PROTOCOLO PROFILAXIS TROMBOEMBOLISMO VENOSO

Contenido

INTRODUCCIÓN 3

OBJETIVOS 4

General 4

Específicos 4

ALCANCE 5

RESPONSABILIDADES 5

DEFINICIONES 6

DESARROLLO 8

BIBLIOGRAFÍA 20

INTRODUCCIÓN

El tromboembolismo venoso (TEV) es el término colectivo para trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar (TEP), es una complicación grave, las mismas pueden aparecer secundariamente a una intervención quirúrgica o una enfermedad médica durante el ingreso hospitalario, complicando la evolución del paciente.

La enfermedad tromboembólica venosa se produce como consecuencia de la migración de un trombo venoso que produce la oclusión de uno o más vasos de la circulación Pulmonar.

Es una de las principales complicaciones prevenibles en pacientes hospitalizados y es responsable de hasta un 10% de la mortalidad intrahospitalaria.

La alta prevalencia de tromboembolismo venoso en pacientes ingresados, la clínica silente en la mayoría de ellos; y el elevado riesgo de morbi-mortalidad asociados con la no prevención, son causas esenciales que justifican su profilaxis.

La evidencia muestra que la identificación de pacientes con factores de riesgo y aplicar acciones basadas en la evidencia, reducen o evitan sustancialmente la incidencia de tromboembolismo venoso.

En el 95% de los casos el trombo procede del sistema venoso profundo de las extremidades inferiores, de modo, que aproximadamente en el 79% de las TEP hay evidencia de TVP en miembros inferiores y el 50% de pacientes con TVP pueden desarrollar TEP.

El tromboembolismo pulmonar (TEP) por su parte es una enfermedad frecuente que supone, en muchos casos, un reto diagnóstico en los servicios de urgencias y a menudo plantea problemas de decisión terapéutica. La oclusión de una o más arterias pulmonares puede poner en riesgo la vida del paciente, lo que obliga a actuar rápidamente.

Existe una serie de datos epidemiológicos y de factores de riesgo que deben tenerse en cuenta cuando se sospecha de esta enfermedad. A pesar de ello, hasta un 20% de los casos son "idiopáticos", es decir, sin ninguna asociación conocida.

Contribuyen de manera significativa las enfermedades asociadas como exacerbaciones de enfermedad pulmonar obstructiva, insuficiencia cardiaca y sepsis, edad avanzada,

antecedentes previos de trombosis venosa, cáncer, ictus, infarto de miocardio e inmovilización prolongada cirugía o trauma reciente, neoplasias y enfermedades del sistema nervioso central son algunas de las principales situaciones que favorecen la aparición de la TEP.

Es importante realizar una adecuada profilaxis para minimizar el riesgo de TEP, la profilaxis óptima del paciente hospitalizado ha de basarse en la estratificación del riesgo individual, para lo que se han propuesto diversos métodos de clasificación que tienen en cuenta tanto las características individuales del paciente (predisposición), como la enfermedad médica o intervención quirúrgica (exposición).

En los últimos años se han realizado múltiples estudios en los que, mediante la combinación de las escalas de probabilidad clínica, que contienen los datos clínicos más relevantes, con la realización de determinadas exploraciones a criterio de los investigadores, sean ido diseñando una serie de estrategias diagnósticas más simples y de mayor precisión que las que teníamos hace unos años.

Los estudios tienen el mismo punto de partida para el diagnóstico: Unos utilizan una escala de puntuación previamente establecida, como las de Wells, Ginebra, otros, una valoración subjetiva basada en la propia experiencia clínica.

OBJETIVOS

General

Disminuir la incidencia de tromboembolismo venoso identificando los factores de riesgo médico, quirúrgico y obstétrico para lo que se requiere aplicar medidas de profilaxis en pacientes con riesgo.

Específicos

- Evaluar y categorizar a los pacientes según riesgo de enfermedad trombo embolica.
- Aplicar medidas profilácticas efectivas para la prevención de enfermedad trombo embolica en pacientes de riesgo.
- Incorporar e integrar en las prácticas clínicas, medidas esenciales de seguridad en el procedimiento operatorio.
- Prevenir eventos adversos asociados a la hospitalización y/o procedimientos quirúrgicos.

- Evitar las secuelas a largo plazo del trombo embolismo venoso como el síndrome pos trombótico
- Reducir la mortalidad relacionada con la trombosis venosa.

ALCANCE

El presente Protocolo es de alcance a médicos tratantes, residentes, internos de medicina y personal de enfermería que prestan sus servicios en el HPC, será aplicado a todos los pacientes adultos hospitalizados.

RESPONSABILIDADES

Médicos tratantes, asistenciales, residentes: establecer los criterios para clasificar e identificar los factores de riesgo médico y quirúrgicos asociados a trombosis venosa profunda y embolia pulmonar de pacientes atendidos estableciendo la profilaxis correspondiente.

Enfermeras: identificar las medidas de seguridad, vigilancia y cuidado del paciente con factores de riesgo y la administración del tratamiento profiláctico.

Farmacéuticos: Intervenir en el proceso de validación de las prescripciones médicas y de promover el uso seguro de los medicamentos.

Líder de Enfermería y Líder Medico: Son responsables de supervisar el cumplimiento del presente protocolo.

GESTION de Calidad: Es responsable de coordinar, supervisar y dar seguimiento en la ejecución del procedimiento.

DEFINICIONES

Enfermedad tromboembólica venosa: Espectro clínico de enfermedades tromboembólicas que incluye la trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, hipertensión pulmonar embolica crónica y el síndrome postrombótico.

Trombosis venosa profunda: Afección producida por la formación de un coágulo en una vena profunda de las extremidades o la pelvis y con potencial formación de embolismo y como consecuencia de esto último, la tromboembolia pulmonar.

Tromboembolia pulmonar: Supone la generación de un trombo en el interior de una vena y su ulterior embolización en el territorio arterial pulmonar obstruyéndolo total o parcialmente.

Intervención quirúrgica (cirugía): Actividad terapéutica efectuada preferentemente en quirófano y por personal calificado, que implica la incisión de la piel o de otros planos, con el fin de extirpar, drenar, liberar o efectuar un aseo quirúrgico ante un cuadro patológico.

Medidas profilácticas: Deberán estar dirigidas a impedir la formación del trombo. En general distinguimos dos tipos de profilaxis, la primaria y la secundaria. La primaria se refiere al manejo de todos los pacientes en riesgo mediante métodos físicos y / o farmacológicos. La profilaxis secundaria se refiere a pacientes que se diagnostica una tromboembolia venosa subclínica, mediante examen es especializado, y se realiza el tratamiento en forma completa.

MEDIOS FÍSICOS:

Movilización Precoz: Se refiere a la movilización activa o pasiva de al menos las extremidades inferiores, y elevación de éstas para favorecer el retorno venoso.

Deambulación Precoz: Caminar en las primeras 12 –24 horas posterior a un procedimiento diagnostico o terapéutico u hospitalización. Es el fin que debemos pregonar en todos nuestros pacientes, especialmente en aquellos de bajo riesgo donde la terapia farmacológica no posee indicación.

Posición Trendelemburg: Elevación de miembros inferiores en 15 grados para disminuir 15 a 20% la incidencia de TVP

Métodos Mecánicos: Es el empleo de medias elásticas de compresión graduada y/o botas de compresión neumática intermitente.

Compresión elástica graduada: Se realiza con medias que presentan distintos niveles de presión a distal a proximal (mayor a menor presión respectivamente), las cuales por un mecanismo de compresión externa reducen el área transversal de la extremidad inferior y aumenta la velocidad de flujo sanguíneo tanto de las venas superficiales como profundas. No presenta complicaciones y reduce la ETE en pacientes hospitalizados en un 50%. Hay distintas longitudes (pierna, muslo, cadera). Su uso debe ser durante todo el día, con un máximo de 30 minutos sin medias.

Compresión neumática intermitente: Dispositivo que ejerce compresiones graduales por intervalo determinado de tiempo en forma ascendente evitando la estasis venosa y aumentando la actividad fibrinolítica endógena. Es muy eficaz en pacientes de riesgo moderado, pero no modifica el TEP letal. La única contraindicación absoluta es la isquemia, y es una excelente alternativa en los pacientes con alto riesgo de hemorragia.

MÉTODOS FARMACOLÓGICOS:

Profilaxis farmacológicas: Es la prescripción de fármacos que evitan o disminuyen el riesgo de ocurrencia de un evento trombótico en pacientes con riesgo.

Profilaxis NO Farmacológica: Medidas de prevención que no incluyen la administración de fármacos

Heparina de bajo peso molecular O heparina fraccionada: Designación general al grupo farmacológico de heparinas fraccionadas derivadas de la heparina sódica o no fraccionada, medicamento anticoagulante de uso parenteral.

Heparina no fraccionada o heparina sódica: Medicamento anticoagulante de uso parenteral.

Escala de valoración: Consisten en una serie de categorías ante cada una de las cuales el observador debe emitir un juicio, indicando el grado en el cual se haya presente una característica en la actuación del alumno o la frecuencia con que ocurre determinada conducta. La escala exige una evaluación cualitativa de determinados aspectos de una actividad o producto, vistos en forma parcial o en conjunto.

La valoración puede ser:

1. Numérica (por ej. de 1 a 5).

2. Estimativa (mucho, poco, nada; siempre -normalmente -a veces -nunca; etc.).

3. Descriptiva (se hace una descripción de la característica poseída o se selecciona aquella descripción que mejor refleja la situación).

SIGLAS

HBPM: Heparina de bajo peso molecular

TVP: Trombosis Venosa Profunda

TEV: Trombo Embolismo Venoso

TEP: Trombo Embolia Pulmonar o tromboembolismo pulmonar

ETE: Enfermedad tromboembólica

DESARROLLO

ESTRATIFICACION DE RIESGO

Según los factores de riesgo conocidos para cada paciente, consensos nacionales e internacionales han estratificado a los pacientes en distintos grupos según el riesgo de desarrollar TVP O TEP.

RIESGO BAJO:

- ✓ Pacientes menores de 40 años sin factores de riesgo sometidos a cirugía menor.

RIESGO MODERADO:

- ✓ Cirugía menor más factores de riesgo.
- ✓ Cirugía menor en pacientes de 40 a 60 años
- ✓ Cirugía mayor en pacientes menores de 40 años sin factores de riesgo.

RIESGO ALTO:

- ✓ Cirugía menor en mayores de 60 años
- ✓ Cirugía mayor en menores de 40 con factores de riesgo.

RIESGO MUY ALTO:

- ✓ Cirugía mayor en paciente sobre 40 años.
- ✓ Cirugía mayor y múltiples factores de riesgo
- ✓ Cirugía traumatológica y ortopédica
- ✓ Pacientes con neoplasia activa

MEDIDAS PROFILÁCTICAS

Deberán estar dirigidas a impedir la formación del trombo. En general se distinguen dos tipos de profilaxis, la primaria y la secundaria.

- **La profilaxis primaria** se refiere al manejo de todos los pacientes en riesgo mediante métodos físicos y / o farmacológicos.
- **La profilaxis secundaria** se refiere a pacientes que se diagnostica una tromboembolia venosa subclínica, mediante exámenes especializados, y se realiza el tratamiento en forma completa.

Medidas profilácticas primarias, en pacientes con factores de riesgo:

- Profilaxis de medicamentos dentro de las 48 horas.
- Mitigar el dolor relacionado con el edema tisular y obstrucción del flujo sanguíneo.
- Mantener elevada la zona afectada (posición Trendelemburg)
- Educar al paciente sobre la importancia de la administración de los medicamentos prescritos.
- Uso de medias anti-embolicas o vendas elásticas.
- Vigilar signos de hemorragia.
- Mantener en reposo al paciente con las medidas adecuadas según su patología.

Las medidas profilácticas secundarias son:

- Administración de medicamentos prescritos por el médico.
- Vigilar signos de alarma de sangrado.
- Movilización del paciente tan pronto sea posible luego de la cirugía.
- Uso de botas de compresión secuencial en quirófano y sala de recuperación post quirúrgica.
- Uso de medias anti embolicas o vendas elásticas.
- Deambulación precoz si cursa por el período post operatorio.
- Control de exámenes de laboratorio.
- Al egreso de los pacientes, se planificará su seguimiento en consulta externa.

Evaluación del riesgo y medidas preventivas

- Identificar los pacientes con factores de riesgo relacionados con trombosis venosa profunda, tromboembolismo venoso y embolia pulmonar.
- Proporcionar los cuidados de profilaxis acorde a la mejor evidencia disponible.

- El profesional médico responsable del cuidado del paciente, verificará si está documentada la evaluación de riesgo según el protocolo definido por el establecimiento en la historia clínica previa a la intervención quirúrgica.
- Todo paciente sometido a cirugía con factores de riesgo de acuerdo a la evaluación previa, el profesional médico responsable del cuidado del paciente confirmará que están indicadas las medidas preventivas de acuerdo al protocolo local.
- El profesional médico responsable del cuidado del paciente verificará que se están realizando las medidas preventivas indicadas y si existe constancia de ello en las historias clínicas del paciente.
- Identificar a los pacientes con cirugías ortopédicas mayores y asegurarse de proporcionar la adecuada profilaxis post-egreso.

PACIENTES HOSPITALIZADOS NO QUIRURGICOS

En el grupo de pacientes hospitalizados con movilidad reducida esperable mayor a 3 días, sin riesgo incrementado de sangrado, se indicará profilaxis antitrombótica farmacológica si se asocia a por lo menos uno de los siguientes factores de riesgo de ETV.

- Neoplasia activa
- Edad de 40 años o mayor
- Antecedente de ETV
- Infección aguda
- Enfermedad neurológica con déficit motor agudo
- Insuficiencia cardiaca
- Enfermedad respiratoria (EPOC, fibrosis pulmonar, trasplante pulmonar, etc.)
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Enfermedad reumática aguda

En los pacientes sin movilidad restringida se evaluará el riesgo con la escala de Padua para decidir la indicación de profilaxis farmacológica. Los pacientes con menos de 4 puntos en dicha escala tienen bajo riesgo de ETV y no requieren trombo profilaxis. Los pacientes con 4 puntos o más tienen alto riesgo y tienen indicación de recibir trombo profilaxis.

ESCALA DE PADUA	
FACTOR DE RIESGO	**Puntuación**
Cáncer activo	3
TEV previo (excluyendo trombosis superficial)	3
Movilidad reducida (más de 3 días)	3
Conocimiento de una condición trombofílica	3
Trauma o cirugía reciente (menos de 1 mes)	2
Ancianos (>70 años)	1
Falla cardiaca o falla respiratoria	1
Infarto agudo de miocardio o accidente cerebrovascular	1
Infección aguda y/o desorden reumatológico	1
Obesidad (IMC >30)	1
Tratamiento hormonal en curso	1

< 4 puntos: bajo riesgo
≥ 4 puntos: alto riesgo

En el año 2010 se desarrolló la escala de Padua con el fin de identificar el riesgo de tromboembolismo venoso en pacientes hospitalizados; un puntaje ≥ 4 indica alto riesgo de VTE y recomienda el inicio profilaxis en menos de 48 horas desde el ingreso y durante el 80% de la estancia hospitalaria.

ESQUEMA DE PROFILAXIS FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CLINICAS

Enoxaparina 40 mg cada 24 horas vía de administración subcutánea.

Heparina no fraccionada: 5.000 UI cada 12 horas vía de administración subcutánea.

En los pacientes obesos con un índice de masa corporal (IMC) de 35 o mayor se ajustará la dosis por el peso, a 0.5 mg/kg/día.

En los pacientes que presentan contraindicaciones para la profilaxis farmacológica se indicará profilaxis mecánica.

Siempre se deben considerar los factores de riesgo de sangrado en los pacientes hospitalizados de acuerdo a la siguiente tabla:

EVALUACION DEL RIESGO DE SANGRADO Y CONTRAINDICACIONES PARA PROFILAXIS FARMACOLOGICA

FACTOR DE RIESGO	CONDUCTA
Hemorragia activa (CI)	Profilaxis mecánica CNI o MCG
Trombocitopenia grave < 50 000 mm3 (CI) Coagulopatía grave (CI)	Evaluar profilaxis mecánica
Hemorragia intracraneal reciente < 30 días (CI)	Evaluar profilaxis mecánica
Insuficiencia renal crónica Cl Creat< 30 ml/min	Reducción dosis HBPM o utilizar HNF o medidas mecánicas
Peso < 45 Kg	Reducción de dosis de heparina
Insuficiencia hepática (RIN > 1.5)	Evaluar profilaxis mecánica CNI o MCG
Hipertensión arterial no controlada (TA diastólica > 120 mmHg o sistólica > 200 mmHg)	Profilaxis mecánica hasta controlar la presión arterial y luego indicar profilaxis farmacológica
Hemorragia en los 3 meses previos al ingreso	Evaluar profilaxis mecánica CNI o MCG (valorar riesgo beneficio de utilizar anticoagulantes)
	Para insertar o remover catéteres se debe suspender la HBPM 12 horas previas si el paciente recibe dosis de profilaxis
Anestesia/analgesia peridural	Se puede reiniciar HBPM en dosis profilácticas 2horas después de la extracción del catéter si la punción no fue traumática.
	Evitar anestesia peridural en pacientes con fondaparinux.
	Evitar el uso concomitante de antiinflamatorios no esteroides

CI: Contraindicación absoluta para profilaxis farmacológica

PACIENTES CRITICOS

En los pacientes críticos internados en la UCI, independientemente del motivo de su internación se aplicará el uso de tromboprofilaxis farmacológica con HBPM o HNF

Enoxaparina 40 mg cada 24 horas vía de administración subcutánea.

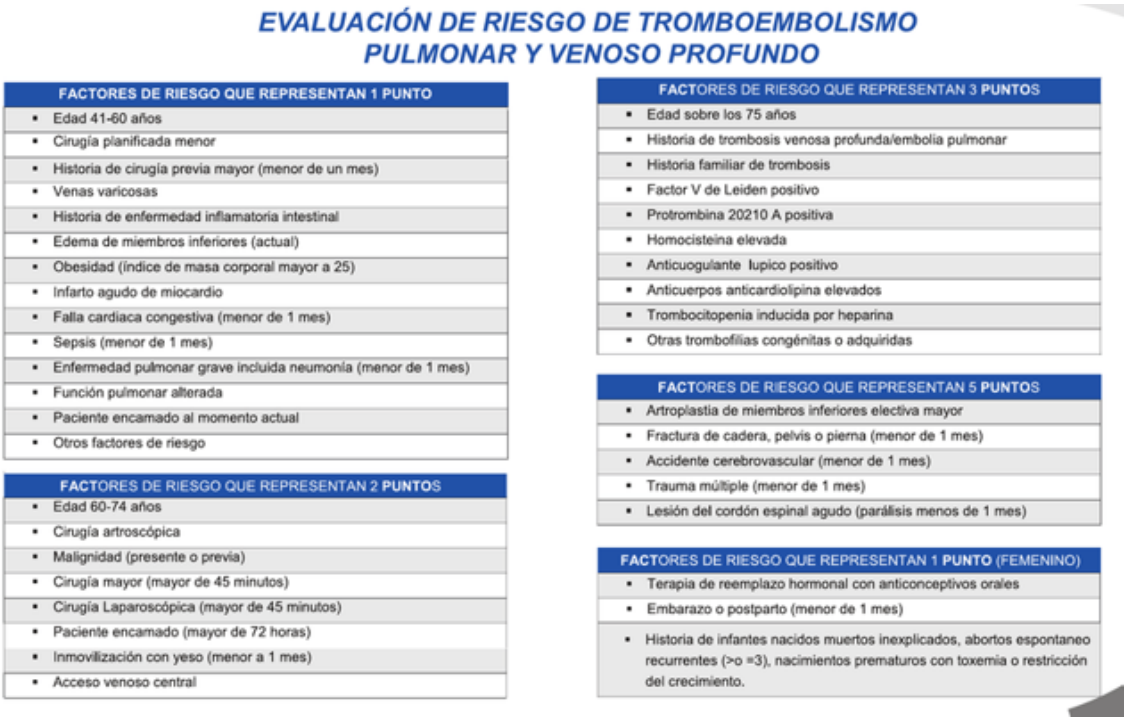
Heparina no fraccionada: 5.000 UI cada 12 horas vía de administración subcutánea

En caso de sangrado activo o riesgo incrementado de sangrar, se realizará profilaxis mecánica con CNI o MCG hasta que se reduzca el riesgo de sangrado.

PACIENTES QUIRURGICOS

Escala de Riesgo CAPRINI

Sirve para valorar la probabilidad de TEV en población quirúrgica ubicando a los pacientes en niveles de riesgo y aconseja la utilización de métodos de tromboprofilaxis acorde al mismo



EVALUACIÓN DE RIESGO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR Y VENOSO PROFUNDO

FACTORES DE RIESGO QUE REPRESENTAN 1 PUNTO
Edad 41-60 años
Cirugía planificada menor
Historia de cirugía previa mayor (menor de un mes)
Venas varicosas
Historia de enfermedad inflamatoria intestinal
Edema de miembros inferiores (actual)
Obesidad (índice de masa corporal mayor a 25)
Infarto agudo de miocardio
Falla cardiaca congestiva (menor de 1 mes)
Sepsis (menor de 1 mes)
Enfermedad pulmonar grave incluida neumonía (menor de 1 mes)
Función pulmonar alterada
Paciente encamado al momento actual
Otros factores de riesgo

FACTORES DE RIESGO QUE REPRESENTAN 2 PUNTOS
Edad 60-74 años
Cirugía artroscópica
Malignidad (presente o previa)
Cirugía mayor (mayor de 45 minutos)
Cirugía Laparoscópica (mayor de 45 minutos)
Paciente encamado (mayor de 72 horas)
Inmovilización con yeso (menor a 1 mes)
Acceso venoso central

FACTORES DE RIESGO QUE REPRESENTAN 3 PUNTOS
Edad sobre los 75 años
Historia de trombosis venosa profunda/embolia pulmonar
Historia familiar de trombosis
Factor V de Leiden positivo
Protrombina 20210 A positiva
Homocisteina elevada
Anticuogulante lupico positivo
Anticuerpos anticardiolipina elevados
Trombocitopenia inducida por heparina
Otras trombofilias congénitas o adquiridas

FACTORES DE RIESGO QUE REPRESENTAN 5 PUNTOS
Artroplastia de miembros inferiores electiva mayor
Fractura de cadera, pelvis o pierna (menor de 1 mes)
Accidente cerebrovascular (menor de 1 mes)
Trauma múltiple (menor de 1 mes)
Lesión del cordón espinal agudo (parálisis menos de 1 mes)

FACTORES DE RIESGO QUE REPRESENTAN 1 PUNTO (FEMENINO)
Terapia de reemplazo hormonal con anticonceptivos orales
Embarazo o postparto (menor de 1 mes)
Historia de infantes nacidos muertos inexplicados, abortos espontaneo recurrentes (>o =3), nacimientos prematuros con toxemia o restricción del crecimiento.

FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

- Cirugía Trauma mayor o de extremidad inferior
- Inmovilidad > 3 días, paresia de extremidad inferior
- Cáncer y tratamiento de este
- Compresión venosa
- Enfermedad tromboembólica previa
- Edad > 40 años
- Embarazo y período postparto
- Terapia estrogénica y de reemplazo hormonal
- Moduladores selectivos de los relectores de estrógenos
- Agentes estimuladores de la eritropoyesis.
- Enfermedades médicas agudas
- Síndrome Nefrótico
- Trastornos mielo proliferativos

- Obesidad
- Cateterización venosa central
- Trombofilias hereditarias o adquiridas

PROFILAXIS EN CIRUGÍA GENERAL

BAJO RIESGO:

- ✓ Ambulación precoz. b)

RIESGO MODERADO: Deben ser protegidos con profilaxis farmacológica o no farmacológica.

- No farmacológica:

✓ CRG (compresión elástica graduada)
✓ CNI (compresión neumática intermitente)

- Farmacológica:

✓ HBPM -Enoxaparina sódica -40 mg c /24 h subcutánea o
✓ Heparina no fraccionada-5.000 U c/12 h subcutánea

RIESGO ALTO:

- Farmacológica:

✓ HBPM -Enoxaparina sódica -40 mg c /24 h subcutánea o
✓ Heparina no fraccionada-5.000 U c/12 h subcutánea

RIESGO MUY ALTO:

✓ HBPM -Enoxaparina sódica -40 mg c /24 h subcutánea o
✓ Heparina no fraccionada-5.000 U c/12 h subcutánea
✓ Combinar tratamiento farmacológico con CNI.

PROFILAXIS EN TRAUMATOLOGÍA

La traumatología tiene características que la distinguen de la cirugía general en relación a la incidencia de TVP y TEP. Mientras en cirugía general la primera alcanza alrededor de un 19%, esta cifra se duplica en los pacientes sometidos a cirugía traumatológica. Si bien es cierto que los factores de riesgo generales y las trombofilias, primarias o

secundarias, son válidas para ambas especialidades, existen factores de riesgo específicos en traumatología y ortopedia que la afectan gravemente.

FACTORES DE RIESGO TRAUMATOLÓGICOS

- Inmovilidad (tiempo de reposo)
- Tipo de cirugía ortopédica
- Trauma mayor
- Técnica quirúrgica
- Técnica anestésica

RECOMENDACIONES DE PROFILAXIS

TRAUMA

Se recomienda profilaxis desde el ingreso.

- Profilaxis no farmacológica
  - ✓ CEG (Medias o vendas elásticas) hasta el muslo.
- Profilaxis farmacológica
  - ✓ HBPM -Enoxaparina sódica -40 mg c /24 h subcutánea
  - ✓ Heparina no fraccionada-5.000 U c/12 h subcutánea

Este esquema debe mantenerse durante la hospitalización o hasta que el paciente haya retornado a su nivel de riesgo basal.

Si existe contraindicación médica para la profilaxis farmacológica (sangrados, contusiones, cirugía oftalmológica, neuroquirúrgica de cráneo, etc.) debe recomendarse la colocación de un filtro de Greenfield por bajo las venas renales. (Referir al paciente a hospital de tercer nivel).

CIRUGÍA DE CADERA Y PELVIS

ALTO RIESGO

- Profilaxis no farmacológica
  - ✓ CEG incluyendo el muslo. CNI (compresión neumática intermitente). Uso combinado con la farmacológica.

- Profilaxis farmacológica
  Debe administrarse desde el ingreso en traumatismos.
  En cirugía electiva, desde las 12 horas preoperatorias.
  - ✓ HBPM-enoxaparina sódica 40 mg c/24 h subcutánea
  - ✓ Heparina no fraccionada -5.000 U c/12 h subcutánea

Se recomienda fuertemente que en artroplastias primarias o revisiones se mantenga la profilaxis por 30días.

FRACTURA DE HUESO PATOLÓGICO

ALTO RIESGO

- Profilaxis no farmacológica
  - ✓ CEG incluyendo el muslo
- Profilaxis farmacológica: Administrar desde el ingreso:
  - ✓ HBPM-enoxaparina sódica 40 mg c/24 h subcutánea
  - ✓ Heparina no fraccionada -5.000 U c/12 h subcutánea

Este esquema debe mantenerse durante la hospitalización o hasta que se haya retornado al nivel de riesgo basal.

PROFILAXIS EN MUJERES EMBARAZADAS

La enfermedad trombo embolica durante el embarazo es una complicación potencialmente grave, las mujeres embarazadas tienen 2 a 5 veces mayor frecuencia de TVP y TEP que las mujeres no embarazadas en edad fértil. El incremento del riesgo trombótico está relacionado a alteraciones fisiológicas de la coagulación, disminución del retorno venoso desde los miembros inferiores y daño vascular. El riesgo se inicia temprano en el embarazo, aumenta las semanas previas al parto y se mantiene elevado hasta la sexta semana del puerperio.

La TVP ocurre con la misma frecuencia en los tres trimestres del embarazo y postparto. En cambio, el TEP es más frecuente en el postparto.

La identificación de la población que debe recibir profilaxis se basa en detectar los factores de alto riesgo trombótico. Éstos pueden ser preexistentes o desarrollarse durante la gestación. Los estudios observacionales brindan información acerca del riesgo asociado a ciertos factores que se detallan en la siguiente tabla

Factores de riesgo mayores (Con 1 el riesgo de ETV es >3%)	Factores de riesgo menores (Con 2 o 1 asociado a cesárea de urgencia el de ETV es >3%)
Reposo estricto (más de 1 semana antes del parto) Hemorragia post parto>1000ml con requerimiento de cirugía Preeclampsia con retraso del crecimiento intrauterino Trombofilia (Factor V Leiden, o mutación protrombina 20210) Lupus eritematoso sistémico Enfermedad cardíaca o drepanocitosis Requerimiento de transfusión de glóbulos rojos Infección postparto	Índice de masa corporal > 30kg/m2 Embarazo múltiple Hemorragia post parto >1000 ml Tabaquismo >10 cigarrillos por día Retraso del crecimiento intrauterino Trombofilia (déficit de proteína S y C) Preeclampsia

La indicación de profilaxis está basada en el tipo de parto y en la presencia de los factores de riesgo anteriormente descritos.

RIESGO BAJO

En las pacientes que tienen parto normal o cesárea sin factores de riesgo agregados, se sugiere la deambulación precoz.

RIESGO ALTO

Se indicará profilaxis farmacológica solo en el postoperatorio de la cesárea en mujeres con un riesgo incrementado (3% o más)

RIESGO MUY ALTO

En las pacientes con cesárea y múltiples factores de riesgo sugieren asociar profilaxis mecánica a la farmacológica

Embarazo / Riesgo	Tipo de Profilaxis
Parto normal o cesárea sin factores de riesgo	Deambulación precoz
Cesárea asociada a 1 factor de riesgo o 2 menores	HBPM o profilaxis mecánica si existe una contraindicación
Cesárea de muy alto riesgo	HBPM asociada a profilaxis mecánica

EVALUACION Y CATEGORIZACION DEL RIESGO DE ETE

Se deberá realizar la evaluación y categorización a todo paciente adulto que ingrese al hospital.

La enfermera responsable del paciente colocará en la unidad del paciente, en la tarjeta de identificación marcando el color que corresponde de acuerdo al riesgo con la siguiente clasificación:

RIESGO BAJO	VERDE
RIESGO MODERADO	AMARILLO
RIESGO ALTO	ANARANJADO
RIESGO MUY ALTO	ROJO

Acciones del establecimiento y equipo de salud

- Elaborar e implementar un protocolo de trombo profilaxis en los pacientes con factores de riesgo ingresados en el establecimiento de salud.
- El equipo de salud designado autoevaluará y/o evaluará el cumplimiento del protocolo definido en el establecimiento y establecerá las acciones de mejora.
- Reportar en el formulario de "Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente" siendo responsabilidad de todos los miembros del equipo de salud su notificación.
- El formulario de notificación será remitido a la Unidad de Calidad o instancia que el establecimiento defina según su organización.
- Realizar las acciones de mejora que correspondan en relación con el cumplimiento del protocolo definido por el establecimiento.

Acciones del equipo de salud con el paciente, familia y/o cuidadores

- El profesional de enfermería responsable del cuidado del paciente, educará a la familia o cuidadores del paciente sobre las medidas profilácticas a ejecutarse durante la estancia hospitalaria, al egreso y de requerirse en el domicilio acorde al protocolo definido por el establecimiento de salud.
- Los equipos de atención integral en salud del primer nivel de atención, serán los responsables de verificar el cumplimiento de las medidas profilácticas definidas al egreso hospitalario y ejecutar las acciones de salud según el plan de atención domiciliaria.

- El paciente, la familia y/o cuidadores serán corresponsables de la ejecución de las medidas profilácticas establecidas para su condición patológica y de su comunicación a los equipos de salud ante cualquier signo de alarma.
- Los equipos de salud registrarán los signos de alarma informados por los familiares y/o cuidadores y realizarán las acciones correspondientes de manera oportuna según el protocolo establecido para la prevención de tromboembolismo venoso profundo

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Salud Pública, Manual de seguridad del paciente, 2016.
- Sánchez A. Profilaxis de la Enfermedad Tromboembólica Venosa. Instituto de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. 2000.
- Accreditation Canadá International. Prácticas Organizacionales requeridas. Profilaxis de tromboembolismo venoso. 2014. P. 32
- Barbar S, Noventa F, Rossetto V, Ferrari A, Brandolin B, Perlati M, et al. A risk assessment model for the identification of hospitalized medical patients at risk for venous thromboembolism: the Padua Prediction Score. J Thromb Haemost. 2010; 8(11):2450-7.
- Thromboembolic Risk factors Consensus Group. Risk of and prophylaxis for venous thromboembolism in hospital patients. Br MedJ 1992; 305: 567-74.
- Ministerio de Salud Pública. Seguridad del Paciente – Usuario. Manual. Primera edición; 2016. Dirección Nacional de Normatización, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud- MSP. Quito 2016.
- Profilaxis de Tromboembolismo Venoso, Hospital General Napoleón Dávila Córdova.
- Escala de CAPRINI como predictor de Tromboembolismo en pacientes post Cirugía Abdominal 2016.