

## ARTIGO ORIGINAL

# Fatores de risco adquiridos e profilaxia da trombose venosa profunda em Unidade de Terapia Intensiva

## *Acquired risk factors and prophylaxis for deep-vein thrombosis at the Intensive Care Unit*

Danize G. Castilho<sup>1</sup>; Lúcia M. Beccaria<sup>2</sup>; Roseli Ap. M. Pereira<sup>3</sup>; Lígia M. Contrin<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira especialista em Terapia Intensiva e Cardiologia; <sup>2</sup>Professora Doutora\*; <sup>3</sup>Professora\*

\*Departamento de Enfermagem Especializada da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP.

**Resumo** O estudo caracterizou os fatores de risco adquiridos da trombose venosa profunda de acordo com aspectos gerais, clínicos, cirúrgicos e medicamentosos; estratificou o risco pela Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular e verificou as medidas profiláticas mediante prescrições médicas e de enfermagem. Utilizou-se método transversal e prospectivo, por meio da análise dos prontuários de 112 pacientes de uma UTI. Evidenciou-se elevada prevalência de fatores de risco em pacientes clínicos e cirúrgicos considerados de Alto Risco. Nos clínicos predominou a infecção e nos cirúrgicos a anestesia geral e o tempo cirúrgico maior de duas horas. Verificou-se que a profilaxia medicamentosa utilizada foi a Heparina não fracionada enquanto as medidas mecânicas como movimentação, deambulação precoce e elevação de membros inferiores, na maioria dos prontuários, não foram identificadas nas prescrições médicas e de enfermagem. Conclui-se que a profilaxia farmacológica e mecânica deve ser realizada em pacientes de UTI, sendo importante a estratificação do risco para que o tratamento seja o mais adequado possível.

**Palavras-chave** Fatores de Risco; Trombose Venosa; Cuidados de Enfermagem.

**Abstract** This study has characterized the acquired risk factors for deep-vein thrombosis according to general, clinical, surgical, and drug aspects. These data were used to establish the risk of stratification in agreement with the classification recommended by the Brazilian Society of Angiology and Vascular Surgery (BSAVS). Prophylactic measures were also verified through medical and nursing prescriptions. This prospective cross-sectional study was accomplished through the analysis of 112 medical records of intensive care unit patients. Risk factors prevailed and became evident regarding high-risk clinical and surgical patients. Among clinical patients, the infection has predominated. However, in relation to surgical patients, general anesthesia and surgical time longer than 2 hours were prevailing. It was verified that the prophylactic drug used was unfractionated Heparin, while mechanical measures against thrombosis, such as movement, early ambulation, and elevation of the legs could not be identified in most of the medical and nursing prescriptions found on medical records. It has been concluded that the pharmacological and mechanical prophylaxis should be performed in ICU patients. The bottom line is that the risk stratification for the treatment is the most suitable as possible.

**Keywords** Risk Factors; Venous Thrombosis; Nursing Care.

### Introdução

A Trombose Venosa Profunda (TVP) é uma doença que se constitui na deposição aguda de trombos em veias profundas e manifesta-se predominantemente nos membros inferiores, sob os sinais de estase venosa caracterizada por edema, dor espontânea, dermatite, úlceras e varizes<sup>1-2</sup>. O exame pode acusar a presença de eritema, dilatação venosa, hipertermia local e empastamento muscular com dor à palpação<sup>3</sup>.

O aparecimento de fatores de risco apresenta-se sob a forma de características que predisõem ou acarretam a determinação da doença. Quando um fator de risco é reconhecido, pode-se dizer

que este aumenta a probabilidade de ocorrência do agravo ao indivíduo, ao contrário daquele não submetido. Porém, nem todas as pessoas que são apresentadas aos fatores de risco necessariamente desenvolverão a doença e aqueles que não foram expostos podem desenvolver<sup>4</sup>.

Existem duas classes de fatores de riscos: os genéticos e os adquiridos; sendo que as condições que os levam a interagir entre si aumentam e modificam o efeito, podendo resultar em sinergismo e ampliação da ocorrência do agravo<sup>5</sup>. Presume-se que nos EUA existe mais de 2,5 milhões de casos anuais, o que

Recebido em 03.02.2010

Aceito em 12.10.2010

Não há conflito de interesse

resulta em aproximadamente 600 mil casos de embolia pulmonar (EP) sendo que 90% originam-se de trombos em veias profundas e, conseqüentemente, torna-se responsável por 200 mil mortes<sup>1</sup>. No Brasil, os dados de TVP são escassos e subnotificados<sup>6-7</sup>. Em um estudo no município de Botucatu (SP) realizado pela Faculdade de Medicina da UNESP, a incidência foi calculada e encontrou-se aproximadamente 0,6 casos/ 1000 habitantes por ano<sup>8</sup>.

A importância do assunto está relacionada às conseqüências da TVP, muito freqüente na população geral, com incidência de aproximadamente 0,2% a 3,9% de insuficiência venosa crônica, denominada também de síndrome pós-trombótica<sup>9</sup>. Esta doença apresenta grande repercussão nos fatores socioeconômicos, já que muitos indivíduos em idade ativa serão excluídos do mercado de trabalho devido à invalidez<sup>8</sup>.

A incidência desses agravos pode variar em diferentes hospitais e diversas unidades, mediante as características da população assistida e diante dos fatores de risco apresentados por ela<sup>10</sup>. Portanto, há necessidade que os profissionais da área da saúde conheçam a epidemiologia, os sinais clínicos do agravo bem como os fatores de risco relacionados, a fim de evidenciar os indivíduos predispostos<sup>7</sup>.

Em um estudo realizado na Bélgica, o autor propõe o “Fast Hug” (abraço rápido) como uma proposta para lembrar os pontos básicos que devem ser observados diariamente pela equipe médica de UTI em relação ao paciente. São eles: alimentação, analgesia, sedação, prevenção de TVP, cabeceira elevada, prevenção de úlcera por pressão e controle da glicemia. As taxas de morbidade e mortalidade em UTI associada ao tromboembolismo venoso são consideráveis, portanto, a profilaxia da TVP não pode ser esquecida<sup>11</sup>.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi caracterizar os fatores de risco adquiridos dos pacientes internados em uma UTI em relação à TVP; estratificar o grupo de risco desses pacientes de acordo com a Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV 2005); identificar as medidas profiláticas utilizadas nos pacientes clínicos e cirúrgicos mediante prescrição médica e correlacionar com os cuidados de enfermagem.

### **Metodologia**

Estudo transversal, prospectivo e analítico, realizado em um hospital de ensino do noroeste paulista com pacientes clínicos e cirúrgicos de uma UTI Geral, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Os dados foram coletados por meio de prontuários dos pacientes internados. O critério de inclusão foi que o prontuário de cada paciente seria avaliado uma única vez conforme se apresentava no momento da coleta de dados, levando em consideração todos os impressos e anotações dos profissionais da UTI, no período de Julho a Setembro de 2007.

Para caracterização dos fatores de risco adquiridos de cada paciente, foram pesquisados fatores gerais, clínicos, cirúrgicos e medicamentosos segundo a classificação recomendada pela SBACV 2005 adaptado<sup>12</sup>. Os pacientes clínicos e cirúrgicos foram estratificados em grupos de risco de

acordo com o instrumento: categorias de risco para doença tromboembólica adaptado<sup>13</sup>, dividindo clínicos e cirúrgicos em seus respectivos grupos de caracterização e estratificação. Após a estratificação de risco alto, identificou-se as medidas profiláticas a partir das condutas médicas prescritas e os cuidados de enfermagem realizados pela equipe de acordo com a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Os fatores de risco adquiridos de cada paciente foram caracterizados de acordo com os fatores gerais como: idade, sexo e dias de internação; fatores clínicos, os quais incluíam a presença de patologias como Insuficiência Cardíaca, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Arritmias, Diabetes, Insuficiência Arterial, Insuficiência Renal, Síndrome Nefrótica, Obesidade, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Infecção, Neoplasia, Desidratação, Varizes (CEAP), Trombose Venosa Profunda, Doença inflamatória de cólons, Imobilização, Doença auto-imune e Insuficiência Hepática.

Os fatores cirúrgicos avaliados foram: tempo de cirurgia, tipo de anestesia utilizada e o procedimento cirúrgico como de pequeno, médio e grande porte. Ressalta-se que paciente cirúrgico é todo aquele submetido a qualquer procedimento cirúrgico na internação atual. Os fatores medicamentosos pontuaram-se no uso de anticoncepcional oral, reposição hormonal e uso de corticosteróides. Estes fatores de risco foram discriminados a partir da classificação recomendada pela SBACV- 2005 adaptado<sup>12</sup>.

Os pacientes clínicos e cirúrgicos foram estratificados em grupos de risco de acordo com o instrumento: categorias de risco para doença tromboembólica adaptado<sup>13</sup>, dividindo-se em clínicos e cirúrgicos. Como estratificação dos clínicos tem-se como alto risco: os de terapia intensiva, lesão na medula, AVC, IAM, qualquer doença associada a trombofilia, doença associada a TVP ou Embolia Pulmonar (EP) prévias e/ou qualquer doença associada a fator de risco para TVP; de médio risco incluiu-se pacientes com mais de 65 anos, acamados por doenças clínicas sem outros fatores de risco concomitantes e baixo risco qualquer doente que não tenha estes fatores referenciados.

Para estratificação dos pacientes cirúrgicos de Alto risco foi considerado: cirurgia geral em pacientes com mais de 60 anos, cirurgia geral em pacientes de 40 a 60 anos com fatores de risco adicionais, cirurgia maior em pacientes com história de TVP ou EP progressivo ou trombofilias, grandes amputações, cirurgias ortopédicas maiores, cirurgias em pacientes com neoplasias malignas, cirurgias em pacientes com outros estados de hipercoagulabilidade, Traumas múltiplos com fraturas de pélvis, quadril ou membros inferiores<sup>13</sup>.

De médio risco: cirurgia maior (geral, urológica ou ginecológica) em pacientes de 40 a 60 anos, sem fatores de risco adicionais; cirurgia em pacientes com idade inferior a 40 anos tomando estrógeno. E de baixo risco: operações em pacientes com idade inferior a 40 anos, sem outros fatores de risco; operações menores (menos de 30 minutos e sem necessidade de repouso prolongado) em pacientes com menos de 40 anos, sem outro risco que não a idade e trauma menor<sup>13</sup>.

Após a estratificação de risco identificaram-se as medidas

profiláticas para cada grupo a partir das condutas médicas prescritas e os cuidados de enfermagem realizados pela equipe da UTI de acordo com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Quanto à profilaxia medicamentosa foi checada a prescrição médica durante todo o período de tratamento e se foi utilizada a heparina não fracionada (HNF) ou a heparina de baixo peso molecular (HBPM).

## Resultados

A amostra do estudo caracterizou 112 pacientes internados na UTI Geral, do sexo feminino (42, 37,5%) masculino (70, 62,5%). A população foi agrupada conforme a faixa etária referente ao risco de desenvolvimento de TVP: de 15 a 40 anos (32, 27,7%); de 41 a 64 (50, 44,6%); e idade acima de 65 (31, 27,7%). Quanto à caracterização: clínicos (41, 36,6%) e cirúrgicos (71, 63,4%). Os fatores de risco mais prevalentes nos pacientes de etiologia clínica foram: Diabetes (10, 24,4%), DPOC (10, 24,4%), AVC de origem isquêmica (7, 17,7%), Insuficiência Cardíaca (8, 19,5%), IAM anteriormente (4, 9,75%) e portadores de Arritmia, mais especificamente Fibrilação Atrial (2, 4,8%).

Dentre outros fatores de risco ainda encontrou-se em menor número, três pacientes portadores de neoplasia (7,3%) sendo que um deles havia realizado quimioterapia previamente à internação, três tinham insuficiência arterial de membros inferiores (7,3%), cinco com insuficiência renal aguda - IRA (12,2%), cinco com síndrome nefrótica (12,2%), cinco com insuficiência hepática (12,2%), cinco portadores de doenças auto-imunes (12,2%) como anemia, lúpus e mieloma múltiplo, cinco também tinham obesidade de acordo com índice de massa corpórea > 25 (12,2%) e ainda houve um caso de paciente desidratado (2,4%) e um portador de varizes de membros inferiores (2,4%).

O fator de risco mais incidente foi infecção, com 25 sujeitos (61%) predominantemente em foco pulmonar caracterizado pelas pneumonias hospitalares e comunitárias. Dessas, quatro evoluíram para quadro de sepse grave (16%). Quanto ao uso de medicamentos que predisõem à ocorrência de TVP, encontrou-se 28 pacientes clínicos (68,3%) que utilizavam droga corticosteróide e uma jovem (2,4%) fazia uso de anticoncepcional oral.

Dos pacientes que realizaram cirurgia durante a internação os fatores de risco foram: anestesia realizada, tempo cirúrgico e tipo de cirurgia. Assim, a maioria fora submetida à anestesia geral com total de 69 pacientes (97,2%) sendo que três (4,3%) foram associadas a raquianestesia devido à cirurgia de grande porte, o qual ocorreram procedimentos vasculares e ortopédicos ao mesmo tempo. A anestesia peridural só foi utilizada em dois pacientes (2,8%).

Em relação ao tempo de cirurgia, a maioria foi submetida a um tempo cirúrgico menor que seis horas, ou seja, 50 pacientes (70,4%); e 21 (29,6%) ficaram em campo cirúrgico por mais de seis horas. Quanto ao tipo de procedimento, o neurológico foi o predominante com 25 pacientes (35,2%); seguido das cirurgias abdominais com 22 (31%). As correções ortopédicas foram realizadas em oito (11,4%), os procedimentos vasculares em seis (8,6%), a cirurgia torácica em sete (9,8%) e cirurgias cervicais

em três (4,2%). Dentre os medicamentos que os pacientes cirúrgicos utilizaram durante sua permanência na UTI: 26 (36,6%) usaram Corticóides e dois (2,8%) Puran T4.

De acordo com a SBACV, todos os pacientes clínicos internados em terapia intensiva são considerados alto risco, com base na escala de estratificação. Já os pacientes cirúrgicos são estratificados de acordo com a gravidade da cirurgia, idade e fatores de risco adicional. Assim, foram identificados quatro pacientes (5,7%) com baixo risco, os quais possuíam idade inferior a 40 anos, tinham realizado cirurgia de pequeno porte e não possuíam fatores adicionais; 13 pacientes (18,3%) com risco moderado, com idade entre 40 a 60 anos, após realização de cirurgias de pequeno e médio porte e sem fatores adicionais.

Dentre os considerados de alto risco, 54 pessoas (76%) foram submetidas à cirurgias de grande porte, independente da idade; cirurgias gerais em pessoas com idade superior a 60 anos sem fatores adicionais reconhecidos em prontuário; cirurgias ortopédicas extensas; cirurgias grandes em indivíduos portadores de neoplasias e cirurgias gerais em pessoas com idade entre 40 e 60 anos com fatores de risco adicional e ainda cinco (9,3%) desenvolveram sepse abdominal durante a internação.

A profilaxia aos pacientes clínicos resultou em heparina não fracionada (HNF) (32 pacientes, 78%) administrada em via subcutânea (SC) na dose de 5000 UI de oito em oito horas, conforme a prescrição médica. Foi prescrita isoladamente a HNF em via endovenosa (EV) controlada por bomba de infusão (BI) em cinco pacientes (15,6%), sendo que em quatro pacientes (12,8%), a prescrição médica continha HNF profilática SC e posteriormente foi substituída pela via endovenosa. Em um paciente clínico coronariopata que fazia uso de drogas com ação antiplaquetária como clopidogrel e ácido acetilsalicílico, a heparina de baixo peso molecular (HBPM), enoxiparina foi utilizada após o uso da HNF profilática SC durante o período do tratamento.

Nos pacientes cirúrgicos, a profilaxia também resultou no uso da HNF em 46 pacientes (64,8%), administrada em via SC na dose de 5000 UI de oito em oito horas. Foi utilizada isoladamente a HNF em via endovenosa (EV) em um paciente (1,4%) e HNF (SC) substituída posteriormente por HBPM em dois pacientes (2,8%) sendo que a justificativa para a mudança não foi encontrada no prontuário. Foi realizado uso da HNF profilática SC e após EV em dois pacientes (2,8%). A HBPM, enoxiparina foi utilizada em uma pessoa (1,4%).

A profilaxia farmacológica da TVP não foi utilizada em nove pacientes clínicos (22%), sendo dois casos (4,9%) devido a distúrbio de coagulação associado à plaquetopenia. Nenhum outro motivo estava descrito no prontuário, no entanto, a ausência da terapêutica ocorreu em situações isoladas e pode ter sido mediante alguns diagnósticos como um caso de cirrose hepática, um de hepatite fulminante de origem não conhecida, um portador de linfoma linfoblástico e mieloma múltiplo, um traumatismo crânio-encefálico (TCE), uma hemorragia subaracnóidea (HSA) aneurismática, um portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV) associado a neurotoxoplasmose e crises convulsivas.

O uso de profilaxia mecânica com botas pneumáticas foi utilizado em um paciente com pneumonia comunitária, o qual conseguiu utilizar o método devido à participação temporária em estudo randomizado, com uso do inibidor da via do fator tecidual em pacientes com pneumonia grave adquirida na comunidade. A profilaxia farmacológica do agravo não foi utilizada em 19 pacientes cirúrgicos (26,8%). Os motivos foram documentados, sendo dois casos (2,8%) de distúrbio hematológico associado à disfunção de múltiplos órgãos (DMO) subseqüentes à sepse. Outros casos foram pautados somente em inferência devido às lacunas do prontuário como dois casos de hepatite grave, um de biópsia hepática junto ao procedimento precoce de embolectomia arterial e dois casos de transplante de fígado, por ocorrência de sangramento ativo, os quais faziam uso de vitamina K subcutâneo.

Dos 19 pacientes que não receberam profilaxia, 11 realizaram cirurgia neurológica que incluíam cinco drenagens de hematomas de meninges, duas hidrocefalias com inserção de cateter invasivo de pressão intracraniana (PIC) e outro com colocação de drenagem ventricular peritoneal (DVP) e três submetidos à ressecção de tumor cerebral. Ainda estava descrito um caso de síndrome compartimental de membro inferior esquerdo (MIE) por politrauma e uma cirurgia de osteossíntese de membro superior.

As prescrições médicas dos pacientes clínicos continham atividades de prevenção com método mecânico por meio de fisioterapia motora incluindo seis pacientes (14,6%) e a fisioterapia global, 19 (46,3%). As prescrições médicas dos pacientes cirúrgicos continham atividades fisioterápicas com parcela semelhante aos clínicos, nove (12,7%) motora e 34 (47,9%) global, sendo que um caso associava as duas.

### Discussão

Os resultados deste estudo convergem com outros autores quando discute a idade como fator de risco importante, principalmente após os 40 anos. A explicação fisiopatológica está relacionada à perda da resistência das paredes das veias ocasionando dilatação, diminuindo a pressão do fluxo sanguíneo, ocasionando trombose, assim como menor atividade fibrinolítica nos MMII das pessoas acima de 65 anos<sup>14</sup>.

A imobilização é um fator muito relevante em UTI e está sempre associada a outras manifestações. Mesmo com tempo menor que sete dias, elevam a incidência de trombose em até 15% e em períodos mais longos pode alcançar 80%<sup>14</sup>. O escalonamento do tempo de internação não foi levantado neste estudo, justificado pela alta rotatividade de pacientes nesta unidade.

Quando relacionada às cirurgias de grande porte com alto risco na escala de estratificação, pelo tempo prolongado de imobilização, lesão vascular e ativação de fatores de coagulação os resultados assemelham-se a outros estudos, assim como, a necessidade de anestesia geral, a qual diminui a velocidade de fluxo sanguíneo nos MMII; os anestésicos agindo sobre os leucócitos, plaquetas, hemáceas e interação endotélio-componentes sanguíneos ocasionando a exacerbação da coagulação<sup>3</sup>.

Estudos demonstram a subutilização da profilaxia da TVP devido

às dúvidas quanto à estratificação de risco dos grupos, a indicação correta para cada grupo e a falta de informação quanto à incidência do agravo<sup>12-13,15</sup>. Uma pesquisa sobre inadequação de trombopprofilaxia venosa em pacientes clínicos realizado em hospitais de Salvador-Bahia demonstrou a subutilização de profilaxia na população estudada e também ampla variabilidade da profilaxia prescrita tanto em hospitais públicos como privados. A HBPM foi utilizada mais adequadamente que a HNF. Entretanto, concluíram que apenas a minoria dos pacientes clínicos hospitalizados e candidatos à profilaxia venosa receberam medicação adequada<sup>16</sup>.

A avaliação da profilaxia do tromboembolismo venoso em hospital de grande porte em Vitória - Espírito Santo foi considerada longe do ideal, sendo que em pacientes clínicos considerou-se a qualidade da profilaxia adequada em 55,6% dos casos. No grupo de cirúrgicos, 52%, abrangendo um índice geral de 53%<sup>17</sup>.

A profilaxia de TV é geralmente utilizada em pacientes de risco, entretanto, a adesão às diretrizes é menos freqüente e variável entre as diversas unidades de internação do hospital<sup>18</sup>. Entretanto, este fato não foi verificado neste estudo, pois a profilaxia não foi utilizada somente nos pacientes que tinham contra-indicação, o que leva a inferir sobre o fato de que pacientes em UTI recebem mais frequentemente trombopprofilaxia do que em outras unidades hospitalares.

Neste estudo, os critérios de contra indicação para trombopprofilaxia não foram estudados, porém, verificou-se riscos com sangramentos, associados aos cuidados em pacientes com distúrbios de coagulação e também casos de hipertensão arterial, história recente de úlcera gastrointestinal e uso de anticoagulantes orais, de acordo com dados da pesquisa sobre TVP no paciente com acidente vascular cerebral<sup>19</sup>. A concepção de que a profilaxia farmacológica possa acarretar risco de sangramento ao paciente não tem respaldo comprovado na literatura. Ao contrário, a sua ausência pode corroborar com a ocorrência do agravo e falha na prevenção da TVP reflete diretamente nos gastos com a hospitalização e na morbidade<sup>8,20</sup>. A fisioterapia motora e global estava prescrita pelos médicos, porém a avaliação era realizada pelo fisioterapeuta da unidade. A fisioterapia respiratória com exercícios de respiração profunda nos pacientes em ventilação espontânea pode ser benéfica, pois facilita o retorno venoso por aumento da pressão negativa intratorácica e conseqüente esvaziamento de grandes veias<sup>21</sup>. Porém, esta atividade não influenciou na prevenção do agravo devido aos pacientes em ventilação mecânica.

A profilaxia mecânica foi utilizada em somente um caso. Considerando a ausência do uso do método não farmacológico neste estudo, afirma-se que as condutas de prevenção do agravo não estão de acordo com Protocolo da SBACV, 2001. Isto pode ser explicado pelo fato da maioria da amostra apresentar alto risco para desenvolvimento da TVP, devendo ser usado a associação do método farmacológico e mecânico para obter melhor resultado<sup>7,15,22-23</sup>.

No que se refere à enfermagem, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método em que os enfermeiros conseguem organizar sua assistência, embasados na avaliação

de saúde do cliente, diagnóstico das necessidades, planejamento e implementação dos cuidados e avaliação quanto a sua efetividade<sup>24</sup>. O estudo identificou que algumas prescrições de enfermagem que abordaram o item de avaliação da perfusão periférica, os enfermeiros não explicitavam o local exato da avaliação.

Diante do protocolo de profilaxia da SBACV (2001) é preconizada movimentação no leito e deambulação precoce<sup>21</sup>, entretanto, esses itens não estavam presentes nas prescrições médicas. A movimentação no leito era realizada somente nos períodos de mudança de decúbito e também não estavam presentes nas prescrições de enfermagem; já a deambulação precoce realmente não acontecia devido à gravidade de alguns pacientes. Outra medida profilática recomendada pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2000) é a elevação de MMII ao redor de 10 cm, altura que compensa a diferença entre as veias poplíteas e femoral a fim de contribuir para o retorno venoso e facilitar o esvaziamento do sangue estagnado<sup>21</sup>.

O fator de risco mais predominante nos clínicos foi infecção, sendo que a maioria apresentou fatores associados e estavam na faixa etária de risco (acima de 40 anos). Nos cirúrgicos, os riscos evidenciados foram anestesia geral e tempo cirúrgico, que variou de 2 a 6 horas de imobilização. Em relação à profilaxia da TVP, predominou o uso do método farmacológico com a Heparina não-fractionada (HNF) devido ao rápido acesso à medicação e baixo custo, já que o estudo foi realizado em unidades mantidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

### Conclusão

Evidenciou-se elevada prevalência de fatores de risco para TVP tanto em pacientes clínicos como cirúrgicos, com maior incidência para os de alto risco. Em relação à profilaxia da TVP predominou o uso do método farmacológico com a Heparina não-fractionada (HNF). As medidas mecânicas como movimentação no leito, deambulação precoce e elevação de membros inferiores, na maioria dos prontuários, não estavam descritas nas prescrições médicas e de enfermagem. Conclui-se que a profilaxia farmacológica e mecânica deve ser realizada em pacientes de UTI, sendo importante a estratificação do risco para que o tratamento seja o mais adequado possível.

### Referências Bibliográficas

1. Piccinato CE, Cherri J, Moriya T. Trombose venosa profunda. *Medicina* 1995;28(4):732-5.
2. Nascimento MMM, Pinheiro RTA, Fernandes R, Silva JJ. Prevenção da trombose venosa profunda em cirurgia bucomaxilofacial. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac* 2005;5(4):9-16.
3. Rollo HA, Fortes VB, Fortes Júnior AT, Yoshida WB, Lastória S, Maffei FHA. Abordagem diagnóstica dos pacientes com suspeita de trombose venosa profunda dos membros inferiores. *J Vasc Bras* 2005;4(1):79-92.
4. Rizzatti EG, Franco RF. Tratamento do tromboembolismo venoso. *Medicina* 2001;34(3-4):269-75.
5. Franco RF. Trombofilias hereditárias. *Medicina* 2001;34(3-4):248-57.
6. Yamashita AM, TSA, Yassuda H. Trombopprofilaxia e bloqueio regional. *Rev Bras Anestesiol* 2001;51(4):350-66.
7. Nesar RA, Caffaro RA, Castelli Júnior V. Profilaxia da trombose venosa profunda. *Arq Méd Hosp Fac Ciênc Méd Santa Casa São Paulo* 2003;48(1):19-21.

8. Maffei FHA. Epidemiologia do tromboembolismo venoso no Brasil. In: 32º Congresso Brasileiro de Cirurgia Vascul; 1997; Curitiba. Anais. Curitiba; 1997. p. 283.
9. Gomes M, Ramacciotti E. Profilaxia do tromboembolismo venoso em cirurgia. Programa de auto-avaliação em cirurgia: tromboembolismo venoso. *Col Bras Cir* 2002;2(1):5-26.
10. Albuquerque HPC, Vidal PC. Trombose venosa profunda: revisão dos conceitos atuais. *Rev Bras Ortop* 1996;31(10):851-6.
11. Vincent JL. Give your patient a fast hug (at least) once a day. *Crit Care Med* 2005;33(6):1225-9.
12. Garcia ACF, Souza BV, Volpato DE, Deboni LM, Souza MV, Martinelli R, et al. Realidade do uso da profilaxia para trombose venosa profunda: da teoria à prática. *J Vasc Bras* 2005;4(1):35-41.
13. Caiafa JS. Medidas profiláticas da doença tromboembólica. In: Thomas JB. Síndromes venosas: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p.195-208.
14. Seidel AC, Baptista-Silva JCC, Miranda Júnior F. Diagnóstico clínico e exames subsidiários da trombose venosa profunda. *Rev Soc Bras Clín Méd* 2003;1(3):74-82.
15. Engelhorn ALV, Garcia ACF, Cassou MF, Birckhloz L, Engelhorn CA. Profilaxia da trombose venosa profunda: estudo epidemiológico em um hospital escola. *J Vasc Bras* 2002;1(2):97-102.
16. Rocha ATC, Braga P, Ritt G, Lopes AA. Inadequação de trombopprofilaxia venosa em pacientes clínicos hospitalizados. *Rev Assoc Med Bras* (1992) 2006;52(6):441-6.
17. Carneiro JLA, Targueta GP, Marino LO. Avaliação da profilaxia do tromboembolismo venoso em hospital de grande porte. *Rev Col Bras Cir* 2010;37(3):204-10.
18. Vallano A, Arnau JM, Miralda GP, Pérez-Bartolí J. Use of venous trombopprofilaxys and adherence to guideline recommendations: a cross-sectional study. *Thromb J* 2004;2(1):3.
19. Baruzzi ACA, Knobel E. Trombose venosa profunda no paciente com acidente vascular cerebral: profilaxia. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 1999;9(4):666-71.
20. Cook D, McMullin J, Hodder R, Heule M, Pinilla J, Dodek P, et al. Prevention and diagnosis of venous thromboembolism in critically ill patients: a Canadian survey. *Crit Care* 2001;5(6):336-42.
21. Comissão de Circulação Pulmonar da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Recomendações para a prevenção do tromboembolismo venoso. *J Pneumol* 2000;26(3):153-8.
22. Baruzzi ACA, Knobel E. Profilaxia da trombose venosa profunda. *Rev Bras Clin Ter* 1996;22(2):61-4.
23. Baruzzi ACA, Nussbacher A, Lagudis S, Souza JAM. Trombose venosa profunda. Profilaxia. *Arq Bras Cardiol* 1996;67(3):215-8.
24. North American Diagnosis Nursing Association. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação. Porto Alegre: Artmed; 2001/2002.

---

### Correspondência:

Lúcia Marinilza Beccaria  
Av. Francisco das Chagas Oliveira, 2550 casa 105  
15085-485 – São José do Rio Preto – SP  
e-mail: lucia@famerp.br  
Tel.: (17)3201-5722

---