



CLÍNICA

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN LA GESTACIÓN: CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA PROFESIONAL.

SEVERE VENOUS THROMBOSIS IN PREGNANCY: KNOWLEDGE AND PROFESSIONAL PRACTICE.

***Pereira da Costa, F. L., **Ferreira Moura, E. R., ***Magalhães da Silva, R. M.,
****Araújo Santos, Z. M. S.**

*Mestra em Enfermagem. Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). **Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Ceará. ***Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Mestrado em Educação (UNIFOR). Pesquisadora do CNPq. ****Doutora em Enfermagem. Docente da UNIFOR. Brasil. Parte de la Disertación presentada como requisito parcial de conclusión del Curso de Mestrado en Educación-UNIFOR.

Palabras clave: cuidado pre-natal; trombosis venosa; competencia profesional.

Key words: pre-natal care, venous thrombosis, professional competence.

RESUMEN

Estudio exploratorio-descriptivo que tuvo como objetivos establecer una relación de dependencia entre la capacitación recibida por los enfermeros y la práctica dirigida para la detección de la trombosis venosa profunda (TVP) en gestantes; identificar las señales, los síntomas y los factores de riesgo relacionados con la TVP en la percepción de los enfermeros, y verificar los cuidados de la enfermería dirigidos a la prevención y control de la TVP bajo el punto de vista de esos profesionales. Fueron realizadas entrevistas a 40 enfermeros vinculados a 20 unidades de salud del Municipio de Fortaleza-Ceará-Brasil, de julio hasta diciembre de 2004. Se utilizaron tests estadísticos de x-squared (x^2) para la dependencia entre dos variables, aceptando una confiabilidad de 95%, y confirmó que una adopción de conducta con relación a la TVP, por el enfermero, está en la dependencia del tipo de especialización que él mismo poseía y haber participado de la capacitación en servicio. Se concluyó que el conocimiento y la práctica del enfermero en esa área necesitan ser reforzados, siendo posible adoptar como estrategias, una educación continua en el servicio, así como una oferta de cursos de especialización en otras áreas relacionadas.

SUMMARY

Exploratory-descriptive study which aimed to set the relation of reliance between the nurses' training and the practice focused on the diagnosis of the SVT according to the nurses' view, and also check the Nursing care related to the SVT in pregnant women; identify the signals, symptoms and risks related to the SVT according to the nurses' view; and also check the Nursing care related to the SVT prevention and control in these professionals' view. Interviews with forty nurses, who belonged to twenty health units of the country of Fortaleza-Ceará-Brasil, were developed from July to December of 2004. Statistics tests of the x-squared (χ^2) to find the dependence between two variants reached 95% of reliability which confirmed that the nurse's correct STV procedures depend on the kind of specialization course he has attended and the kind of in-service training he has had as well. It was observed that the nurse's knowledge and practice in this area should be strengthened, having as strategies the in-service continuing education and the offer of specialization courses in the area.

INTRODUCCIÓN

Hasta el siglo XIII de la era cristiana las referencias a la trombosis venosa eran absolutamente desconocidas, y el primer relato de la historia sobre el asunto fue realizado por Huang Ti, fundador de la Medicina China, en el año 2.650 a.C.⁽¹⁾.

Estudio retrospectivo (1978-1996) que identificó una elevada prevalencia de trombosis venosa profunda (TVP) en el embarazo, con una mayoría de los casos ocurriendo antes de la 20ª semana de gestación y afectando, principalmente, al miembro inferior izquierdo; ya los casos de tromboembolismo pulmonar ocurrieron, principalmente, en el puerperio del parto por cesárea ⁽²⁾.

Entre las complicaciones de la gestación, los disturbios tromboembólicos, incluyendo la TVP de los miembros inferiores constituyen un agravamiento de alta magnitud. Esta se caracteriza por la formación de coágulos en el interior del sistema venoso profundo, pudiendo evolucionar hacia una embolia pulmonar y síndrome post-flebítica. La gestación constituye, por sí sola, un factor de riesgo para la TVP, pues la compresión ejercida por el útero en el embarazo sobre vasos importantes como poplítea, femoral, ilíaca y cava, causa reducción significativa del drenaje venoso, llevando a la estasis local y las alteraciones hormonales que ocurren en este periodo causan hipercoagulación, lo que también favorece la aparición de la trombosis ⁽³⁾. Algunos autores complementan la idea cuando añaden que, durante el embarazo, se observan alteraciones del endotelio vascular, del flujo sanguíneo, de los factores de coagulación y de la fibrinólisis que desencadenan mecanismos de adaptación, siendo también evidenciados estados de hipercoagulación que pueden acabar desarrollando trombosis, cuyo riesgo real es seis veces mayor comparado al estado no gestacional ⁽²⁾.

Actualmente, todavía se acepta la formulación de Virchow, relatada en 1856, que describía tres causas principales de trombosis: estasis sanguínea, cambios en la pared del vaso sanguíneo y alteraciones en los componentes sanguíneos. Durante el período gravídico-puerperal se caracteriza, pues, la formulación de Virchow: la estasis está presente, en particular, en los miembros inferiores, como consecuencia de la compresión del útero sobre vasos pélvicos; de cambios en las paredes de los vasos más presentes en el tercer período del parto, así como de un cuadro de hipercoagulación consecuencia de alteraciones en los factores de coagulación ⁽⁴⁾.

La incidencia de TVP durante el embarazo es de 0,36% a 0,6%. En el periodo post-parto, la incidencia es de tres a cinco veces mayor que durante el curso de la gestación, estando entre 2,7% y 3%. En muchos casos, la embolia pulmonar es la primera manifestación de la TVP silenciosa de los miembros inferiores y ocurre entre un 0,27% y un 1,2% de los eventos. Cuando no es tratada, puede alcanzar el 15% de mortalidad, mientras que bajo tratamiento alcanza a menos del 1% de las complicaciones ⁽⁵⁾.

La incidencia real de tales episodios trombóticos es desconocida por la ausencia de la práctica de métodos clínicos y complementarios objetivos para el diagnóstico, pues cerca de dos tercios de los casos de TVP diagnosticados clínicamente, por ejemplo, utilizarán innecesariamente terapia anticoagulante. El diagnóstico y el establecimiento de una terapéutica adecuada, sin embargo, son de una gran importancia, pues, cuando este tipo de trombo es correctamente diagnosticado y tratado, los riesgos de embolia pulmonar y de mortalidad materna disminuyen entre 3,2 y 18 veces, respectivamente ⁽⁶⁾.

La Sociedad Brasileña de Angiología y Cirugía Vasculare (SBACV) advierte que la trombosis venosa debe ser considerada una complicación grave, porque su instalación es silenciosa, lo que retarda el diagnóstico y dificulta la intervención por parte de los profesionales. Los síntomas de la TVP se confunden con las molestias vasculares del embarazo, pudiendo ocurrir repercusiones fetales cuando se utiliza el tratamiento con medicamentos anticoagulantes, además de secuelas vasculares que impiden el retorno a las actividades diarias. Fue lanzado, en 2003, el Protocolo de Profilaxis de la TVP, declarando que, en términos de levantamiento estadístico, Brasil estaba con por lo menos 12 años de atraso en el diagnóstico, tratamiento, profilaxis, contención y estudios de la TVP ⁽⁷⁾.

Reuniendo todos estos elementos y asociándolos al hecho de que, actualmente, en Brasil, en su mayor parte, la atención prenatal es realizada por enfermeros que actúan en el nivel primario, se decidió investigar respecto del conocimiento y práctica de estos profesionales en relación al tema en debate.

A partir de esta realidad, se elaboraron los cuestionamientos: ¿los enfermeros están capacitados para detectar señales, síntomas y/o factores de riesgo de la TVP en la atención prenatal? ¿La capacitación ejerce influencia sobre esta práctica? ¿Qué cuidados son identificados por los enfermeros para los casos de TVP? Así, se determinaron como objetivos: establecer la relación de dependencia entre la capacitación recibida por los enfermeros y la práctica dirigida a la detección de TVP en gestantes; identificar las señales y síntomas relacionados a la TVP según la percepción de los enfermeros; y apreciar los cuidados de enfermería dirigidos a la prevención y control de la TVP bajo el punto de vista de estos profesionales.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio exploratorio-descriptivo, que procuró disertar sobre hechos y fenómenos relacionados con la detección y con los cuidados dirigidos a la TVP en gestantes. El carácter exploratorio correspondió a la búsqueda de informaciones disponibles sobre el tema, y el carácter descriptivo fue atribuido a la oportunidad de convivencia con los actores que se enfrentan a los cuidados a las gestantes, así como con sus condiciones de salud y enfermedad, con el fin de posibilitar un consenso entre los profesionales de Enfermería en torno de la temática para la propuesta de cambios en la forma de actuación funcional en esta área del cuidado ⁽⁸⁾.

Participaron del estudio 40 enfermeros que ofrecían atención prenatal en 20 unidades de salud pertenecientes a la Secretaria Ejecutiva Regional Seis (SER-VI) del Municipio de Fortaleza-CE-Brasil, incluyendo cuatro unidades básicas de salud de la familia, 14 centros de salud, un hospital de distrito y un núcleo de asistencia médica integrada, vinculado a una universidad particular. Estos, después de aceptar participar de la investigación, tuvieron una entrevista marcada en el propio local de trabajo, según las conveniencias de cada uno. Las entrevistas fueron efectuadas en los meses de julio a septiembre de 2004, grabadas y transcritas.

Los participantes recibieron informaciones sobre el objetivo de la investigación y aspectos éticos pertinentes: acceso en cualquier momento a las informaciones sobre procedimientos y beneficios relacionados con la investigación, inclusive para dirimir eventuales dudas; libertad de retirar el consentimiento en cualquier momento y dejar de participar del estudio, sin que esto afectase a la continuidad de la asistencia; y salvaguarda de la confidencialidad, sigilo y privacidad. El proyecto de investigación obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Fortaleza (UNIFOR) y se adaptó, a lo que establece la Resolución no. 196/96, del Consejo Nacional de Salud.

Los datos fueron organizados y tabulados a partir de un programa estadístico - *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versión 12.0 for Windows. El procesamiento de los datos fue realizado en *Word y Excel for Windows*. Fueron efectuados dos test estadísticos del qui-cuadrado para dependencia entre dos variables, adoptando una confiabilidad del 95%.

Test 1 - con el test del qui-cuadrado para dependencia entre dos variables, se formularon las dos hipótesis: HO – que no existe relación de dependencia entre que el enfermero participe de entreno en su local de trabajo y que él mismo adopte alguna conducta con las gestantes con factores de riesgo para tromboembolismo venoso (hipótesis a ser testada); H1 – que existe tal relación (hipótesis contradictoria).

Test 2 – con el test del qui-cuadrado para dependencia entre dos variables, se formularon dos hipótesis: HO: que no existe relación de dependencia entre que el enfermero adopte algún tipo de conducta especial con las gestantes con factores de riesgo para trombosis venosa y el tipo de especialización que este enfermero posee. H1 – que existe tal relación (hipótesis contradictoria).

Los otros resultados fueron organizados en tablas con frecuencia absoluta y relativa, acompañados de un análisis estadístico descriptivo simple.

RESULTADOS

Caracterización de los participantes

El sexo femenino correspondió al 92,5% de los enfermeros investigados. La franja de edad osciló entre 27 y 57 años, con predominio de 12 (30%) enfermeros entre 37 y 42 años; 10 (25%) entre 32 y 37 años; y 9 (22,5%) entre 27 y 32 años.

En cuanto al tiempo de formación académica, 28 (70%) enfermeros tenían hasta nueve años de graduados, siendo que, de estos, 16 (57,1%) tenían hasta cuatro años de profesión y 12 (42,8%) de 4 a 9 años de formados. Los demás registraron un tiempo de formación bastante variable, entre 19 y 29 años. El tiempo de servicio de estos enfermeros

en el área de atención prenatal varió de uno a 25 años, con predominio de un 32,5% entre 7 y 10 años; un 27,5% entre 4 y 7 años, y un 12,5% entre 1 y 4 años de ejercicio profesional.

Relación de dependencia entre la capacitación del enfermero y la práctica dirigida a la detección y control de la TVP en la gestación

Los profesionales necesitan buscar conocimientos, revisar y actualizar sus prácticas, de forma que acompañen el avance científico y tecnológico. Para esto, la educación/formación, las iniciativas de educación continuada y los procesos basados en el auto-aprendizaje son estrategias que, si se implementan adecuadamente, posibilitan el desarrollo de competencias, habilidades y actitudes, con dinamismo, reflexión y participación significativa.

La participación de los enfermeros en entrenamiento interno, cursos o seminarios ofrecidos en el propio servicio se distribuye de la siguiente forma: 8 (20%) participaron de entrenamiento en el área de salud de la mujer, 7 (17,5%) en salud del niño, 5 (12,5%) en el campo de gerencia en servicios de salud y 4 (10%) habían participado de reciclaje en planificación familiar, hipertensión y diabetes, abordaje sindrómico para ETS/VIH e infección respiratoria aguda, respectivamente. Por tanto, 16 (40%) entrevistados no tuvieron participación en entrenamientos en sus locales de trabajo.

En el sentido de establecer la relación de dependencia entre la conducta del enfermero en el prenatal con relación a la TVP, y haber participado de entrenamiento en servicio, el test de qui-cuadrado tabulado (3,8415) fue inferior al qui-cuadrado calculado para la muestra (3,922). Se concluye, pues, con el 95% de confiabilidad, que la adopción de alguna conducta especial en las consultas de prenatal dirigida a la TVP, por el enfermero, dependía de que hubiera participado de entrenamiento en su local de trabajo.

Con respecto a la titulación, 37 (92,5%) enfermeros poseían especialización 8 (17,3%) tenían diplomas de especialización y master, y 1 (2,5%) había concluido el doctorado. Entre los 8 (17,3%) participantes que concluyeron master, tres lo hicieron fuera en el área de salud comunitaria, dos en salud pública, uno en administración de servicio de salud, uno en farmacología y uno en salud del niño y del adolescente. Los cursos de especialización incluyeron las áreas de: Salud Pública / Salud de la Familia (25), Administración (6), Materno-Infantil (4), Médico-Quirúrgico (4), Epidemiología (2), Enfermería del Trabajo (2), Enfermería en Emergencia (1), Enfermería Psiquiátrica (1). Hubo enfermeros que poseían más de un título de especialización.

Con el test para la dependencia, entre que el enfermero adopte algún tipo de conducta con las gestantes de riesgo (TVP) y el tipo de especialización cursada, el test qui-cuadrado tabulado (18,3070) fue menor que el del qui-cuadrado calculado para la muestra (52,4587), determinando, con 95% de confiabilidad, que la implementación del cuidado por el enfermero depende del tipo de especialización que cursó, siendo favorables los siguientes cursos: Salud de la Familia, Salud Pública, Enfermería Obstétrica y Neonatología.

Señales, síntomas y factores de riesgo relacionados a la TVP en la percepción de los enfermeros.

Siendo el embarazo un proceso fisiológico, sus incomodidades no pueden ser desconsideradas, ya que los riesgos ocupan todo el periodo de la gestación y del puerperio. Las señales y síntomas derivados del proceso de gestación deberían ser levantados tanto

por los profesionales como por la gestante, en el sentido de amenizar riesgos y complicaciones, incluyendo las vasculares para la mujer y el concebido.

Veintitrés (57%) enfermeros afirmaron conocer estos elementos asociados a la TVP, y que investigaban a las gestantes acerca de tal asociación.

Tabla 1 - Distribución de los enfermeros según el conocimiento de señales, síntomas y factores de riesgo para la TVP. Fortaleza – CE, 2004.

Señales, síntomas y factores de riesgo para TVP	Fa	%
Edema de miembros inferiores	14	35
Historia familiar	12	30
Dolor en los miembros inferiores	12	30
Alteraciones cardiovasculares	12	30
Tabaquismo	4	10
Uso de contraceptivo hormonal combinado	4	10
Sedentarismo	2	5
Hábitos alimentares inadecuados	2	5
Multiparidad	2	5

De acuerdo con la tabla, las señales – edema de miembros inferiores y alteraciones cardiovasculares, eran conocidos por 14 (35%) y 12 (30%) enfermeros, respectivamente. Entre los síntomas, solamente el dolor de miembros inferiores fue relatado por 12 (30%) participantes. En cuanto a los factores de riesgo, 12 (30%) enfermeros informaron sobre la historia familiar, 4 (10%) sobre el tabaquismo, 4 (10%) respecto del uso de contraceptivo hormonal combinado, 2 (5%) en relación al sedentarismo, 2 (5%) en cuanto a los hábitos alimentarios inadecuados, y los otros 2 (5%) en lo tocante a la multiparidad.

Cuidados de Enfermería aplicables a la TVP bajo el punto de vista de los participantes.

El papel del enfermero en el control de la TVP es relevante, pues este actúa en dos vertientes: cuidando directamente de la gestante al realizar la consulta de Enfermería en el prenatal, oportunidad para la identificación precoz de las señales y síntomas de la patología y la prescripción de los cuidados de Enfermería que alivien la incomodidad, el dolor, el edema, o la evolución de los daños, así como orientando para el auto-cuidado y el modo de lidiar adecuadamente con el fenómeno, así como mediante la educación continuada y la supervisión del equipo de Enfermería, informando a la categoría en todo Brasil sobre la importancia de la profilaxis de la TVP y respecto de la identificación de los factores de riesgo y situaciones que puedan desencadenar la aparición de la enfermedad⁽³⁾.

Veintisiete (67,5%) enfermeros se consideraron aptos en cuanto a la detección de señales y síntomas de la TVP, así como en lo referente a los cuidados a ser orientados en el sentido de prevenir y controlar la enfermedad, durante la consulta de prenatal, sin embargo se observó inseguridad y limitación relativa al conocimiento técnico sobre el tema. A respecto de la detección precoz, los enfermeros expresaron apenas la investigación de edema, la observación de rojez, la presencia de varices y el dolor. Ninguna maniobra de examen físico fue relatada como medida de detección de la TVP.

Tabla 2 - Distribución de los enfermeros según el conocimiento sobre los cuidados de enfermería relacionados a la TVP, Fortaleza-CE, 2004.

Cuidados de Enfermería	Fa	%
Uso de medias de compresión	11	27,5
ELEVACIONES DE LOS MIEMBROS INFERIORES	10	25
Orientación sobre a la TVP (prevención, manifestaciones clínicas y tratamiento)	8	20
Moderación de las actividades físicas cotidianas y reposo	8	20
Examen de los miembros inferiores	7	17,5
Estímulo a la deambulaci3n	5	12,5
Dieta adecuada	4	10
Monitorizaci3n de las se1ales vitales	4	10
Aplicaci3n de calor h3medo	2	5
Control del peso	2	5
Evaluaci3n de los resultados de ex1menes laboratoriales	2	5
Masajes en los miembros inferiores	1	2,5
Uso de ropas y calzados adecuados	1	2,5
Abolici3n del tabaquismo	1	2,5
Comparecencia a las consultas de prenatal	1	2,5

Se observa, en la tabla 2, que hubo indicaci3n de algunos cuidados específcos para prevenci3n y control de la TVP, o sea, 11(27,5%) enfermeros indicaron el uso de medias de compresión, 10(25%) la elevaci3n de miembros inferiores, 5(12,5%) el estímulo a la deambulaci3n, y 2 (5%) la aplicaci3n de calor h3medo. Tambi3n fueron mencionados algunos cuidados generales, 8(20%) enfermeros resaltaron la orientaci3n sobre prevenci3n, manifestaciones clínicas y tratamiento de la TVP, 8(5%) la moderaci3n de actividades físicas cotidianas y reposo, 4(10%) se1alaron la dieta adecuada, 2(5%) el control del peso, mientras que otros participantes informaron sobre el masaje de los miembros inferiores, el uso de ropas y calzados adecuados, abolici3n del tabaquismo y la comparecencia en las consultas de prenatal.

Tambi3n se evidencia en la tabla, la referencia a algunas conductas inherentes al examen físico, tales como: 7(17,5%) resaltaron el examen de los miembros inferiores, 4(10%) evidenciaron la monitorizaci3n de las se1ales vitales, y 2(5%) la evaluaci3n de los resultados de los ex1menes laboratoriales.

DISCUSI3N

Considerando la relaci3n de dependencia entre que el enfermero participe de entrenamiento en el propio servicio y que implemente cuidados especiales en el prenatal para la TVP, se destaca que la educaci3n continuada es una estrategia a ser mantenida y ampliada en el universo de este estudio y que es, inclusive, difundida para otras unidades que prestan asistencia a la mujer embarazada. Se puede deducir lo mismo con relaci3n al acceso de los enfermeros a cursos de especializaci3n vinculados a esta área del cuidado, en el sentido de desarrollar una pr1ctica tambi3n dirigida a la prevenci3n, detecci3n precoz de las se1ales y sntomas y control de la TVP.

El conocimiento respecto de las señales, síntomas y factores de riesgo para la TVP por el enfermero es preponderante en la detección precoz de esta alteración clínica, y en el seguimiento adecuado de la gestante para evitar complicaciones y riesgo inminente de muerte materno-fetal. Para Smeltzer y Bare ⁽⁹⁾, una cuidadosa evaluación por este profesional es valiosa para detectar las señales iniciales de disturbios venosos de las extremidades inferiores. La evaluación que los autores relatan se refiere a la anamnesia y al examen físico, abarcando el sistema vascular de la gestante, así como la detección precoz de las señales, síntomas y factores de riesgo para la TVP.

En cuanto al conocimiento de los enfermeros sobre los factores de riesgo asociados a la TVP, estos describieron una buena parte de los factores constantes en la literatura, sin embargo algunos elementos importantes no fueron recordados, tales como: periodos de inmovilización, cirugías, trauma, embarazo, puerperio, síndrome antifosfolípido, enfermedad maligna y las trombofilias genéticas ⁽⁴⁾.

Los factores de riesgo genéticos para trombosis predisponen a la enfermedad por causar alteraciones en el balance natural entre los componentes pro-coagulantes y anticoagulantes del sistema hemostático. Se sabe que, en condiciones normales, el sistema es balanceado en favor de la anticoagulación, siendo esta función desempeñada en gran parte por el sistema proteína C – proteína S y por la antitrombina. Así, gran parte de las alteraciones genéticas que predisponen a la trombosis causan modificaciones en la actividad de este sistema anticoagulante natural ⁽¹⁰⁾.

Típicamente, las señales y síntomas de la TVP incluyen dolor continuo y exacerbado a la presión de los troncos venosos, edema del miembro inferior afectado e hinchazón de la pantorrilla y muslo como factores de riesgo. Surgen venas superficiales dilatadas (venas centinelas de *Pratt*), cianosis en la oclusión extensa del sistema venoso profundo y sus colaterales. Aparece la señal de *Homans*, o sea, la dorso-flexión del pie con la pierna relajada provoca dolor en la pantorrilla; en la trombosis de la poplítea y en la femoral distal es positivo el test de *Lowenberg*, identificado por dolor distal a la presión en la pierna con aparato de presión inflado a 180 mmHg. ⁽¹¹⁾.

Estos dos métodos de comprobación de la TVP pueden ser utilizados por el enfermero al realizar el examen vascular periférico durante la consulta de prenatal y, a partir de la respuesta al examen y de los datos recogidos en la anamnesia obstétrica, podrán ser establecidas conductas y orientaciones. La mayoría de los trombos de los miembros inferiores se localiza en los vasos distales (debajo de la vena poplítea), pero pueden propagarse hacia los segmentos proximales (vena poplítea, femoral, ilíaca y cava) ⁽¹²⁾. Peculiarmente, 90% de las TVP en gestantes afectan a su miembro inferior izquierdo, siendo que la incidencia de las TVP en miembro inferior izquierdo en no gestantes es de 55% ⁽¹³⁾. Esta queja podrá ser el principal motivo que llevará al enfermero a sospechar de la instalación de la enfermedad, correspondiéndole tomar las medidas adecuadas al diagnóstico precoz y tratamiento inmediato.

Probablemente, la gestante sufra de compresión de la vena ilíaca izquierda, que no ocurre fuera del embarazo. Además, el embarazo tiene predominio de la TVP de la ileo-femoral, en relación a la TVP en vasos de la pantorrilla (72% e 9%, respectivamente). La TVP ileo-femoral es la mayor fuente de tromboembolismo pulmonar en el embarazo. Puede manifestarse por dolor en el bajo vientre (a causa de la circulación colateral periovariana secundaria de la TVP), febrícula y leucocitosis, imponiéndose el diagnóstico diferencial de apendicitis aguda ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

La identificación precoz de las señales y síntomas de la TVP por el enfermero, requiere una apurada evaluación de la condición vascular de la gestante y esto podrá ser efectuado cuando el profesional conozca las especificidades de la patología. Para Armond⁽¹⁶⁾, el diagnóstico clínico de la TVP es difícil, pues las señales y síntomas son inespecíficos y el embarazo empeora todavía más la situación al confundirlos con las quejas comunes de edema, dolor en peso de miembros inferiores y presencia de varices, aspectos superficialmente citados por los enfermeros participantes del estudio, sin hacer mención a cualquier otra medida de diagnóstico.

Los principales instrumentos propedéuticos para el diagnóstico de la trombosis venosa en gestantes se dividen en no invasivos - como la pletismografía de impedancia, o ultrasonido y, más comúnmente, el estudio *doppler*-ultra-sonográfico ("*duplex-scan*"); y los invasivos, representados, básicamente, por la venografía que permanece, todavía hoy, como referencia para el diagnóstico. La presencia de un único examen de imagen positivo - sea invasivo o no - autoriza el tratamiento ⁽¹⁷⁾.

Las técnicas de diagnóstico no invasivas asumen una importancia creciente en la conducta frente a los pacientes con enfermedad vascular. La finalidad de los exámenes de diagnóstico no invasivos es proporcionar datos confiables y también relevantes, de forma que pueda ser hecha una evaluación para determinar la extensión del proceso mórbido. Entre las variables, están la cantidad de sangre que circula en el miembro afectado, el flujo sanguíneo normal comparado al anormal y el grado de limitación funcional. Las técnicas no invasivas incluyen la presión del miembro (medición de la presión sanguínea en el miembro), índice tobillo braquial (ITB), ultrasonografía con *doppler*, barredor ultrasónico duplex, pletismografía, tomografía computadorizada, imágenes por resonancia magnética, pletismografía por impedancia y test de esfuerzo ⁽¹⁸⁾.

El ultrasonido puede ser usado para evaluar el tamaño de la vena, compresibilidad, patrones de flujo, trombo y función valvular. El barredor ultrasónico dúplex es usado para precisar el local de la enfermedad vascular y estimular el significado hemodinámico. La técnica es la modalidad no invasiva más sensible y específica para la detección de trombosis venosa profunda. El pletismógrafo es un instrumento que detecta y cuantifica la enfermedad vascular basándose en las alteraciones del contorno venoso de la onda de pulso, presión sanguínea, o flujo sanguíneo arterial o venoso ⁽¹⁸⁾.

La angiografía y la venografía con los contrastes son los exámenes de diagnóstico más invasivos en los disturbios vasculares y suponen mayor riesgo para el paciente. La venografía es, sin duda, el examen más específico, más invasivo, más caro, de interpretación difícil, y, a menos que el árbol venoso esté plenamente relleno, no puede ser usado para demostrar el plexo venoso de la pelvis y el procedimiento no puede ser repetido con frecuencia, por el riesgo de tromboflebitis química. Además, no está siendo utilizada en el embarazo por el riesgo de irradiación fetal ⁽¹⁹⁾.

Sobre los cuidados de Enfermería a las gestantes con TVP, el conjunto de los entrevistados reunió un elenco de medidas bastante amplio, demostrando un conocimiento colectivo satisfactorio, pero, al analizar el conocimiento individual del enfermero, se identificó un conocimiento reducido de estas medidas.

La intervención del enfermero en la prevención y tratamiento de la TVP podrá ser hecha, preferentemente, utilizando métodos no invasivos y complementada con la organización de propuestas, que, dependiendo de las circunstancias, podrán ser de naturaleza educativa o de aspecto promocional, contribuyendo a que la utilización de los

métodos invasivos se restrinja a las indicaciones. La Educación en Salud ofrece ayuda para el entendimiento del proceso de la gestación y de los riesgos que podrán surgir y puede ser un instrumento de capacitación, socialización de conocimientos y de experiencias en el ámbito individual o colectivo en lo que respecta a las cuestiones relativas a la salud, contribuyendo a la autonomía de la acción ⁽²⁰⁾. El papel del enfermero en la Educación en Salud es prestar una asistencia humanizada, entendiendo a la gestante en su subjetividad, demostrando respeto a sus actitudes, compartiendo sus deseos, dándole informaciones y respetando sus derechos, a fin de que la embarazada pueda decidir por lo mejor para su salud.

Laros⁽¹⁹⁾ enfatiza la realización y la importancia del tratamiento de apoyo concomitante al medicamentoso, relatando que este procedimiento se constituye en: “reposo inicialmente, estímulo a la deambulación así que los síntomas lo permitan, elevación del miembro, con preferencia en la posición de Trendelenburg comparada a la elevación de los miembros con almohadas, pues en esta última, ocurre generalmente la flexión del muslo en relación a la cadera, pudiendo dificultar el retorno venoso”.

De acuerdo con el mismo autor, está contraindicado sentarse con las piernas colgando; el calor húmedo local asociado al uso de analgésicos puede ayudar; deben ser evitados los anti-inflamatorios no esteroides durante el embarazo y el uso conjunto de estos con anticoagulantes; las medias elásticas son útiles especialmente cuando están diseñadas de forma adecuada; el uso de fajas de crepón debe ser desestimulado, pues, casi siempre, son adaptadas de forma errada.

Las medias de compresión gradual, ejerciendo presión de 18mmHg en los tobillos, 14mmHg en la rodilla y 10mmHg en la porción distal del muslo y 8mmHg en la proximal producen un aumento del 36% en la velocidad del flujo de la vena femoral. Entre los pacientes de bajo riesgo, reduce la frecuencia de la TVP en más del 50% si se compara con aquellos sin profilaxis. Su uso precoz, asociado a la deambulación y movimiento de los miembros inferiores, es la primera medida profiláctica a ser adoptada entre los pacientes hospitalizados ⁽¹²⁾.

Los cuidados con la dieta, el control de peso, exámenes de laboratorio, masaje de las piernas, uso de ropas y calzado adecuados, fueron referidos por una pequeña parte de los enfermeros (1 a 4), lo que representa un limitado conocimiento de estos profesionales sobre las medidas de Enfermería para prevenir y/o controlar la evolución de la TVP.

El tratamiento medicamentoso consiste básicamente en la utilización de anticoagulantes. La heparina es la droga elegida para el inicio de la terapia, pues tiene una acción inmediata y además actúa como anti-inflamatorio, reduciendo el proceso flogístico que acompaña o que desencadena formación del trombo ⁽²¹⁾. Born ⁽²²⁾, sin embargo, advierte sobre el uso de anticoagulantes en el embarazo, por entender que los riesgos afectan no solo a la madre, sino que son extensivos al feto. De entre los riesgos divulgados conviene añadir las manifestaciones hemorrágicas, el período destinado a la terapia convencional con los anticoagulantes, que dura de cuatro a seis meses, además del alto coste que limita el uso de esta terapia.

Refiriéndose a los disturbios hemorrágicos por el uso de anticoagulantes, se afirma que las manifestaciones hemorrágicas, que ocurren entre el 6% y el 30% de las pacientes, constituyen un importante factor de limitación del éxito terapéutico ⁽²¹⁾.

Por lo tanto, los inconvenientes y riesgos del tratamiento medicamentoso de la trombosis venosa traen repercusiones serias a la salud de la gestante y del feto, haciendo de las medidas preventivas implementadas por el enfermero durante el prenatal una de las principales recomendaciones para evitar las hospitalizaciones innecesarias durante el embarazo.

CONCLUSIONES

Una vez identificada la relación de dependencia entre haber participado de entrenamiento en servicio, así como haber cursado post-graduación y ofrecer cuidado de Enfermería dirigido a las gestantes con TVP o en riesgo de desarrollarla, se sugiere la ampliación de las respectivas fuentes de capacitación profesional en el sentido de demandar recursos humanos cualificados para lidiar con este mal, que afecta a la gestación con carácter de mayor gravedad, acarreando alta morbilidad y una considerable mortalidad.

El conocimiento de los enfermeros en relación con las señales, síntomas y factores de riesgo, condición esencial para la detección de la TVP, se mostró limitado, ya que fueron citados de manera incompleta.

Los cuidados de Enfermería indicados para las gestantes con TVP, por el enfermero, se mostraron relevantes, sin embargo faltó el respaldo de un referencial científico que justificase cada medida. El cuidado fue presentado desvinculado del método científico, por tanto asistemático. El diagnóstico de Enfermería estuvo ausente en las declaraciones de todos los informantes, lo que denota necesidad de preparación específica del enfermero en cuanto a su núcleo de competencia y saber peculiar de la profesión, haciendo introducir el proceso de enfermería que se delinea mediante la consulta de Enfermería, entendida como el contacto del enfermero con el paciente, para la identificación de los problemas de salud (características definidoras en relación a los factores de riesgo y niveles de prevención), contribuyendo a la elaboración de un plan de cuidados, compuesto por las prescripciones de Enfermería. La prescripción de Enfermería es entendida como cualquier intervención o cuidado para responder a las necesidades básicas afectadas de los pacientes. La North American Nursing Association (NANDA) dispone de 139 diagnósticos de Enfermería aprobados, incluyendo las áreas materno-infantil y centrados en la familia, con los respectivos planos para la asistencia de enfermería ⁽²³⁾.

Frente a la realidad explorada, se invita a los enfermeros a intentar desarrollar una práctica competente y coherente con sus atribuciones en cada área o nivel de atención y cuidado.

Otros estudios podrán ser desarrollados, en el sentido de mostrar claramente las conductas de Enfermería, que estén basadas en la planificación, ejecución y evaluación del cuidado a los casos de TVP.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Thomaz BJ. Trombose venosa aguda nos membros inferiores. Revista Ars Curandi Cardiologia 1996; (4):38.

2. Gherman RB, Goodwin TM, Leung B, Byrne JD, Hethumumil, Montoro M. Incidence, clinical characteristics, and timing of objectively diagnosed venous thromboembolism during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1999, (94):730-4.
3. Barreto SEA. Trombose mata mais que acidente de trânsito. *Rev Nursing* 2002, (55):5-6.
4. Cavalcante MB, Alencar Júnior CA, Almeida FM. Fatores de risco para tromboembolismo na gestação. *Rev Femina* 2003, (31): 819-21.
5. Andrade JA, Vasconcelos LAO. Patologia cardíaca da gestação: abordagem e conduta na trombose venosa profunda (TVP) durante à gravidez e no pós-parto. In: _____. *Patologias cardíacas da gestação*. São Paulo: Edusp, 2000, p.135-48.
6. Clark SL. *Tratamento intensivo em Obstetrícia*. 3ª ed., São Paulo: Livraria Santos Editora, 2001.
7. Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vasculiar (BR). *Protocolo de prevenção da trombose venosa profunda: recomendações para a prática clínica*. Rio de Janeiro (RJ); 2003.
8. Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1992.
9. Smeltzer SC, Bare BG. *Tratado de enfermagem médico cirúrgica de Brunner e Suddart*. 7 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1993.
10. Dalback B. The protein C. Snticoagulant system: inherited defects as basic for venouys thrombosis. *Thromb. Res.* 1995, (77):143.
11. Maia Filho NL, Lenir M, Iliar J, Pedro ATP, Sousa BFM. Considerações sobre trombose venosa profunda na gestação: relato de dois casos. *Jornal Brasileiro de Ginecologia* 1994, (104):451-454.
12. Baruzzi ACA, Nussvacher A, Lagudis S, Souza JA. Trombose venosa profunda: profilaxia. *Rev Arq Bras Cardiol* 1996, (67): 215-8.
13. McColl MD, Ramsay JE, Tait RC. Risk factors for thromboembolis in pregnancy. *Thromb Haemost* 1998, (79): 1166-70.
14. Greer IA, *Thrombosis in pregnancy: maternal and fetal issues*. *Lancet* 1999, (353):1258-65.
15. Lindhagen A, Bergqvist J, Conkie J. Venous function after deep venous thrombosis in relation to pregnancy: a review. *Br J Obstet Gynarcol* 1986, (79):348-52.
16. Armond SC. Abordagem do tromboembolismo venoso durante a gravidez. *Rev. Femina* 2001, (29): 297.
17. Toglia MR, Weg JG. Venous thromboembolism during pregnancy. *J. Méd.* 1996, (335): 108-14.
18. Black JM, Jacob EM. *Enfermagem médico-cirúrgico: uma abordagem psicofisiológica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.

19. Laros RKJ. Thromboembolic Disease. In: Creasy RK, Resnik, R. Maternal-Fetal Medicine. 4ª ed. Colombia: Saunders company, 1999, p. 821-31.
20. Zampieri MMF. Manejo na Assistência à gestante de alto risco. Rev.Nursing 2002 (48):22.
21. Carvalho FTE. Geriatria: fundamentos, clínica, e terapêutica. São Paulo: Ed. Atheneu, 1994.
22. Born D. Contribuição ao estudo de pacientes portadoras de prótese valvar cardíaca no ciclo gravídico puerperal [dissertação] São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina; 1987.
23. Sparks SM, Taylor CM, Dyer JG. Diagnóstico em Enfermagem. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso editores; 2000.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia