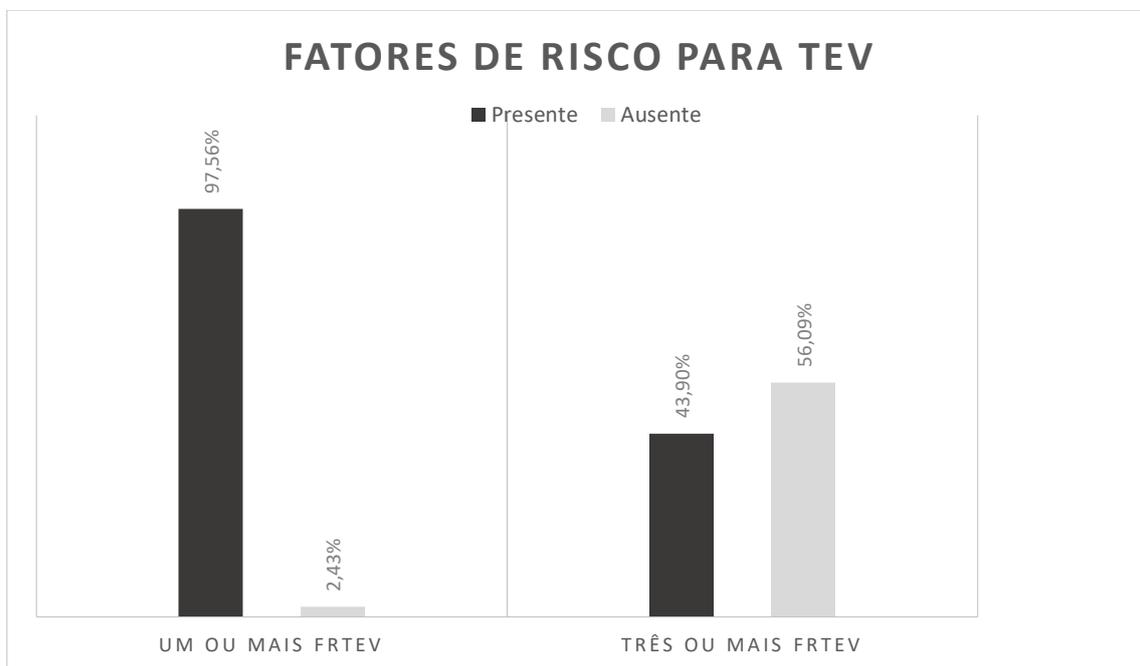


Tabela 2. Avaliação da mobilidade dos 41 pacientes acompanhados no serviço de ID do HJV/Salvador, por categoria profissional.

Variável	N (%)
Avaliador da mobilidade	
Fisioterapeuta	7 (17)
Enfermeiro	7 (17)
Médico	7 (17)
Familiar	0 (0)
Fisioterapeuta e enfermeiro	20 (48,7)

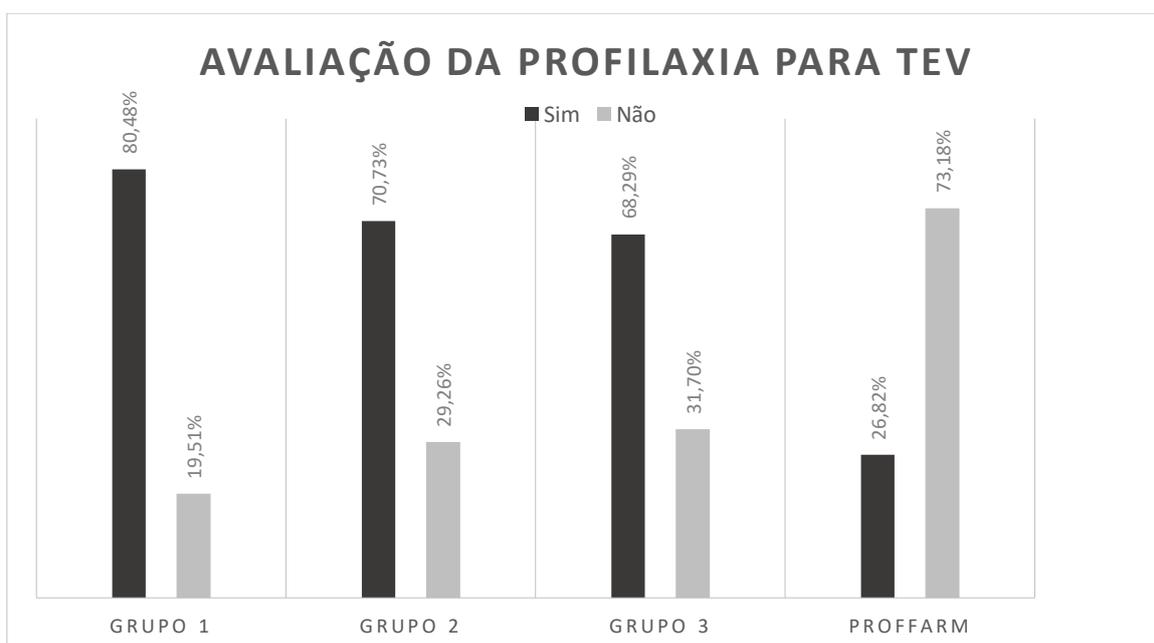
Os pacientes cronicamente enfermos avaliados foram agrupados em dois grupos: pacientes com um ou mais FR para TEV, 97,5%; pacientes com três ou mais FR para TEV, 43,9% (Gráfico 3).

Gráfico 3. Avaliação dos 41 pacientes acompanhados em ID do HJV/Salvador de acordo com a quantidade de FR para TEV.



No gráfico 4 os pacientes foram estratificados em categorias para avaliar a necessidade de profilaxia.

Gráfico 4. Avaliação dos pacientes quanto a necessidade e utilização de profilaxia farmacológica para TEV.



Notas: Grupo 1: Candidatos a profilaxia com um ou mais fatores de risco, sem considerar contraindicações; Grupo 2: candidatos a profilaxia levando em conta as contraindicações, um ou mais fatores de risco para TEV ou diagnóstico principal sendo um fator de risco, mais redução da mobilidade; Grupo 3: candidatos a profilaxia levando em conta as contraindicações, três ou mais fatores de risco para TEV ou diagnóstico principal sendo um fator de risco, mais redução da mobilidade; PROFFARM: pacientes que estavam usando profilaxia farmacológica para TEV.

Dentre os 41 pacientes avaliados, apenas 11 estavam em uso de profilaxia farmacológica, 26,8%, com escolha dos anticoagulantes conforme mostrado na tabela 3. Desta amostra, apenas 26 possuíam dados de creatinina, 5 de RNI e 27 de plaquetas, sendo que todos estavam com níveis normais dos três exames. Apenas 6 pacientes apresentavam alguma contraindicação (relativa ou absoluta) para profilaxia farmacológica de TEV (tabela 3).

Tabela 3. Profilaxia farmacológica utilizada e contraindicações ao uso da profilaxia.

Variável	N = 41 (%)
Profilaxia utilizada	
Aspirina	1 (2,4)
Dabigratana	0 (0)
Enoxaparina (40mg ao dia)	8 (19,5)
Heparina não fracionada	1 (2,4)
Mecânica	0 (0)
Rivaroxabana*	1 (2,4)
Contraindicação à profilaxia	
Alergia a heparina	0 (0)
Coagulopatia	1 (2,4)
Insuficiência renal moderada a grave	2 (4,8)
Sangramento ativo	3 (7,3)

*Dose de 15mg

VI. DISCUSSÃO

O tromboembolismo venoso (TEV) vem ocupando um importante espaço no cenário da saúde nas últimas décadas, tendo em vista sua incidência elevada em ampla gama de pacientes, desde aqueles com doenças agudas até os cronicamente enfermos. Além das suas consequências clínicas agudas (TVP, TEP, TEP fatal) e crônicas (como síndrome pós-flebítica, hipertensão pulmonar tromboembólica crônica), o TEV acarreta alto custo social e econômico associado ao afastamento das atividades laborais, internamentos, exames diagnósticos e o custo das do tratamento medicamentoso, realizado, habitualmente por cerca de 3 a 6 meses. Os pacientes com TEV, segundo o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde, têm mortalidade de 21,5% quando internados no SUS. No entanto, tais eventos tromboembólicos podem ser evitados em cerca de metade dos pacientes quando os FR são identificados na hospitalização e é iniciada a trombopprofilaxia¹⁶.

Apesar da relevância desse tema, há poucos dados na literatura a respeito dos FR mais prevalentes em pacientes cronicamente enfermos e em ID, assim como diretrizes que norteiem a profilaxia deste grupo. Frente a essa necessidade, este estudo foi realizado em uma unidade de ID, *home care* da Promédica/Salvador, para avaliar a presença de FR comuns em pacientes agudamente enfermos, o uso de profilaxia de TEV, assim como a avaliação e registro da mobilidade pelos profissionais da saúde.

A população brasileira está sofrendo uma mudança importante em sua pirâmide etária, evoluindo de um país jovem para um com um número cada vez maior de idosos, como mostrado por Oliveira¹⁷. Segundo o autor, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira está seguindo um índice de envelhecimento que contará com 76,5 idosos para cada 100 jovens em 2022. Traduzindo para números absolutos, serão 30,7 milhões de pessoas com mais de 60 anos e 40,2 milhões menores que 14 anos. Este dado é de grande importância quando relacionado à Diretriz Brasileira de Profilaxia de TEV para pacientes clínicos hospitalizados^{3,4,5}, a qual traz como FR importantes a serem avaliados para instituição da trombopprofilaxia, a idade acima de 40 anos e a redução da mobilidade. Caso a idade seja superior a 40 anos e haja redução da mobilidade, procura-se pelo menos um outro FR dentre uma longa lista (infecção, câncer, AVC, paresia/paralisia de membros inferiores, insuficiência cardíaca ou respiratória, etc) e, caso não haja contraindicação para os métodos farmacológicos ou mecânicos, a trombopprofilaxia está indicada.

No presente estudo foi encontrada uma média de idade de $67,1 \pm 15,2$ anos, sendo que 97,5% destes tinham mais que 40 anos e 41,4% mais que 70 anos, evidenciando que a população acompanhada em serviço de ID é majoritariamente idosa e tem pelo menos um dos FR para TEV. Como exposto por Pai M e col¹¹, o risco para TEV começa a aumentar a partir dos 40 anos de idade e dobra a cada década posterior. Madigan e col¹⁸ encontraram em seu estudo descritivo com 3.013.287 pacientes em ID no Colorado, uma média de idade de $75,4 \pm 13,1$ anos, corroborando o dado encontrado. No estudo de corte-transversal semelhante, realizado em fevereiro de 2015 em outro *home care* de Salvador, entre os 228 pacientes avaliados quanto à redução da mobilidade, a média de idade foi similar à do presente estudo: $73,8 \pm 18,3$ anos¹⁹. Em outro estudo observacional sobre a utilização de profilaxia para TEV realizado entre 226 paciente clínicos agudamente enfermos internados em quatro hospitais de Salvador, Rocha AT e col encontraram média de idade de $58,1 \pm 19,2$ anos, sendo 79,2% maiores que 40 anos²⁰. Isto evidencia que os pacientes em ID são mais idosos e necessitam de atenção diferente daqueles agudamente hospitalizados.

Dentre os principais FR encontrados no presente estudo, destacaram-se infecção (87,8%), paresia/paralisia (43,9%), AVC isquêmico (22,0%), uso de cateter venoso central (12,5%), insuficiência arterial periférica (12,5%) e obesidade (12,5%). No contexto dos FR, infecções para uso de antibioticoterapia e causas neurológicas, incluindo sequela de AVC, foram as principais causas encontradas. A mobilidade estava reduzida em 80% dos pacientes deste estudo, no entanto não foi possível avaliar o grau da redução da mobilidade por falta de informações a respeito no prontuário. Rogers e col em seu estudo com 399 pacientes internados por TEV encontraram como um dos gatilhos a presença de infecção (52,4%) e imobilidade (20,6%), chegando à conclusão que a infecção é potencial desencadeante comum de hospitalização por TEV e a frequência de tal evento é 4,2 vezes maior no período de imobilidade²¹. No estudo de Rocha e col, entre pacientes clínicos agudamente enfermos e hospitalizados, a mobilidade estava reduzida em 78,8%, sendo um dos fatores essenciais para consideração do início da profilaxia nestas circunstâncias²⁰. Em um outro estudo em assistência domiciliar realizado em Salvador – Bahia, a mobilidade dos pacientes foi considerada reduzida em 70% dos pacientes¹⁹, demonstrando ser um FR comum com porcentagens parecidas dentro e fora do ambiente hospitalar. Em uma revisão sistemática da literatura sobre risco de tromboembolismo venoso em pacientes cronicamente enfermos, a necessidade de assistência total com cuidados diários e/ou imobilidade foi um dos FR mais frequentemente citados, com OR 5,10 (IC:1,38 a 18,86) para o desenvolvimento de TEV²².

Embora obesidade seja um importante FR adjunto para TEV, fazendo parte dos critérios de Pádua para avaliação de risco e necessidade de profilaxia de TEV²³, o registro de obesidade como comorbidade foi encontrado em poucos prontuários, pois na maioria deles não constava o peso e altura para cálculo do IMC.

Na avaliação do número de FR para TEV presentes nos pacientes deste estudo, foi utilizado mais de um critério para trazer maior fidedignidade na consideração do aumento de risco que suscitasse a necessidade de profilaxia, reduzindo indicações possivelmente desnecessárias. Os pacientes que tinham um ou mais FR corresponderam a 97,5% do total e aqueles que possuíam três ou mais FR totalizaram 43,9%. Assim, percebe-se que número considerável de pacientes em ID congregam ao mesmo tempo redução da mobilidade, idade avançada e outros 2-3 FR simultaneamente, sugerindo que estes sejam critérios úteis para constar em um algoritmo de avaliação sistemática do risco de TEV em ID. Leibson e col observaram em estudo com pacientes em uma unidade de cuidados crônicos, que infecção e imobilidade foram FR comuns¹², em concordância com os dados encontrados no presente estudo, sendo a profilaxia farmacológica fortemente indicada dado o aumento substancial do risco, 5,6 vezes maior, de desenvolver um episódio de TEV.

A avaliação do risco de TEV em pacientes clínicos hospitalizados da Diretriz Brasileira para Profilaxia de TEV³, em relação à possibilidade de uso de profilaxia, sugere 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 (câncer, insuficiência cardíaca descompensada, infecção, etc) para respaldar a prescrição de profilaxia farmacológica, atentando-se sempre para a presença de contraindicações para o uso de anticoagulantes. De modo concordante, a 9ª Edição da Diretriz de Terapia e Profilaxia Antitrombótica Baseada em Evidências para a Prática Clínica do *American College of Chest Physicians*²⁴, traz a idade avançada e imobilidade como FR importantes e sugere a profilaxia dos pacientes com doenças agudas, com mobilidade limitada e um fator de risco adicional, a exemplo de infecção ou câncer²⁴.

Para avaliação dos candidatos a profilaxia farmacológica, o grupo com critérios mais estritos (Grupo 3), eram aqueles candidatos à profilaxia levando-se em conta as contraindicações e três ou mais fatores de risco para TEV ou diagnóstico principal sendo um fator de risco, além da redução da mobilidade. Foi registrado que 68,2% atendiam a estes critérios, enquanto que de todos os pacientes do estudo, apenas 26,8% estavam em uso de

profilaxia, mostrando elevada subutilização, ou seja, uma discrepância muito grande entre indicação e instituição da profilaxia farmacológica. Vários outros estudos em pacientes hospitalizados trazem também o problema da subutilização de profilaxia em pacientes clínicos, além de outras variações entre prescrições de hospitais particulares e hospitais públicos²⁰.

Dentre os pacientes em uso de tromboprofilaxia, oito tinham concordância com a indicação, ou seja, a prescrição era necessária e estava correta. Entretanto, três pacientes tinham uso possivelmente inadequado: um só tinha o diagnóstico para internação como FR, sem redução da mobilidade e dois pacientes possuíam contraindicação relativa à terapia farmacológica em função de sangramento ativo e insuficiência renal crônica. Não houve registro pelos profissionais do uso de profilaxia mecânica com meias elásticas de compressão gradual, apesar da indicação para alguns pacientes, como os dois últimos citados que seriam candidatos a tal método quando comparado ao farmacológico^{3,4,5}.

O uso de profilaxia com enoxaparina (40 mg ao dia) estava de acordo com a recomendação das diretrizes, assim como o uso da HNF (5.000UI de 12-12h ou 8-8h). Aspirina foi citada como método profilático, embora não seja suficiente para profilaxia de pacientes clínicos ou cirúrgicos com alto risco de TEV. Houve ainda um paciente com prescrição de rivaroxabana como método profilático para TEV em paciente clínico, e na dose de 15mg/dia. Vale ressaltar que esta não é dose para anticoagulação plena, que seria de 20mg/dia, nem é profilática, que seria de 10mg/dia, sendo indicada apenas e especificamente para a profilaxia de TEV no pós-operatório de cirurgia de artroplastia de quadril ou joelho^{15,25,26}.

Um paciente do estudo tinha a prescrição de enoxaparina por menos de 3 dias; no entanto, o recomendado pelas diretrizes^{3,4,5} é que, em pacientes clínicos, a referida medicação seja utilizada por 10 ± 4 dias ou enquanto os riscos persistirem. Um outro estudo comparou a profilaxia usual por 10 dias, versus a profilaxia prolongada por 5 semanas com enoxaparina 40 mg/dia em 4.726 pacientes com doença aguda e com mobilidade reduzida, constatando que a prolongada confere redução de qualquer evento de TEV em 44% e de episódios sintomáticos em até 73%, além da proteção se estender para dois meses após interrupção do tratamento; porém, as chances de sangramento aumentaram em quatro vezes^{13,14}.

Apesar do grande número de pacientes candidatos a tromboprofilaxia, a não prescrição da mesma forma pode estar relacionada ao medo por parte dos profissionais devido à falta de diretrizes que norteiem tal prática nesse perfil de pacientes idosos em cuidados domiciliares,

assim como pode estar relacionada ao receio de polifarmácia devido o tratamento da soma das afecções novas e das preexistentes, comuns na faixa etária.

Esses dados do presente estudo evidenciam que os pacientes em ID apresentam FR e podem ter benefícios com o uso de profilaxia se houver indicação, particularmente em períodos de exacerbações agudas de doenças crônicas (insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica), ou infecções superimpostas (bronquite aguda, pneumonia ou infecção do trato urinário, erisipela, etc), mesmo que tratados em nível domiciliar. Todavia, pacientes com essas doenças crônicas, mas sem agudizações, ou redução da mobilidade e FR, podem não necessitar de trombotoprofilaxia¹¹. É importante que os profissionais da saúde estejam cientes de que o risco de TEV se prolonga além do ambiente hospitalar, como visto em estudos em pacientes ortopédicos²⁷ e cirúrgicos oncológicos²⁸, assim como em subgrupos de pacientes clínicos²⁹. Assim, é imprescindível que a avaliação do risco de TEV seja refeita na alta hospitalar, principalmente nestes subgrupos de pacientes, para nortear as recomendações do uso de profilaxia quando os pacientes passam a ser cuidados em assistência domiciliar, avaliando ainda os dados mais recentes da literatura, correlacionando a situação clínica do paciente, contraindicações e disponibilidade terapêutica.

No presente estudo houve limitação na coleta de alguns dados devido à falta de registros em prontuário. Esse é um problema comum e que compromete a avaliação de risco de a partir de dados clínicos como por exemplo, obesidade, presença de varizes, uso de terapia de reposição hormonal, entre vários outros FR conhecidos para TEV. Com isso, os FR podem estar sendo minimizados e em consequência haver falha na indicação e prescrição de profilaxia de TEV. Com base na prevalência de FR para TEV nesse grupo, um algoritmo específico de avaliação do risco de TEV de modo rotineiro, como uma ficha para ser anexada ao prontuário que reunisse os principais FR e as principais formas de profilaxia chamaria atenção dos profissionais e poderia aumentar a porção de pacientes com critérios para uso de anticoagulantes.

O registro da avaliação dos graus de redução da mobilidade pelo médico e fisioterapeuta foi inexistente na maioria dos pacientes, inviabilizando que fosse avaliada a associação entre os graus e o tempo de redução da mobilidade com a profilaxia. Dada a importância dessa avaliação, estudos prospectivos que envolvessem toda a equipe de saúde contribuiria para agrupar os pacientes com mobilidade reduzida em grupos com maior ou menor risco de TEV, assim como definir quais deles teria a profilaxia melhor indicada.

Como a população do presente estudo é majoritariamente idosa, assim como outras unidades de ID americanas¹², vale ressaltar que a mesma está mais susceptível a riscos de TEV que uma população mais jovem, pois além de todas as comorbidades presentes durante o envelhecimento, a polifarmácia é uma realidade e esta pode interagir com os anticoagulantes e levar à iatrogenia.

No Brasil ainda não há diretrizes para padronização da profilaxia nos pacientes em assistência domiciliar, podendo ser esse um dos motivos para a baixa adesão a tal terapia. Dada a importância do tema e do aumento crescente de idosos, faz-se necessário a criação de protocolos e diretrizes direcionadas, norteadores dos profissionais de saúde de ID.PNR

VII. CONCLUSÕES

1. A população deste serviço de ID é composta majoritariamente por idosos e portadores de doenças crônicas e degenerativas, sendo estes importantes fatores de risco para TEV.
2. Os principais diagnósticos para internação foram FR para TEV, sendo que dentre os fatores presentes nesse grupo, infecção, causas neurológicas (incluindo sequela de AVC), associadas à imobilidade foram os mais frequentes.
3. Quase metade dos pacientes do estudo possuíam múltiplos fatores de risco para o TEV, o que reforça a necessidade de avaliação sobre o uso adequado de profilaxia.
4. Mais de dois terços dos pacientes foram candidatos a profilaxia farmacológica, ou seja, tinham três ou mais fatores de risco para TEV simultaneamente, incluindo o diagnóstico principal da admissão, apresentavam redução da mobilidade e não tinham le contraindicações para o seu uso, como sangramento ativo, por exemplo.
5. Somente um quarto dos pacientes estavam em uso de algum tipo de profilaxia para TEV, evidenciando uma discrepância muito grande entre indicação e utilização.
6. Faz-se necessário a criação de algoritmos específicos para avaliação do risco de TEV com o intuito de chamar a atenção dos profissionais de saúde e aumentar a relação uso/indicação de tromboprofilaxia neste subgrupo de pacientes de ID.
7. A criação de diretrizes nacionais que norteiem a tromboprofilaxia em pacientes em ID é necessária, dado o crescente número de idosos no país e a morbi-mortalidade associada ao TEV.

VIII. SUMMARY

Cross-sectional observational study on risk factors for venous thromboembolism and prophylaxis use in home care patients. Venous thromboembolism (VTE) is characterized as a vascular impairment that includes deep venous thrombosis (DVT), symptomatic or asymptomatic, and pulmonary thromboembolism (PTE), its most serious complication. VTE is the third cause of morbidity and mortality in the world, affecting hospitalized clinical patients and subgroups of chronically ill patients, but avoidable with the correct use of prophylaxis. Previous history of VTE, advanced age, respiratory failure and infections are some of the numerous risk factors, these being potentiated by immobilization. **Objective:** To evaluate the profile of patients in home hospitalization (HH) as the reduction of mobility as RF for VTE, the presence of other RF for VTE and the use of VTE prophylaxis in patients of the HH service of the Jorge Valente Hospital in Salvador. **Methodology:** Observational cross-sectional study on Jorge Valente Hospital HH patients. The data obtained for the review of medical records were de-identified and researchers did not have any direct contact with patients or interference in medical conducts. **Results:** 41 adult patients were analyzed, with average age of age 67 years \pm 15.2 years, where 51% were female. The diagnoses for hospitalization were: 51% for infection for administration of antibiotic therapy, 36.8% for neurological diseases, 9.8% for clinical geriatric patients and 2.4% for chronic respiratory failure. Mobility reduced in 80% of patients, 68.2% in indication of thromboprophylaxis and 26.8% in use. **Conclusion:** The study population is mainly elderly (carrying chronic-degenerative diseases) and with several risk factor for VTE, especially immobility and infections. A large discrepancy was observed between indication and use of thromboprophylaxis, making it necessary to create algorithms and guidelines for health professionals in order to optimise the use/indication of thromboprophylaxis in this population.

Key words: 1. Venous thromboembolism. 2. Risk factors. 3. Prophylaxis. 4. Home care 5. Hospitalisation domicile.

IX. REFERÊNCIAS

1. Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Mitchell RN. Robbins. Patologia básica. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. p. 111-132.
2. Goldman L, Ausiello D. Cecil - Tratado de Medicina Interna. 22. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. p. 361-363.
3. Rocha AT, Paiva EF, Lichtenstein A, Milani-Jr R, Cavalheiro-Filho C, Maffei FH, et al. Tromboembolismo venoso: profilaxia em pacientes clínicos - parte I. Rev Assoc Med Bras 2009a [acesso em 2 mai 2015]; 55(2): 102-105. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000200007>.
4. Rocha AT, Paiva EF, Lichtenstein A, Milani-Jr R, Cavalheiro-Filho C, Maffei FH, et al. Tromboembolismo venoso: profilaxia em pacientes clínicos - parte II. Rev Assoc Med Bras 2009b [acesso em 2 mai 2015]; 55(3): 241-245. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000300009>.
5. Rocha AT, Paiva EF, Lichtenstein A, Milani-Jr R, Cavalheiro-Filho C, Maffei FH, et al. Tromboembolismo venoso: profilaxia em pacientes clínicos - Parte III. Rev Assoc Med Bras 2009c [acesso em 02 mai 2015]; 55(4): 372-377. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000400006>.
6. 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.
7. Terra-Filho M, Menna-Barreto SM e col. Recomendações para o manejo da tromboembolia pulmonar, 2010. J Bras Pneumol 2010 Mar; 36: 1-68.
8. Gatt ME, Paltiel O, Bursztyn M. Is prolonged immobilization a risk factor for symptomatic venous thromboembolism in elderly bedridden patients?. Thromb Hoemost 2004; 91: 538-43.
9. 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.

10. 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).
11. Pai M, Douketis JD. Preventing venous thromboembolism in long-term care residents: Cautions advice based on limited data. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 2010; 77 (2):123-130.
12. 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. *Chest Journal* 2014 [acesso em 2 mai 2015]; 146(2): 412-421 Disponível em: <http://journal.publications.chestnet.org>.
13. Hull RD, Schellong SM, Tapson VF et al. Extended-duration thromboprophylaxis in acutely ill medical patients with recent reduced mobility: methodology for the EXCLAIM study. *J Thromb Thrombolysis* 2006 Aug; 22(1):31-38.
14. Bergqvist D, Agnelli G, Cohen AT, Eldor A, Nilsson PE, Moigne-Amrani AL, et al. Duration of Prophylaxis against Venous Thromboembolism with Enoxaparin after Surgery for Cancer. *The New England Journal of Medicine* 2002; 346:975-980.
15. Cohen AT, Spiro TE, Buller HR, Haskell L, Hu D, Hull R, et al. Rivaroxaban for Thromboprophylaxis in Acutely Ill Medical Patients. *The New England Journal of Medicine* 2013; 368:513-523.
16. Kahn SR, Lim W, Dunn AS, Cushman M, Dentali F, Akl EA et al. Prevention of VTE in Nonsurgical Patients. *Chest* 2012 [acesso em 3 mai 2015]; 141(2): 195-226. Disponível em: <http://journal.publications.chestnet.org>.
17. Oliveira ATR., Oneill MMVC. Cenário sociodemográfico em 2022/2030 e distribuição territorial da população. uso e ocupação do solo. Vol. 2. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República 2013. p. 41-93.
18. Madigan EA. A Description of Adverse Events in Home Healthcare. *Home Healthc* 2007 Mar; 25(3): 191-197.

19. Oliveira EMR. Estudo observacional de corte transversal sobre redução da mobilidade de pacientes em internação domiciliar como fator de risco para tromboembolismo venoso. Salvador. Monografia [Graduação em Medicina] – Universidade Federal da Bahia; 2016.
20. Rocha ATC, Braga P, Ritt G, Lopes AA. Inadequação de Tromboprofilaxia Venosa em Pacientes Clínicos Hospitalizados. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52(6): 441-6.
21. Rogers MA, Levine DA, Blumberg N, Flanders SA, Chopra V, Langa KM. Triggers of Hospitalization for Venous Thromboembolism. *Circulation* 2012 May; 1;125(17):2092-2099.
22. Santana MR. Risco de tromboembolismo venoso em pacientes cronicamente enfermos: revisão sistemática da literatura Salvador. Monografia [Graduação em Medicina] – Universidade Federal da Bahia; 2016.
23. Barbar S, Noventa F, Rossetto V, Ferrari A, Brandolin B, Perlati M, et al. A risk assessment model for the identification of hospitalized medical patients at risk for venous thromboembolism: the Padua Prediction Score. *Journal of Thrombosis and Haemostasis* 2010 Nov; 8(11):2450-2457.
24. 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.
25. Kwong LM. Therapeutic potential of rivaroxaban in the prevention of venous thromboembolism following hip and knee replacement surgery: a review of clinical trial data. *Vasc Health Risk Manag* 2011; 7:461-466.
26. Kearon C, Akl EA, Ornelas J, Blaivas A, Jimenez D, Bounameaux H, et al. Antithrombotic Therapy for VTE Disease: CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest* 2006 Feb; 149(2):315-52.
27. Arcelus J, Felicissimo P. Venous thromboprophylaxis duration and adherence to international guidelines in patients undergoing major orthopaedic surgery: Results of the international, longitudinal, observational DEIMOS registry. *Thrombosis Research* 2013;131(6):240-246.

28. Agnelli G, Bolis G, Capussotti L, Scarpa RM, Tonelli F, Bonizzoni E, et al. A clinical outcome-based prospective study on venous thromboembolism after cancer surgery: the @RISTOS project. *Ann Surg* 2006 Jan; 243(1):89-95.
29. Hull RD, Schellong SM, Tapson VF, Monreal M, Samama MM, Nicol P, et al. Extended-duration venous thromboembolism prophylaxis in acutely ill medical patients with recently reduced mobility: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2010 Jul; 6;153(1):8-18.

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# 1_1_1_1_1_1

1. Dados Gerais

Registro 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1 **Data Nascimento**(dd/mm/aaaa): 1_1_1_1./1_1_1_1./

1_1_1_1_1_1 **Gênero** (F0/M1): 1_1

Peso (Kg) 1_1_1_1_1 **Altura (m):** 1_1, 1_1_1_1 **Data Int Home (dd/mm/aaaa):** 1_1_1_1./1_1_1_1./1_1_1_1_1_1

Hospitalização recente 1mês (N0/S1/NS2): 1_1 **Hospitalização recente 3mês** (N0/S1/NS2): 1_1

2. Diagnóstico de Admissão (DxP) (marque o principal)

0. __ Câncer em tratamento 1. __ Câncer em palição 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): 1_1 **Nível de mobilidade reduzida**

(total0/parcial1/NS2): 1_1

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 órgão 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 líquórica <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 DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (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)2109-1822 E-mail: dinelia.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 Lillian Sampaio e Sampaio Sá
(Coordenador)

Endereço: Av. Professor Magalhães Neto, 1541
Bairro: PITUBA CEP: 41.810-011
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)2109-1224 Fax: (71)2109-1922 E-mail: dinailia.lesal@hospitaldebahia.com.br

ANEXO III

CARTA DE ANUÊNCIA



Salvador, 12 de Dezembro de 2014.

De: Dra. Mércia Sampaio
Comitê de Ética em Pesquisa

Para: Dra. Ana Thereza Rocha
Orientadora do projeto

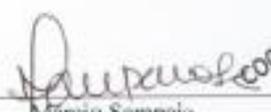
Protocolo

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

Prezada Pesquisadora,

O projeto citado foi considerado **Aprovado** por este Comitê de Ética em Pesquisa na reunião do dia 10 de Dezembro de 2014.

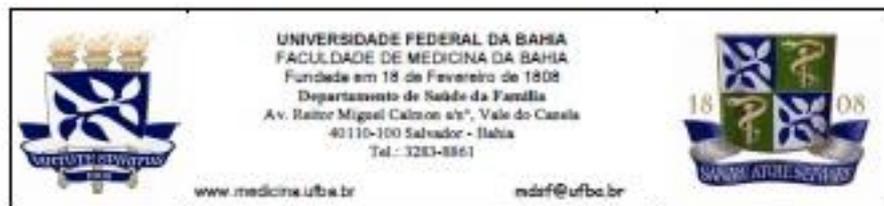
Porém estamos aguardando a liberação do Parecer na Plataforma Brasil.


Mércia Sampaio
Coordenadora do CEP-HBA

COORDENADORA
CEP-HBA

ANEXO IV

CREDENCIAMENTO NO HOSPITAL JORGE VALENTE



Salvador, 5 de maio de 2015

À Diretoria Médica/ Coordenação da Assistência Domiciliar do HOSPITAL JORGE VALENTE

Prezados,

Venho através desta solicitar o credenciamento do graduando de medicina da Universidade Federal da Bahia, Igor Almeida, para realizar coleta de dados da pesquisa intitulada "Estudo observacional de corte transversal sobre fatores de risco para tromboembolismo venoso (TEV) e uso de profilaxia em pacientes em home care, sob a responsabilidade da Dra. Ana Thereza Cavalcanti Rocha, Prof(a). Adjunta e Chefe do Departamento de Saúde da Família da UFBA, pneumologista e intensivista do Hospital Jorge Valente. O graduando precisará ter acesso aos prontuários impressos e ao dados do Oracle para a Assistência Domiciliar para coleta de informações sobre pacientes atendidos no dia 5 de maio de 2015.

O estudo tem como objetivo geral avaliar o perfil de pacientes em internação domiciliar quanto a presença de fatores de risco para TEV e uso de profilaxia para TEV em Salvador. E como específicos: caracterizar os graus de redução da mobilidade por registros médicos e por fisioterapeutas de pacientes em internação domiciliar e gerenciamento de risco; correlacionar os graus e o tempo de redução da mobilidade com a utilização de profilaxia para TEV em pacientes em internação domiciliar.

Informo que esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Bahia em 10/12/2014. Seguem em anexo o parecer do CEP e o projeto.

Cordialmente,

Prof(a). Dra. Ana Thereza Cavalcanti Rocha

Prof(a) Adjunta e Chefe do Departamento de Saúde da Família FMB/UFBA