

## Porque evidências nível A não entram na lista de prioridades A dos clínicos: o caso da trombotoprofilaxia em pacientes clínicos

*Uma mulher por volta dos 40 anos de idade é admitida no hospital devido a uma piora na esclerodermia que envolvia o trato gastrointestinal, a pele e os pulmões. Embora ela apresentasse alguma melhora clínica, 7 dias depois da sua hospitalização, um "código azul" é acionado quando ela é encontrada não responsiva. As tentativas de ressuscitação não tiveram sucesso. A causa de morte presumida é embolia pulmonar aguda. Uma revisão dos seus registros de saúde revelou que ela não estava recebendo uma intervenção para prevenir trombose venosa profunda (TVP). A profilaxia para a TVP poderia ter salvado a vida desta paciente?*

A cada ano, mais de seis pessoas em cada 1000 irão desenvolver TVP e uma morrerá de embolia pulmonar (EP)<sup>1</sup> - mais mortes do que por câncer de mama, AIDS ou acidentes com veículos motorizados. Diferente destas condições, a TVP é relativamente fácil de ser prevenida e tratada, mas em realmente muitos casos, as medidas para prevenir a TVP e suas seqüelas embólicas são negligenciadas.

Em auditorias contemporâneas sobre a prática de profilaxia para TVP, 65 - 83% dos pacientes clínicos hospitalizados em risco para TVP não estavam recebendo profilaxia.<sup>2,3</sup> O que é difícil de compreender é que estas práticas ocorram frente a forte evidência "nível A" de que os anticoagulantes devem ser considerados em todos os pacientes em risco.<sup>4</sup> Efetivamente, existem fortes evidências de que doses baixas de heparina não fracionada e heparina de baixo peso molecular são eficazes na prevenção da TVP e da EP (incluindo EP fatal) e têm perfis de segurança aceitáveis.<sup>4,5</sup>

Construir uma ligação entre as recomendações das diretrizes clínicas e a sua integração na prática clínica cotidiana, chamada de "transmissão de conhecimento", não é tão fácil quanto parece.<sup>6</sup> Uma possível razão para as lacunas existentes entre a evidência e a prática é que as diretrizes clínicas estão direcionadas para populações e não para indivíduos e considerações específicas para o paciente, no julgamento do médico que o está tratando, podem impedir a terapia recomendada. Contudo, em pacientes cirúrgicos hospitalizados, para quem as evidências da profilaxia da TVP são semelhantes àquelas para pacientes clínicos, 85-95% recebem profilaxia.<sup>4</sup> Por que nós não estamos tendo uma conduta melhor com pacientes clínicos?

Assim como com outras diretrizes clínicas, a implantação pode ser sub-ótima, pois os clínicos são tipicamente lentos para mudar práticas estabelecidas,<sup>6</sup> eles podem considerar a adoção de diretrizes como uma perda da autonomia na tomada de decisão clínica<sup>7</sup> e a implantação da diretriz pode precisar ser "comprada" por líderes de opinião locais.<sup>8</sup> Adicionalmente, diferente de pacientes cirúrgicos - para quem a necessidade de profilaxia para TVP é, em grande parte, claramente estabelecida (branca ou preta; determinada pelo tipo de cirurgia) - os pacientes clínicos estão muitas vezes em uma zona cinza da trombotoprofilaxia.<sup>4</sup> Eles são diversificados em termos do risco de TVP e apre-

sentam problemas de saúde que tornam difícil distinguir quais pacientes precisam (e quais não precisam) de profilaxia anticoagulante. Adicionalmente, pacientes clínicos muitas vezes têm comorbidades que podem levantar dúvidas sobre a segurança do uso de anticoagulantes. Finalmente, a prioridade principal do clínico é enfrentar o problema médico agudo, tornando a consideração da profilaxia da TVP uma prioridade secundária.

Como, então, as recomendações de nível A tais como a profilaxia para TVP para pacientes clínicos podem chegar até a lista de prioridades A dos clínicos? Diversas estratégias promissoras, que são pertinentes a outras iniciativas de transmissão de conhecimento, podem ser consideradas. Programas que aumentam a consciência do alcance do problema clínico e destacam a eficácia da profilaxia da TVP são importantes, pois os benefícios das medidas preventivas não são tão visíveis como aqueles das medidas terapêuticas. Isto pode ser alcançado através de lembretes, auditorias com respostas sobre as informações, extensão educacional e o uso de líderes locais de opinião,<sup>8</sup> com todos estes tendo demonstrado aumentos moderados na implantação das recomendações das diretrizes.<sup>9</sup> Alertas médicos computadorizados, embora eficazes para aumentar o uso da profilaxia para TVP porque exigem uma resposta ao alerta,<sup>10</sup> exigem um prontuário eletrônico e o custo pode ser proibitivo para muitas instituições. Conjuntos de solicitação de profilaxia para TVP padronizados, seja em papel ou computadorizados, podem facilmente ser integrados no sistema de entrada de solicitações do hospital e devem estar associados com um modelo de avaliação de risco para orientar os clínicos sobre quem deve (e quem não deve) receber a profilaxia.<sup>11</sup> A supervisão regular da prática pelos enfermeiros e farmacêuticos do setor pode assegurar que a profilaxia para TVP seja considerada para todos os pacientes clínicos e permite a reavaliação da adequação da profilaxia durante a hospitalização. Finalmente, auditorias das práticas de profilaxia para TVP podem reforçar e recompensar mudanças positivas no comportamento e detectar recidivas em um estágio precoce e remediável.<sup>12</sup>

Embora muitas das iniciativas pareçam exequíveis, os resultados do "mundo real" nem sempre são satisfatórios. Uma revisão sistemática encontrou que as intervenções que visam aumentar a adesão à diretriz clínica conferem, em média, um aumento de apenas 10% na implantação das recomendações da diretriz.<sup>13</sup> Adicionalmente, não existe certeza se uma abordagem de intervenção múltipla, consistindo tipicamente em uma estratégia de "educação-intervenção-retorno", é melhor do que uma intervenção isolada.<sup>13,14</sup> Claramente, existe mais trabalho a ser feito. Estudos em andamento abordam como nós podemos melhorar a transmissão do conhecimento existente sobre a prevenção da TVP de maneira que a profilaxia se torne um padrão aceito, amplamente implantado e auditado na atenção a pacientes clínicos. O desafio é identificar intervenções que provavelmente aumentarão as ta-

xas de profilaxia para TVP e que sejam facilmente aplicáveis na maioria das instituições.

Neste meio tempo, é incumbência dos clínicos e das instituições mudarem em um nível básico e adotarem estratégias de profilaxia de TVP amplamente executáveis no hospital. Para chegar a isto, nós oferecemos as seguintes sugestões e desafiamos os colegas a encorajarem os formadores de opinião das suas instituições a implantá-las:

1. Considerar a profilaxia para TVP em todo paciente admitido em uma enfermaria clínica.
2. Desenvolver uma ferramenta/algoritmo de avaliação de risco e padronizar as solicitações dos médicos para a profilaxia da TVP caso solicitações padronizadas não estejam sendo atualmente utilizadas.
3. Continue a lembrar os médicos e os residentes da necessidade de considerar a necessidade de profilaxia para TVP.

Em última instância, nosso objetivo é assegurar que casos trágicos como o que nós descrevemos sejam raros e que não estejam relacionados a oportunidades perdidas de cuidados preventivos.

Editorial publicado anteriormente no "ACP Journal Club: The Best Evidence for Patient Care" no *Annals of Internal Medicine*.

**James D Douketis, MD FRCP(C),**

**Nancy S Lloyd, MSc**

McMaster University and St Joseph's Healthcare; Hamilton, Ontario, Canada

1. **Silverstein MD**, Heit JA, Mohr DN, et al. Trends in the incidence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a 25-year population-based study. *Arch Intern Med* 1998;158:585-93.
2. **Tapson VF**, Decousus H, Pini M, et al, for the IMPROVE Investigators. Venous thromboembolism prophylaxis in acutely ill hospitalized medical patients: findings from the International Medical Prevention Registry on Venous Thromboembolism. *Chest* 2007;132:936-45.
3. **Cohen AT**, Tapson VF, Bergmann JF, et al, for the ENDORSE Investigators. Venous thromboembolism risk and prophylaxis in the acute hospital care setting (ENDORSE study): a multinational cross-sectional study. *Lancet* 2008;371:387-94.
4. **Geerts WH**, Pineo GF, Heit JA, et al. Prevention of venous thromboembolism: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest* 2004;126(3 Suppl):S338-400.
5. **Dentali F**, Douketis JD, Gianni M, et al. Meta-analysis: anticoagulant prophylaxis to prevent symptomatic venous thromboembolism in hospitalized medical patients. *Ann Intern Med* 2007;146:278-88.
6. **Cabana MD**, Rand CS, Powe NR, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? *JAMA* 1999;282:1458-65.
7. **Hayward RS**, Guyatt GH, Moore KA, et al. Canadian physicians' attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines. *CMAJ* 1997;156:1715-23.
8. **Doumit G**, Gattellari M, Grimshaw J, et al. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(1):CD000125.
9. **Grimshaw J**, Eccles M, Thomas R, et al. Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998. *J Gen Intern Med* 2006;21 Suppl 2:S14-20.
10. **Kucher N**, Koo S, Quiroz R, et al. Electronic alerts to prevent venous thromboembolism among hospitalized patients. *N Engl J Med* 2005;352:969-77.
11. **Pham DQ**, Pham AQ, Ullah E, et al. Evaluating the appropriateness of thromboprophylaxis in an acute care setting using a computerised reminder, through order-entry system. *Int J Clin Pract* 2008;62:134-7.
12. **McMullin J**, Cook D, Griffith L, et al. Minimizing errors of omission: Behavioural reinforcement of Heparin to Avert Venous Emboli: the BEHAVE Study. *Crit Care Med* 2006;34:694-9.
13. **Grimshaw JM**, Shirran L, Thomas R, et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Med Care* 2001;39(8 Suppl 2):112-45.
14. **Grimshaw J**, Eccles M, Tetroe J. Implementing clinical guidelines: current evidence and future implications. *J Contin Educ Health Prof* 2004;24 Suppl 1:S31-7.