



Figura 1. Fluxograma utilizado para estratificação de risco para TEV e avaliação da tromboprolifaxia aplicada aos pacientes internados.

Tabela 1. Estratificação de risco segundo os escores de Pádua e Caprini e trombopprofilaxia recomendada pelo *American College of Chest Physicians*.

Estratificação de risco		Trombopprofilaxia
Escore de Pádua – Pacientes clínicos		
< 4 pontos	Baixo risco	Deambulação precoce
≥ 4 pontos	Alto risco	HNF: 5.000 UI 8/8h HBPM: 40 mg 1x/dia Profilaxia mecânica quando houver contraindicação da quimiopprofilaxia e reconsiderar quando o risco de sangramento diminuir
Escore de Caprini – Pacientes cirúrgicos		
0 ponto	Muito baixo risco	Deambulação precoce
1-2 pontos	Baixo risco	Deambulação precoce
3-4 pontos	Moderado risco	HNF: 5.000 UI 12/12h HBPM: 20 mg 1x/dia Profilaxia mecânica quando houver contraindicação da quimiopprofilaxia e reconsiderar quando o risco de sangramento diminuir
≥ 5 pontos	Alto risco	HBPM: 40 mg 1x/dia Profilaxia mecânica quando houver contraindicação da quimiopprofilaxia e reconsiderar quando o risco de sangramento diminuir

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

RESULTADOS

Foram analisados 592 pacientes em suas primeiras 24 horas de internação, sendo 369 (62%) pacientes clínicos e 223 (38%) pacientes cirúrgicos. A prevalência dos fatores de risco para TEV e seus níveis de importância nas primeiras horas de internação dos pacientes clínicos e cirúrgicos são revelados nas Tabelas 2 e 3, respectivamente. Pode-se observar que os pacientes clínicos somaram 594 fatores de risco (média de 1,6/paciente), enquanto os cirúrgicos, 575 (média de 2,6/paciente).

Já a Tabela 4 demonstra o perfil dos pacientes analisados em relação à estratificação de risco para o TEV, número médio de fatores de risco/paciente, fatores de risco mais prevalentes em cada grupo, bem como as recomendações de trombopprofilaxia pelo ACCP^{5,13,14}. Observa-se que a elevação do risco para TEV é acompanhada pela elevação no número médio de fatores de risco associados nos pacientes, além da prevalência de fatores com maior pontuação nos escores correspondentes.

O processo de estratificação identificou 154 (42%) pacientes clínicos de alto risco, além de, respectivamente, 68 (30%) e 113 (51%) pacientes cirúrgicos de moderado e alto risco para TEV. Sendo assim, pode-se observar que 335 (57%) pacientes do total analisado apresentavam indicação para uso da quimiopprofilaxia já em suas primeiras horas de internação, sendo 42% (154) dos clínicos e 81% (181) dos cirúrgicos.

Por outro lado, apenas 18 (3%) pacientes apresentaram evidências de contraindicação para a quimiopprofilaxia, sendo 14 clínicos (3,8%) e quatro cirúrgicos (1,8%). Os motivos identificados estão

Tabela 2. Fatores de risco encontrados nos pacientes clínicos, segundo o escore de Pádua.

Fatores de risco	Escore	n	% dos pacientes
Mobilidade reduzida	3	214	58
Idade avançada (≥ 70 anos)	1	150	41
Infecções e/ou doenças reumatológicas	1	87	24
Insuficiência cardíaca e/ou respiratória	1	57	15
Obesidade (IMC ≥ 30)	1	38	10
Câncer em atividade	3	25	7
Infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral	1	12	3
Trauma ou cirurgia recente (último mês)	2	8	2
Terapia hormonal atual	1	2	0,5
História prévia de TEV (excluindo trombose venosa superficial)	3	1	0,3
Trombofilia conhecida	3	0	0
Total		594	

IMC, índice de massa corporal; TEV, tromboembolismo venoso.

descritos na Tabela 5. Para a totalidade desses casos, observou-se a prescrição de fisioterapia motora de membros inferiores, realizada de 2 a 3 vezes por dia, como provável medida trombopprofilática.

Na sequência, a Tabela 6 demonstra a conformidade da trombopprofilaxia adotada, considerando-se indicação e dose prescrita nas primeiras 24 horas de internação dos 574 pacientes que não apresentavam contraindicação. Do total de pacientes, pode-se observar conformidade entre a necessidade preconizada pela estratificação de risco