

AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO PROTOCOLO DE PROFILAXIA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM PACIENTES HOSPITALIZADOS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

ASSESSMENT OF ADHERENCE TO THROMBOPROPHYLAXIS PROTOCOL IN HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE INPATIENTS

Denise Bruhn de Castro¹, Luciana Loss Reck¹, Odilson Marcos Silvestre¹, Gabriel Marques do Anjos², Leonardo Reis de Souza², Andréia Biolo³, Carisi Anne Polanczyk³

RESUMO

Introdução: Trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (TEP) são problemas importantes em pacientes hospitalizados. Embora o benefício da profilaxia esteja definido, a prescrição baseada em diretrizes continua subutilizada. Este trabalho visa avaliar a utilização da profilaxia de TVP/TEP nos pacientes internados no HCPA e sua concordância com o protocolo assistencial deste hospital.

Metodologia: Obteve-se informações do prontuário de todos os pacientes internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre em um dia nas áreas clínicas, cirúrgicas e CTI. Estratificou-se o risco individual para TVP/TEP e comparou-se a profilaxia em uso e a recomendada pelo protocolo assistencial.

Resultados: Foram incluídos 265 pacientes, dos quais 46% foram submetidos a procedimento cirúrgico. A maior parte dos pacientes foi estratificada como de risco alto (28,9%) ou muito alto (39,5%). Apenas em 30,7% dos pacientes a profilaxia em uso estava de acordo com aquela recomendada pelo protocolo do HCPA.

Conclusão: Os resultados confirmam a subutilização da profilaxia TVP e TEP no nosso meio. A principal discordância entre as prescrições e a profilaxia recomendada pelo protocolo encontra-se no grupo de mais alto risco devido ao pequeno número de prescrições de heparina não-fracionada de 8/8 horas e heparina de baixo peso molecular. Alternativas para aumentar adesão ao protocolo devem ser instituídas.

Unitermos: profilaxia, protocolo, trombose venosa profunda, tromboembolismo pulmonar.

ABSTRACT

Introduction: Deep vein thrombosis (DVT) and pulmonary embolism (PE) are significant problems for hospitalized patients. In spite of a well defined benefit of thromboprophylaxis, evidence-based guidelines remain underutilized. This study aims to evaluate the use of thromboprophylaxis in inpatients of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) and its conformity with the stated by the hospital protocol.

Methods: Medical records of all medical, surgical and intensive care units patients hospitalized at HCPA in a specific day were searched. Individual risk for DVT or PE was determined and the prescribed thromboprophylaxis was compared to the recommended by the local protocol.

Results: 265 patients were included, of which 46% have been submitted to surgery. Most of

¹ Residentes do Serviço de Medicina Interna HCPA

² Acadêmicos de Medicina UFRGS

³ Médicas contratadas do HCPA

Correspondência: Serviço de Medicina Interna, Assessoria de Avaliação e Planejamento do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Ramiro Barcelos 2350 Sala 700 – CEP 90.035-003 – Porto Alegre/RS Brasil

the patients were classified as high risk (28,9%) or very high risk (39,5%) for DVT or PE. Only 30,7% of the thromboprophylaxis prescriptions were according to the hospital protocol.

Conclusion: Our results confirm the underutilization of thromboprophylaxis in our hospital. The main discordance between the prescriptions and the recommended by the protocol was found in the highest risk group because of the underuse of unfractionated heparin in intervals of 8 hours and of low molecular weight heparin. Alternatives strategies to improve the adherence to the protocol must be implemented.

Key words: prophylaxis, guidelines, deep vein thrombosis, pulmonary embolism.

INTRODUÇÃO

Trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (TEP) são problemas importantes em pacientes clínicos e cirúrgicos hospitalizados¹. Séries de necropsias mostram presença de TEP em 5-10% das mortes hospitalares. Estudos demonstram o benefício da profilaxia com heparina não-fracionada (HNF) ou heparina de baixo peso molecular (HBPM), com redução de risco de aproximadamente 50% na incidência de TVP e TEP em pacientes hospitalizados².

Apesar das diretrizes, a profilaxia continua sendo subutilizada. Em um estudo com 5451 pacientes com TVP, apenas 42% haviam recebido profilaxia nos 30 dias prévios³.

Vários estudos demonstram aumento na prescrição de profilaxia e adesão a guidelines utilizando-se estratégias passivas, mas este aumento torna-se mais significativo quando estratégias ativas são utilizadas¹.

O objetivo deste trabalho é avaliar a utilização de profilaxia de TVP/TEP nos pacientes hospitalizados em um hospital universitário e sua concordância com o protocolo assistencial desse hospital.

MÉTODOS

Este foi um estudo observacional transversal realizado em dezembro de 2005, durante um dia de internação. Foram considerados elegíveis todos os pacientes internados no HCPA nas áreas clínicas, cirúrgicas e terapia intensiva, excluindo-se pacientes internados nas unidades de obstetria, pediatria e psiquiatria. De uma população alvo 320 pacientes internados, 265 foram identificados pela equipe de pesquisa. Pesquisadores previamente treinados coletaram informações do prontuário quanto a fatores de risco para TVP/TEP, realização de procedimento cirúrgico e profilaxia em uso. No mesmo momento foi anotado o tipo de profilaxia prescrita no dia da avaliação, com base na

prescrição eletrônica disponível, sendo anotado a presença ou não de contra-indicação para uso de anticoagulante.

Com base nas informações clínicas e seguindo classificação proposta no Protocolo Institucional (Figura 1), os pacientes foram posteriormente estratificados quanto ao risco individual de TVP/TEP, divididos em baixo, moderado e alto risco. Foi feita a comparação entre a profilaxia em uso e a recomendada pelo protocolo assistencial do HCPA.

O banco de dados foi criado no programa Excel e analisado em programa SPSS 12.0. Os dados são descritos em média \pm desvio padrão ou mediana \pm intervalo interquartil. Comparações dos dados foram realizadas através do teste do qui-quadrado para variáveis categóricas e teste t de student para variáveis contínuas.

Este projeto foi aprovado pelo Grupo de Pesquisa e Pós-graduação (GPPG - 05-622) da instituição, sendo considerado de risco mínimo.

RESULTADOS

Foram incluídos 265 pacientes no estudo. A idade média da população foi de 55,2 anos, sendo que 74,7% dos pacientes estudo tinham idade maior que 40 anos. O diagnóstico de neoplasia estava presente em 33,6% dos pacientes. As características da população estão apresentadas na Tabela 1.

Quanto à estratificação individual de risco dos pacientes, a maior parte foi classificada como de risco alto ou muito alto, conforme apresentado na figura 2. Dentre os pacientes incluídos no estudo, 46% foram submetidos a procedimento cirúrgico, sendo que a maior parte das cirurgias também foi classificada como de risco alto (27,8%) ou muito alto (41,2%).

Apenas em 30,7% dos pacientes houve concordância entre a prescrição e a profilaxia recomendada pelo protocolo do hospital. A principal discordância foi vista na prescrição de heparina não fracionada (HNF)

FATORES CLÍNICOS DE RISCO PARA TROMBOEMBOLIA VENOSA

- Imobilidade prolongada (maior que 4 dias)
- Episódio prévio de tromboembolia venosa
- Câncer
- Obesidade
- Veias varicosas
- Insuficiência cardíaca congestiva
- Fratura de quadril ou perna
- Catéter venoso central
- Doença inflamatória intestinal
- Síndrome nefrótica
- Uso de estrogênio
- Trombofilias congênicas ou adquiridas
- Idade > 40 anos
- Infarto agudo de miocárdio
- Acidente vascular cerebral



ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E PROFILAXIA PARA TROMBOEMBOLIA VENOSA (TEV)

Nível de risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Muito Alto
Contexto				
Pacientes Cirúrgicos	<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia baixo risco não complicada em < 40 anos sem fator de risco 	<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia risco moderado em pacientes de 40 a 60 anos sem fator de risco • Cirurgia risco moderado em < 40 anos sem fator de risco • Cirurgia baixo risco em paciente com fator de risco 	<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia alto risco > 60 anos sem fator de risco • Cirurgia alto risco em pacientes de 40 a 60 anos com fator de risco 	<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia alto risco em > 40 anos com história de TEV ou neoplasia ou trombofilia • Cirurgia ortopédica de membros inferiores ou quadril
Pacientes Clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Doença aguda em < 40 anos sem fator de risco 	<ul style="list-style-type: none"> • Doença aguda em > 40 anos sem fator de risco • Doença aguda em < 40 anos com fator de risco 	<ul style="list-style-type: none"> • Doença aguda em > 40 anos com fator de risco • Doença crônica descompensada em qualquer idade • Infarto do miocárdio (fase aguda) 	<ul style="list-style-type: none"> • Doença clínica aguda ou crônica em > 40 anos com história de TEV ou neoplasia ou trombofilia ou cateter em veia central • AVC (com paralisia) • Lesão medular • Politraumatismo
Profilaxia indicada	<ul style="list-style-type: none"> • Deambulação precoce 	<ul style="list-style-type: none"> • Deambulação precoce • HNF 5.000 UI SC q12h 	<ul style="list-style-type: none"> • Deambulação precoce • HNF 5.000 UI SC q8h 	<ul style="list-style-type: none"> • Deambulação precoce • HBPM ou anticoagulante oral¹ • CPI²
Profilaxia (se antitrombóticos contra-indicados)	<ul style="list-style-type: none"> • Não se aplica 	<ul style="list-style-type: none"> • Deambulação precoce • MECG 	<ul style="list-style-type: none"> • Deambulação precoce • MECG • CPI 	<ul style="list-style-type: none"> • Deambulação precoce • CPI²

Figura 1. Protocolo assistencial implementado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

8/8 horas e heparina de baixo peso molecular (HBP), como se pode observar na figura 3.

Entre os pacientes clínicos, apenas 26,8% estavam de acordo com a profilaxia recomendada enquanto que 35,2% dos pacientes cirúrgicos respeitavam o protocolo assistencial do HCPA (figura 4). Na comparação entre pacientes clínicos e cirúrgicos, não houve diferença estatisticamente significativa entre as prescrições e as recomendações do protocolo ($p = 0,13$).

Vinte e dois pacientes tinham contra-indicação ao uso de heparina, principalmente devido a hemorragias ativas ou alterações das provas de coagulação. Destes, 16 (72,7%) eram considerados de risco alto ou muito

alto e em apenas um (6,25%) havia prescrição de meia elástica de compressão graduada.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo confirmam os achados na literatura de subutilização de profilaxia de TVP/TEP nos pacientes hospitalizados, encontrando-se apenas 30,7% de concordância entre a profilaxia recomendada e a prescrita.

Pacientes de alto e muito alto risco corresponderam a maior parte da amostra (68,4%), possivelmente devi-

do à significativa prevalência de câncer e cirurgias de alto risco. A principal divergência entre as prescrições e a profilaxia recomendada pelo protocolo foi devido a pouca utilização de HNF de 8/8h e HBPM, indicadas para os pacientes de maior risco.

Na comparação entre pacientes clínicos e cirúrgicos, houve uma tendência, embora não significativa, a maior concordância da profilaxia em relação ao protocolo nos cirúrgicos. Embora existam vários estudos demonstrando o benefício da trombotprofilaxia em pacientes cirúrgicos, há menor evidência deste benefício entre os pacientes clínicos ^{2,4}, o que pode explicar em parte esta possível menor adesão entre os pacientes clínicos.

Observamos também baixa utilização de métodos mecânicos em todos os pacientes avaliados, o que se

torna mais importante naqueles pacientes com contra-indicações aos métodos medicamentosos. Em estudo anterior na mesma instituição, demonstrou-se prescrição de métodos mecânicos de profilaxia em 35,6% dos pacientes ⁵, muito maior do que as taxas observadas atualmente.

Alternativas para melhorar a adesão a protocolos têm sido propostas em inúmeros estudos. Uma metanálise demonstrou que a instituição de estratégias ativas aumentou a adesão a diretrizes de profilaxia, ultrapassando 90% em grande parte dos estudos ³. Kucher et al, demonstrou que a instituição de um alerta eletrônico duplicou a taxa de prescrição de profilaxia e reduziu em 41% a taxa de TVP/TEP ⁶. Dessa forma, consideramos que alternativas com estratégias ativas tais como alerta eletrônico, programas de educação continuada e auditorias podem ser medidas importantes a serem instituídas no HCPA para incrementar a utilização

Tabela 1. Características clínicas da população estudada

Característica	Resultado
Idade	55,2 ± 17,6 anos
Sexo masculino	59,6 %
Idade >40 anos	74,7 %
Episódio prévio de TVP/TEP	3,8 %
Câncer ativo	33,6%
Contra-indicação a anticoagulação	8,3 %

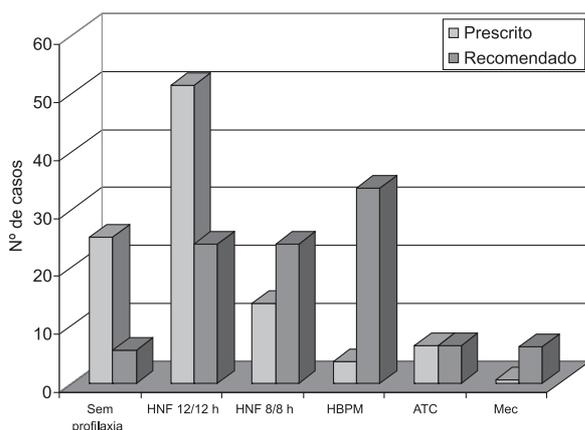


Figura 3. Comparação entre as profilaxias prescritas e as recomendadas de acordo com o protocolo assistencial do HCPA. HNF = heparina não-fractionada; HBPM = heparina de baixo peso molecular; ATC = anticoagulação plena; Mec = métodos mecânicos.

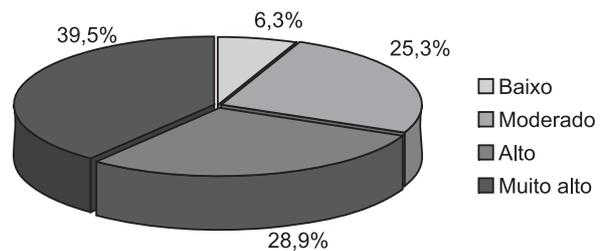


Figura 2. Distribuição do risco de eventos tromboembólicos de acordo com estratificação baseada no protocolo assistencial utilizado.

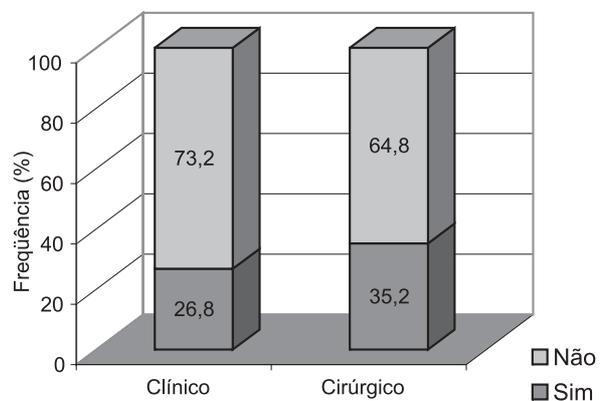


Figura 4. Comparação da adesão ao protocolo entre pacientes clínicos e cirúrgicos (p = 0,13).

adequada para profilaxia de eventos tromboembólicos em pacientes hospitalizados.

REFERÊNCIAS

1. Toohar Rebecca et al. A Systematic review of strategies to improve prophylaxis for venous thromboembolism in hospitals. *Annals of Surgery* 2005; 241 n.3:397-415.
2. Merti GJ. Pulmonary embolism in Medical Patients: improved diagnosis and the role of low molecular-weight heparin in prevention and treatment. *Journal of Thrombosis and Thrombolysis* 2004; 18(2):117 – 125.
3. Goldhaber SZ, Tapson VF. A prospective registry of 5,451 patients with ultrasound confirmed deep vein thrombosis. *Am J Cardiol* 2004;93:259-62.
4. Roderick P et al. Towards evidence-based guidelines for the prevention of venous thromboembolism: systematic reviews of mechanical methods, oral anticoagulation, dextran and regional anaesthesia as thromboprophylaxis. *Health Technology Assessment* 2005; v.9 n. 49
5. Menna Barreto et al. Estratificação de risco e profilaxia para tromboembolia venosa em pacientes internados em hospital geral universitário. *J Pneumol* 1998; 24(5):298-302
6. Kucher N. Electronic alerts to prevent venous thromboembolism among hospitalized patients. *NEJM* 2005; 352(10): 969-977