

Escore de risco para tromboembolismo e prevenção em pacientes hospitalizados em uma clínica cirúrgica

Risk score and prevention of thromboembolism in hospitalized patients in a surgical clinic

Puntuación de riesgo de tromboembolismo y prevención en pacientes hospitalizados en una clínica quirúrgica

RESUMO

Objetivo: Identificar o risco tromboembólico em pacientes cirúrgicos e o uso das medidas preventivas. **Método:** Estudo epidemiológico transversal, retrospectivo por meio de entrevistas e abordagem aos prontuários de pacientes cirúrgicos. O risco para tromboembolismo foi avaliado, conforme escala validada e adaptada. As análises foram processadas pelo software estatístico Stata versão 12.1. **Resultados:** Foram entrevistados e analisados os prontuários de 100 pacientes. Todos os participantes apresentaram pelo menos um fator de risco para tromboembolismo. Dos entrevistados, 41% foram classificados como de alto risco, 7% receberam tromboprolaxia medicamentosa e 11% recebendo profilaxia não medicamentosa. **Conclusão:** Apesar de todos os participantes apresentarem pelo menos um fator de risco para tromboembolismo venoso, a implementação de medidas preventivas foi baixa indicando a necessidade de múltiplas intervenções, tais como implementação de protocolos, educação permanente - principalmente da equipe de enfermagem, uso de ferramentas de monitoramento e auditoria de resultados.

Descritores: Trombose venosa; Medição de risco; Prevenção de doenças; Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Objective: Identify thromboembolic risk in surgical patients and the use of preventive measures. **Method:** Cross-sectional, retrospective epidemiological study through interviews and approach to the medical records of surgical patients. The risk for thromboembolism was assessed, according to a validated and adapted scale. The analyzes were processed using the statistical software Stata version 12.1. **Results:** The medical records of 100 patients were interviewed and analyzed. All participants had at least one risk factor for thromboembolism. Of the interviewees, 41% were classified as high risk, 7% received drug thromboprophylaxis and 11% received non-drug prophylaxis. **Conclusion:** Although all participants had at least one risk factor for venous thromboembolism, the implementation of preventive measures was low, indicating the need for multiple interventions, such as the implementation of protocols, permanent education mainly of the nursing staff, use of monitoring tools and results audit.

Key words: Venous thrombosis; Riskassessment; Diseaseprevention; Nursing care.

RESUMÉN

Objetivo: Identificar el riesgo tromboembólico en pacientes quirúrgicos y el uso de medidas preventivas. **Método:** Estudio epidemiológico transversal, retrospectivo a través de entrevistas y abordaje de la historia clínica de los pacientes quirúrgicos. Se evaluó el riesgo de tromboembolismo, según una escala validada y adaptada. Los análisis se procesaron utilizando el software estadístico Stata versión 12.1. **Resultados:** Se entrevistó y analizó la historia clínica de 100 pacientes. Todos los participantes tenían al menos un factor de riesgo de tromboembolismo. De los entrevistados, el 41% fueron clasificados como de alto riesgo, el 7% recibió tromboprolaxia farmacológica y el 11% recibió profilaxia no farmacológica. **Conclusión:** Si bien todos los participantes tenían al menos un factor de riesgo de tromboembolismo venoso, la implementación de medidas preventivas fue baja, lo que indica la necesidad de múltiples intervenciones, como la implementación de protocolos, educación permanente principalmente del personal de enfermería, uso de herramientas de seguimiento y auditoría de resultados.

Palabra clave: Trombosis de la vena; Medición de riesgo; Prevención de enfermedades; Atención de enfermería.

Mariana Roberta Lopes Simões¹

 [0000-0003-0543-6906](tel:0000-0003-0543-6906)

Jaqueline Gonçala Pereira Vaz
Miranda¹

 [0000-0001-8404-8228](tel:0000-0001-8404-8228)

Maristela Oliveira Lara¹

 [0000-0003-1789-519X](tel:0000-0003-1789-519X)

Heloisa Helena Barroso¹

 [0000-0003-4746-8244](tel:0000-0003-4746-8244)

¹Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Autor correspondente:

Heloisa Helena Barroso

E-mail: heloisahbarroso@gmail.com

Como citar este artigo:

Simões MRL, Miranda JGPV, Lara MO, et al. Escore de risco para tromboembolismo e prevenção em pacientes hospitalizados em uma clínica cirúrgica. 2021;11:e4243. [Access_____]; Available in:_____. DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v11i0.4243>

INTRODUÇÃO

O Tromboembolismo Venoso (TEV) está entre as principais causas de morte evitáveis em pacientes hospitalizados e é a terceira causa de morte de origem cardiovascular, após doença coronariana e acidente cerebrovascular⁽¹⁾. Mesmo com os avanços tecnológicos empregados na assistência hospitalar a incidência de TEV desenvolvida no período de internação é alta⁽²⁾. No Brasil e no mundo este é um importante problema de saúde pública devido aos altos custos associados aos episódios agudos e suas complicações a longo prazo⁽³⁾.

Uma recente revisão da literatura revelou que o ônus anual global do TEV é crescente. Nos Estados Unidos, são relatadas aproximadamente 100.000 a 300.000 mortes relacionadas ao TEV todos os anos. Na Europa, esse número é cerca de 500.000 mortes anualmente pela maioria dos relatórios publicados⁽⁴⁾. No Brasil, há poucos estudos que evidenciam o número casos de TEV, estima-se que haja cerca de 0,6 casos por mil habitantes ao ano⁽⁵⁾. Cerca de 60% dos casos de TEV são adquiridos durante o período de internação, o que eleva o número de incidentes relacionados à assistência hospitalar^(4,6).

Entre os riscos mais comuns para o desenvolvimento de tromboembolismo venoso em pacientes hospitalizados estão: idade avançada; uso de hormônio; gravidez; tromboembolismo prévio; imobilização; câncer; paralisia de membros inferiores; obesidade; varizes e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)⁽⁷⁾ e pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos⁽⁷⁻⁸⁾. Em relação às cirurgias, destaca-se procedimentos maiores (amputação, cirurgia geral, urológica ou ginecológica) e cirurgias ortopédicas, especialmente em casos de traumas múltiplos⁽³⁾. No entanto, mesmo os pacientes aparentemente saudáveis sem afecções clínicas ou cirúrgicas prévias podem desenvolver TEV de forma espontâneo ao serem hospitalizados⁽⁹⁾. A trombopprofilaxia é a estratégia inicial para otimizar a segurança de pacientes assistidos, especialmente no contexto cirúrgico⁽⁹⁾.

Destarte, prevenir TEV entre hospitalizados deve ser uma das prioridades da equipe de saúde. O uso de intervenções preventivas baseadas em evidências tem apresentado bons resultados diminuindo a incidência de trombose ocasionada pelo confinamento hospitalar quando aplicadas efetivamente. Assim, a prevenção do tromboembolismo deve ser baseada no risco para TEV e inclui medidas terapêuticas medicamentosas e não medicamentosas⁽¹⁰⁾. Entre a profilaxia medicamentosa, os mais usados são os anticoagulantes e os antiplaquetários, que impedem a formação de trombo na rede venosa e inibem a síntese dos fatores de coagulação sanguínea⁽⁵⁾. Em relação às medidas não medicamentosas, os métodos mecânicos são os mais adotados, como meias elásticas de compressão graduada e compressão pneumática intermitente⁽¹⁾ além destes, as bombas venosas para pés, a movimentação passiva e ativa dos MMII e a deambulação precoce são destaques⁽¹¹⁾. Tais métodos aumentam a velocidade de fluxo venoso

dos membros inferiores, reduzindo estase venosa. A efetividade das medidas não medicamentosas é maior entre pacientes com baixo e médio risco para desenvolvimento de TEV, entre os impossibilitados de usarem anticoagulantes, e entre os pacientes de muito alto risco, como reforço para os meios farmacológicos⁽²⁾. A indicação da estratégia profilática não é uma definição específica para o período operatório (pré, intra ou pós operatório), mas está condicionada às condições do paciente quanto ao risco avaliado e a cada tipo de cirurgia ou doença em curso, podendo estender o uso a algumas semanas no pós-operatório. A farmacoprofilaxia ainda não possui um anticoagulante ideal, mas dispõe de diferentes e vários ensaios clínicos aferindo evidência de eficácia⁽¹⁾ o que origina uma indicação assertiva.

No contexto brasileiro, estudos indicam diferenças entre as instituições hospitalares quanto a existência e/ou a adesão aos protocolos de prevenção de TEV. Dentre as estratégias para efetividade da prevenção, destaque positivo é dado a implementação de medidas de educação permanente da equipe de saúde e a priorização do tema institucionalmente⁽¹²⁾. Entretanto, uma porção significativa dos pacientes hospitalizados com risco de desenvolvimento trombolítico não recebem a profilaxia durante o tempo de internação^(9,13-14). Um recente estudo realizado na clínica médica de um hospital universitário público de São Paulo evidenciou que todos os pacientes tinham pelo menos um fator de risco para TEV, porém a profilaxia farmacológica foi implementada em apenas 70,3% dos pacientes classificados como de alto risco sem contraindicação, enquanto a profilaxia mecânica foi realizada em apenas um dos casos com indicação⁽¹⁴⁾.

Neste contexto, estudos destacam a equipe de enfermagem neste processo, pois apesar de não prescrever profilaxia medicamentosa, estes profissionais são responsáveis pela orientação de pacientes e familiares quanto ao risco de TEV além do manejo da terapia de anticoagulação e, sobretudo pela avaliação do risco entre os pacientes⁽¹²⁾. Assim, conhecer a dinâmica de trabalho institucional em relação à prevenção de TEV pode contribuir para melhoria do desempenho de todos os profissionais de saúde, em especial da enfermagem. Diante disso, a presente pesquisa pretende identificar o risco tromboembólico de pacientes cirúrgicos hospitalizados e o uso das medidas preventivas por profissionais da saúde. Cabe destacar que o cenário pesquisado não possui indicadores mensurados de TEV, reforçando a necessidade de estudos com esse público.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa descritiva. Foram realizadas entrevistas e abordados prontuários de pacientes no terceiro dia de internação, com no mínimo 48 horas completas de internação na clínica cirúrgica de um hospital filantrópico, localizado em uma cidade do interior de Minas Gerais. A instituição estudada tem seus recursos provenientes do Sistema Único de

Saúde, sendo referência macrorregional de média e alta complexidade no Vale do Jequitinhonha-MG.

Como garantia de tempo de internação maior que 48 horas, foram incluídos neste estudo os pacientes no terceiro dia de internação na clínica, independente do tempo cirúrgico, conscientes, com idade igual ou superior a 18 anos. Foram convidados a participar 100% dos pacientes que atendiam aos referidos critérios, no período de coleta de dados. Destes, 18% se recusaram a participar, representando uma taxa de 82% de resposta.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa sendo aprovado sob o CAAE nº 01022918.3.0000.5108 e parecer nº 3.027.719. Conforme os princípios éticos previstos na resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foi garantido ao paciente a livre escolha de participar ou não por meio da assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Após autorização da diretoria clínica do hospital e aprovação do Comitê de Ética iniciou-se a coleta de dados por meio de visitas diárias à instituição por um período de três meses, de abril a julho de 2019.

A coleta foi realizada por acadêmicos do curso de Enfermagem devidamente treinados em esquema de revezamento. A coleta aconteceu por meio de visitas diárias à instituição para abordagem dos pacientes e dos prontuários. Toda essa fase ocorreu sob coordenação e supervisão direta das pesquisadoras responsáveis pelo projeto por meio de reuniões semanais. No treinamento da equipe de coleta foram apresentados os objetivos da pesquisa, seus instrumentos de coleta e uniformizados os meios de preenchimento desses instrumentos. Durante a coleta, cada membro da equipe completou o seu diário de bordo, no qual foram registradas dúvidas e ou intercorrências durante a coleta, discutidas nas reuniões semanais, a fim de promover o calibramento do instrumento e a padronização da coleta.

O recrutamento dos pacientes participantes/sujeitos da pesquisa aconteceu nas enfermarias, à beira leito, com utilização de biombo como meio de proporcionar maior privacidade. Foram coletados apenas dados por meio da entrevista e informações da prescrição médica e de

enfermagem presentes no prontuário. As entrevistas foram guiadas por um instrumento do tipo questionário, desenvolvido pelas pesquisadoras de acordo com os objetivos da pesquisa e conforme escala de risco⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Foram entrevistados os pacientes no terceiro dia de internação que atendiam aos critérios de inclusão referidos acima.

A variável de interesse foi a categoria de risco para tromboembolismo conforme escala adaptada de Joseph e Caprini, 2010. Tal escala é amplamente utilizada no Brasil e no mundo para rastreamento de risco para TEV. Conforme o escore da escala utilizada e a partir da entrevista realizada, os pacientes foram classificados em: Escore 0=Muito baixo risco; Escore 1-2=Baixo risco, Escore 3-4=Moderado risco; Escore ≥ 5 =Alto risco para o desenvolvimento de TEV. Entre os fatores que determinam o risco para TEV estão a idade, as condições clínicas, o nível de mobilidade, as patologias prévias⁽¹⁶⁾. Para os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos devem-se levar além das características citadas algumas particularidades, como tipo de cirurgia e tempo de procedimento. Quanto mais alto for o escore do paciente, mais indicado se faz o uso da tromboprofilaxia⁽¹⁶⁾.

Além dessa, as demais variáveis foram agrupadas em características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade) e clínicas (data da internação, diagnóstico principal e secundário, indicação e utilização da tromboprofilaxia farmacológica e não farmacológica no momento da entrevista). As análises foram processadas pelo *software* estatístico Stata versão 12.1. A distribuição do desfecho e as demais variáveis são apresentadas por meio de métodos estatísticos descritivos.

RESULTADOS

Dos 122 pacientes aptos a participar da pesquisa, foram entrevistados e analisados os prontuários de 100 pacientes. Taxa de resposta igual a 82%.

A amostra se constituiu na maioria por pacientes do sexo masculino (56%), com idade média de 54 anos com variação de idade entre 18 a 98 anos. A distribuição da população entrevistada conforme os dados sociodemográficos e de saúde está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição da amostra estudada conforme dados sociodemográficos, saúde e hábitos de vida. Diamantina, 2019.

Variáveis Sociodemográficas	N (%)
Sexo	
Masculino	56 (56%)
Feminino	42 (42%)
Idade (em anos)	
18-30	12 (12%)
31-40	13 (13%)
41-50	16 (16%)
51 e mais	21 (21%)
60 e mais	38 (38%)
Cor da pele	
Branca	19 (19%)
Parda/Negra	79 (79%)
Indígena/Amarelo	02 (2%)

(continua)

Variáveis Sociodemográficas	N (%)
Saúde e hábitos de vida	
IMC*	
Baixo <18,5	6 (6%)
Normal ≥18,5 e ≤25	46(46%)
Sobrepeso ≥25 e <30	37(37%)
Obeso ≥30	11(11%)
Auto-avaliação de saúde	
Boa/ muito boa	54 (54%)
Regular	29 (29%)
Ruim/ muito ruim	17 (17%)
Hábito de fumar	
Não fumante	40 (40%)
Ex- fumante	40 (40%)
Fumante atual	20 (20%)
Hábito de consumir bebida alcoólica	
Não etilista	81 (81%)
Etilista atual	19 (19%)

* IMC (índice de massa corporal para adultos) – (BRASIL, 2014).

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos entrevistados conforme o risco para o desenvolvimento de TEV e evidência da utilização

de profilaxia no momento da pesquisa. No total, 41% dos entrevistados foram classificados como de alto risco para TEV.

Tabela 2 - Distribuição da amostra estudada conforme classificação de risco para TEV e utilização de profilaxia. Diamantina, 2019.

	Risco para TEV*				Total N
	Alto N (%)	Moderado N (%)	Baixo N (%)	Muito baixo N (%)	
Profilaxia medicamentosa	2 (4,9)	1(3,7)	2 (8,3)	0 (0)	5
Profilaxia não medicamentosa	7 (17,1)	2 (7,4)	0(0)	0 (0)	9
Profilaxia conjugada (medicamentos + não medicamentosa)	1 (2,4)	0 (0)	1(4,2)	0 (0)	2
Nenhuma profilaxia	31 (75,6)	24 (88,9)	21 (87,5)	8 (100)	84
Total	41 (100)	27 (100)	24 (100)	8 (100)	100

*Risco para tromboembolismo conforme escala de estratificação adaptada de Joseph, Caprini (2010).

Do total de pacientes abordados, independente da classificação de risco, apenas 16% tiveram evidência em suas prescrições de alguma medida farmacológica e/ou não farmacológica para prevenção do tromboembolismo. Quanto as primeiras, terapias farmacológicas, foram evidenciadas em sete pacientes. Destes, três faziam uso de Enoxaparina Sódica 40mg, 0,4ml/dose e quatro estavam recebendo Heparina 5000 UI/0,25ml/dose. As medidas não medicamentosas foram identificadas em 11 dos pacientes. Destes, oito foram orientados a deambular, dois estimulados a movimentar os MMII E MMSS e apenas um realizava fisioterapia motora.

Todos os pacientes entrevistados apresentaram pelo menos um fator de risco para o desenvolvimento de TEV, sendo os mais prevalentes: mobilidade reduzida (40%), idade ≥60 anos (38,0%), cirurgias gastrointestinais (35%), ferida infectada/necrose (20,0%), abdome agudo (12%), obesidade (11%), fratura/trauma (8%), herniorrafia (8%), câncer ativo (5%) outros (12%).

DISCUSSÃO

O estudo em questão identificou uma proporção relevante (41%) de pacientes cirúrgicos com alto risco para TEV contrastando com uma baixa implementação de medidas profiláticas

evidenciadas nas prescrições (16%). Além disso, os dados sugerem falta de coerência na relação entre o risco identificado e a prescrição de medida profilática adequada. Em partes, achados desta natureza podem ser relacionado tanto às falhas na implementação como ao desconhecimento por parte da equipe e mesmo à ausência de um protocolo institucional em relação à prevenção de TEV⁽⁹⁾.

O perfil dos pacientes cirúrgicos levantado se assemelha ao que foi identificado em diferentes trabalhos realizados em outras instituições hospitalares^(3,9,17). Quanto aos fatores de risco identificados e sua prevalência também são comuns. Assim como nos achados desta pesquisa, a prevalência de pelo menos um fator de risco para TEV entre pacientes hospitalizados é frequente e reportado por outros estudos⁽⁹⁾. Pesquisas confirmam que para a estratificação de risco para TEV, deve-se considerar a diversidade dos fatores associados, sendo de fundamental importância avaliar as características e morbidades de cada paciente ainda nos primeiros momentos da internação⁽¹¹⁾.

Como critério para estratificação de risco o presente estudo utilizou a escala de estratificação adaptada de Joseph, Caprini (2010). A partir desta escala foi possível verificar que mais da metade da

amostra foi classificada em risco alto ou moderado para TEV. Apesar disso, em apenas 16% da amostra total houve evidência de algum tipo de tratamento profilático para TEV. Tal constatação é preocupante, uma vez que os protocolos orientam que, ao ser constatado o risco elevado para o desenvolvimento de TEV, deve ser implementado o tratamento profilático, este tratamento pode ser medicamentoso associado ou não a medidas não farmacológicas⁽²⁾.

A subutilização das medidas profiláticas para TEV é corroborado por resultados de outras pesquisas como uma realizada em um hospital escola de Maceió (AL) em 2007 e em um hospital geral de São Paulo (SP) em 2018. Ambos os estudos apontam que, apesar da ampla divulgação da necessidade de ser adotado medidas de prevenção da TEV, ainda ocorre uma subutilização da trombopprofilaxia, tanto medicamentosa quanto não medicamentosa^(9,18). É possível que a subutilização da trombopprofilaxia ocorra por dúvidas dos profissionais de saúde quanto a classificação de risco e/ou as indicações profiláticas para cada grupo específico⁽³⁾. A profilaxia não é devidamente utilizada e as práticas variam consideravelmente entre as diferentes especialidades. Essa constatação deixa evidente que a prática atual pode ser melhorada através da implementação das diretrizes atuais baseadas em evidências nos hospitais. Além disso, educação continuada é uma estratégia para melhor adesão à profilaxia⁽¹⁹⁾.

Outra explicação para adesão diminuída às medidas profiláticas pode estar ligada a baixa taxa de avaliação de risco de TEV nas instituições e outras barreiras, incluindo a identificação incorreta de contraindicações para a profilaxia farmacológica e documentação deficiente da profilaxia mecânica como apontado no estudo de Suh et al. 2017⁽²⁰⁾. Mais uma vez, a implantação de protocolos consiste em uma estratégia com bons resultados para mitigar a problemática.

Neste contexto, toda a equipe de saúde deve ser inserida, com destaque para a equipe de enfermagem, tanto na idealização dos protocolos quanto em sua implementação, avaliação e manutenção. A enfermagem pode contribuir seja na avaliação de risco, orientação e administração medicamentosa, elaboração e implementação de protocolos de profilaxia como membro da equipe multidisciplinar⁽²¹⁾. Um estudo avaliou o conhecimento da equipe de enfermagem sobre profilaxia de TEV, o melhor domínio do conhecimento sobre trombopprofilaxia foi relacionado ao maior nível educacional, mais experiência e educação continuada, profissionais de terapia intensiva e enfermeiros líderes⁽²²⁾. Há necessidade de fortalecimento da formação de enfermagem específica nessa área, que, conseqüentemente, contribuirá com abordagem direcionada e assertiva para prevenção de TEV⁽²¹⁾.

Assim como em outros trabalhos, do total de pacientes cirúrgicos entrevistados, a totalidade apresentou pelo menos um fator de risco para tromboembolismo. Dentre os fatores de risco, a mobilidade reduzida foi o fator com maior prevalência. A imobilidade pode aumentar o risco

para o desenvolvimento de TEV durante o período de internação, é importante ressaltar que este risco é proporcional ao tempo de restrição do paciente ao leito⁽¹⁷⁾.

Ainda não há um consenso entre os pesquisadores sobre os níveis de mobilização/deambulação que possam contribuir para a redução da incidência de eventos de TEV. No entanto, estudos evidenciam que a mobilização precoce contribui para a prevenção do declínio funcional e de complicações associadas a um maior período de hospitalização⁽¹⁷⁾. As diretrizes de prevenção de TEV enfatizam a mobilização precoce como um dos componentes principais da profilaxia e como a única medida profilática necessária em pacientes de baixo risco para TEV⁽⁷⁾. Uma revisão sistemática destacou que a imobilidade é um fator de risco para o desenvolvimento de tromboembolismo venoso, entretanto não encontrou sustentação para apontar redução nos eventos com a implementação isolada de deambulação, já a profilaxia farmacológica tem maior evidência de prevenção⁽²³⁾.

Apesar das evidências e da significância clínica reconhecida na prática, a profilaxia mecânica ainda é um tema controverso, principalmente considerando seu uso isolado⁽¹¹⁾. Resultados recentes de uma revisão sistemática e meta-análise de rede sugerem que as estratégias de profilaxia combinada podem não ser tão eficazes na redução da trombose venosa profunda em pacientes submetidos a artroplastia total de joelho, por exemplo⁽²⁴⁾. Apesar disso, as Diretrizes internacionais mantêm recomendação da associação de medidas farmacológicas e mecânicas nos protocolos para profilaxia do TEV, destacando-se o uso de prevenção mecânica, principalmente para pacientes que têm contraindicação para uso de anticoagulantes⁽¹¹⁾.

Outro fator de risco relevante para o desenvolvimento de TEV, é a idade avançada, que se apresentou prevalente entre os indivíduos pesquisados. Quase metade da amostra foi composta por indivíduos com 51 anos ou mais. Estudos sugerem que, com o avançar da idade o ser humano passa a sofrer alterações fisiológicas e metabólicas que associadas a maior prevalência de doenças pode aumentar a incidência de TEV. O risco de tromboembolismo venoso tende a aumentar exponencialmente com a idade, desde a ocorrência anual de aproximadamente 30/100.000 aos 40 anos para 90/100.000 aos 60 anos e 260/100.000 aos 80 anos⁽²⁵⁾.

Além da mobilidade reduzida e da idade avançada, foram identificados outros fatores de risco relevantes tais como cirurgias gastrointestinais, ferida infectada/necrose, abdome agudo, obesidade, fratura/trauma e câncer ativo. Pesquisas recentes apontam que estes fatores também devem ser considerados para implementação da trombopprofilaxia uma vez que, o paciente acometido por um ou mais destes fenômenos associados ao confinamento hospitalar tornam o indivíduo mais vulnerável, tanto para ocorrência de TEV, quanto para ocorrência de outros eventos adversos⁽⁵⁾. No que se refere à

presença de neoplasia, pesquisas indicam o paciente com câncer ativo tem mais chances de desenvolver TEV de forma sintomática se for comparado a outros indivíduos sem esta condição. Ainda sugerem que, caso o paciente com câncer seja submetido a procedimento cirúrgico, o risco de um evento trombolítico pode aumentar ainda mais se comparado a um paciente sem neoplasia⁽²⁾.

Durante esta pesquisa, foi possível identificar incoerência entre a avaliação do risco para TEV entre os pacientes e as ações implementadas no hospital investigado. Deste modo, inferimos que a adesão as diretrizes de profilaxia de TEV ainda não é a ideal entre os profissionais de saúde responsáveis por este cuidado. Tal evidência é semelhante a outras realidades com perspectivas temporais diversas^(3,18). A ausência da sistemática de estratificação de risco contribui para negligência e equívocos dos cuidados preventivos para TEV seja estes medicamentosos ou não⁽⁹⁾. Quando o paciente não passa por uma estratificação, o tratamento implementado tem mais chances de ser inadequado podendo acarretar ao paciente danos imediatos ou futuros⁽²⁾. Barp et al. (2018) observa escassez de protocolos institucionais e de ferramentas que auxiliem a avaliação do risco de TEV no Brasil.

A elaboração e implementação eficaz de protocolos de prevenção de TEV são fundamentais para a confluência das ações dos profissionais de saúde na prática diária. Em relação à assistência de enfermagem, destaca-se a importância de protocolos institucionais bem delineados que incluam na rotina do enfermeiro uma avaliação criteriosa e um acompanhamento sistematizado no pré, trans e pós-cirúrgico. Além de prever administração de medidas farmacológicas e respaldar a implementação das medidas de prevenção não farmacológicas pela enfermagem, os protocolos instrumentalizam a categoria para realização de cuidados direcionados a segurança dos pacientes sob terapias profiláticas. Dentre estes, destacam-se os cuidados diários como encorajamento e orientação do paciente, cuidados para evitar sangramentos, avaliação permanente da pele, dos pulsos periféricos e da coloração das extremidades dos pacientes, massagens, posicionamento adequado, entre outras, são atribuições da equipe⁽¹¹⁾.

CONCLUSÕES

O presente estudo indicou que apesar de todos os pacientes hospitalizados na clínica cirúrgica apresentarem pelo menos um fator de risco para tromboembolismo venoso, a implementação de medidas preventivas pelos profissionais de saúde foi baixa. Tal evidência indica a necessidade de múltiplas intervenções, desde a admissão e acompanhamento dos pacientes à educação permanente da equipe de saúde em relação a riscos e prevenção de TEV, aos sistemas de alerta e auditoria de resultados. Entre os últimos, destaca-se a padronização para classificação de risco e implementação adequada de protocolos de prevenção de TEV como meios de garantir segurança e equidade na assistência.

Neste contexto, a enfermagem apresenta um potencial de ação importante no processo de melhoria e sistematização da assistência. Para tanto, é importante que o enfermeiro ancore seus cuidados em evidências científicas, tenha respaldo institucional e autonomia suficientes para participação nos processos de elaboração e implementação de protocolos seguros e adequados a realidade de cada serviço de saúde.

Uma das limitações do estudo refere-se à amostra. A presente pesquisa abordou uma amostra não probabilística, por conveniência, ainda assim obteve uma taxa de resposta satisfatória, correspondendo a um percentual relevante de participantes dentre o universo. Assim, mesmo não sendo suficientemente grande do ponto de vista estatístico a amostra estudada é representativa. Além disso, deve-se considerar também o limite das comparações entre estudos tendo em vista a utilização de diferentes instrumentos de aferição do risco. Destaca-se que, apesar da utilização de metodologias diferenciadas quanto aos instrumentos, os fatores considerados como risco para TEV nas diferentes escalas são, em geral, os mesmos. Testes de correlação não foram realizados por não fazerem parte do objetivo do estudo e devido ao reduzido número de pacientes que tiveram intervenções profiláticas. Por fim, cabe ressaltar que apesar dos limites, uma importante vantagem deste estudo se refere à coerência dos resultados com a literatura científica sugerindo adequada validade externa das informações.

REFERÊNCIAS

1. Raymundo SRO, Lobo SMA, Hussain KMK, HKG, Secches IT. O que mudou nas últimas décadas na profilaxia do tromboembolismo venoso em pacientes internados: artigo de revisão. *J Vasc Bras*. 2019;18: e20180021. DOI: [10.1590/1677-5449.002118](https://doi.org/10.1590/1677-5449.002118).
2. VitorSKS, Daou JP, Góis AFT. Prevenção de tromboembolismo venoso (trombose venosa profunda e embolia pulmonar) em pacientes clínicos e cirúrgicos. *Diagn Tratamento*. 2016;21(2):59-64. Disponível em: <https://d.docs.live.net/5ba893c7cfb00618/Documents/editoriais/18/Proc%204243%20port%20Editado.docx>.
3. Lopes BAC, Teixeira IP, Souza TD, Tafarel JR. Sabemos prescrever profilaxia de tromboembolismo venoso nos pacientes internados? *J Vasc Bras*. 2017;16(3):199-204. DOI: [10.1590/1677-5449.008516](https://doi.org/10.1590/1677-5449.008516).
4. Vaqar S, Graber M. Thromboembolic Event. In: *Stat Pearls*. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK54987/>
5. Santos ES, et al. Incidência de tromboembolismo venoso em pacientes de um hospital especializado em Cardiopneumologia de alta complexidade. *Arq Med Hosp Fac Cienc*

- Med Santa Casa São Paulo. 2017;62(3):119-25. DOI: [10.26432/1809-3019.2017.62.3.119](https://doi.org/10.26432/1809-3019.2017.62.3.119).
6. Bastos M, Barreto SM, Caiafa JS, Rezende SM. Trombopprofilaxia: recomendações médicas e programas hospitalares. Ver AssocMed Bras. 2011;57(1):88-99. DOI: [10.1590/S0104-42302011000100022](https://doi.org/10.1590/S0104-42302011000100022).
 7. Presti C. Projeto Diretrizes SBACV. Trombose venosa profunda. Diagnóstico e tratamento-Planejamento e Elaboração - Gestões 2012/2015. Disponível em: <https://d.docs.live.net/5ba893c7cfb00618/Documents/editoriais/18/Proc%204243%20port%20Editado.docx>.
 8. Ortel TL, et al. American Society of Hematology 2020 guidelines for management of venous thromboembolism: treatment of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. Blood Adv. 2020;4(19):4693-4738. DOI: [10.1182/bloodadvances.2020001830](https://doi.org/10.1182/bloodadvances.2020001830)
 9. Farhat FCLG, Gregório HCT, Carvalho RDP. Avaliação da profilaxia da trombose venosa profunda em um hospital geral. J VascBras. 2018;17(3):184-192. DOI: [10.1590/1677-5449.007017](https://doi.org/10.1590/1677-5449.007017).
 10. Buesing KL, Mullapudi B, Flowers KA. Deep venous thrombosis and venous thromboembolism prophylaxis. SurgClin North Am. 2015;95(2):285-300. DOI: [10.1016/j.suc.2014.11.005](https://doi.org/10.1016/j.suc.2014.11.005).
 11. Gomes ET, Assunção MCT, Lins EM, Püschel VAA. Nursing in mechanical prevention of venous thromboembolism in surgical patients. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03738. DOI: <https://d.docs.live.net/5ba893c7cfb00618/Documents/editoriais/18/Proc%204243%20port%20Editado.docx>.
 12. Silva JS, Lee J-A, Grisante DL, Lopes JL, Lopes CT. Conhecimento, avaliação de risco e autoeficácia quanto a tromboembolismo venoso entre enfermeiros. Acta Paul Enferm. 2020;33:eAPE20190125. DOI: [10.37689/acta-ape/2020ao0125](https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao0125).
 13. Kerbauy MN, Moraes FY, Kerbauy LN, Conterno LO, El-Fakhouri S. Trombopprofilaxia venosa em pacientes clínicos: análise de sua aplicação. Ver AssocMed Bras. 2013;59(3):258-264. DOI: [10.1016/j.ramb.2012.11.008](https://doi.org/10.1016/j.ramb.2012.11.008).
 14. Couto TZC, Domingues TAM, Morais SCR, Lopes JL, Lopes CT. Risk of venous thromboembolism and implementation of preventive measures in medical patients. EnfermClin. 2020;30(5):333-339. DOI: [10.1016/j.enfcli.2018.12.005](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.12.005).
 15. Caprini JA. Risk assessment as a guide for the prevention of the many faces of venous thromboembolism. Am J Surg. 2010;199(1 Suppl):S3-10. DOI: [10.1016/j.amisurg.2009.10.006](https://doi.org/10.1016/j.amisurg.2009.10.006).
 16. Okuhara A, Navarro TP, Procópio RJ, Leite JOM. Incidência de trombose venosa profunda e estratificação dos grupos de risco em serviço de cirurgia vascular de hospital universitário. J Vasc Bras. 2015;14(2):139-144. DOI: [10.1590/1677-5449.0071](https://doi.org/10.1590/1677-5449.0071).
 17. Chindamo MC, Marques MA. Papel da deambulação na prevenção do tromboembolismo venoso em pacientes clínicos: onde estamos? J Vasc Bras. 2019;18:e20180107. DOI: [10.1590/1677-5449.180107](https://doi.org/10.1590/1677-5449.180107).
 18. Pitta GBB, Leite TL, Silva MDC, Melo CFL, Calheiros GA. Avaliação da utilização de profilaxia da trombose venosa profunda em um hospital escola. J Vasc Bras. 2007;6(4):344-351. DOI: [10.1590/S1677-54492007000400008](https://doi.org/10.1590/S1677-54492007000400008).
 19. Manoucheri R, Fallahi MJ. Adherence to Venous Thromboprophylaxis Guidelines for Medical and Surgical Inpatients of Teaching Hospitals, Shiraz-Iran. Tanaffos. 2015;14(1):17-26. Disponível em: <https://d.docs.live.net/5ba893c7cfb00618/Documents/editoriais/18/Proc%204243%20port%20Editado.docx>.
 20. Suh J, Desai A, Desai A, Cruz JD, Mariampillai A, Hindenburg A. Adherence to thromboprophylaxis guidelines in elderly patients with hospital acquired venous thromboembolism: a case control study. J ThrombThrombolysis. 2017;43(2):172-178. DOI: [10.1007/s11239-016-1432-6](https://doi.org/10.1007/s11239-016-1432-6).
 21. Barp M, Carneiro VSM, Amaral KVA, Pagotto V, Malaquias SG. Cuidados de Enfermagem na prevenção do tromboembolismo venoso: revisão integrativa. Ver. EletrEnferm. 2018;200. DOI: [10.5216/ree.v20.48735](https://doi.org/10.5216/ree.v20.48735)
 22. Ma YF, Xu Y, Chen YP, Wang XJ, Deng HB, He Y, et al. Nurses' objective knowledge regarding venous thromboembolism prophylaxis: A national survey study. Medicine (Baltimore). 2018;97(14):e0338. DOI: [10.1097/MD.00000000000010338](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000010338).
 23. Lau BD, Murphy P, Nastasi AJ, Seal S, Kraus PS, Hobson DB, et al. Effectiveness of ambulation to prevent venous thromboembolism in patients admitted to hospital: a systematic review. CMAJ Open. 2020;8(4):E832-E843. DOI: [10.9778/cmajo.20200003](https://doi.org/10.9778/cmajo.20200003).
 24. Lewis S, Glen J, Dawoud D, Dias S, Cobb J, Griffin XL, et al. Venous thromboembolism prophylaxis strategies for people undergoing elective total knee replacement: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Haematol. 2019;6(10):e530-e539. DOI: [10.1016/S2352-](https://doi.org/10.1016/S2352-)

[3026\(19\)30155-3.](#)

25. Borgo FL, Sanches DCN, Kihara DC. Predição do risco futuro de tromboembolismo venoso em idosos no ambulatório. Revista Geriatria & Gerontologia. 2013;7(4):274-278. Disponível em:
<https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v7n4a06.pdf>

Editores Responsáveis:

Patrícia Pinto Braga

Daniel Nogueira Cortez

Nota: Não houve financiamento por agência de fomento.

Recebido em: 01/03/2021

Aprovado em: 01/09/2021