

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	GUIA DE MANEJO: ANTICOAGULACION PROFILACTICA EN UCI	CÓDIGO: CC-CCRI-GM-01
 	DEPENDENCIA: UNIDAD CLINICO QUIRURGICA	FECHA DE EMISIÓN: 22-08-2012
	PROCESO: CUIDADO CRITICO	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PÁGINA: 1 DE 8

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

1. OBJETIVO

Establecer guías de manejo para tromboprofilaxis para pacientes en unidad de cuidados intensivos, de acuerdo a las recomendaciones establecidas en los consensos de publicación internacional con el objetivo de mejorar la calidad y la seguridad de la atención en esta población.

2. METODOLOGIA

Se realizó una revisión de tema de la literatura con suficiente nivel de evidencia, para adoptar los lineamientos dispuestos en ella para el manejo de los pacientes críticos, con necesidad de tromboprofilaxis.

Se realizará una socialización posterior de la guía en las diferentes Unidades de Cuidado Intensivo Adulto.

3. ALCANCE

Esta guía es aplicable a pacientes adultos hospitalizados en Unidades de Cuidado Intensivo Adultos del Hospital Militar Central.

4. POBLACION OBJETO

Pacientes adultos hospitalizados en Unidades de Cuidado Intensivo Adultos del Hospital Militar Central. El fundamento para la prevención de la ETV es hacer una evaluación y estratificación de riesgo de manera adecuada, ya que esto permitirá identificar los pacientes con mayor vulnerabilidad de presentar un ETV.

5. RECOMENDACIONES

Es esencial evaluar el riesgo tromboembólico en cada paciente antes de decidir o no el uso de las medidas preventivas, y a su vez cuáles con las más apropiadas para su utilización. Los factores de riesgo para la ETV son sumatorios, por lo que la presencia de múltiples factores de riesgo indica la necesidad de estrategias más eficaces de tromboprofilaxis. La indicación de tromboprofilaxis es una decisión clínica basada en el número y tipo de factores de riesgo de trombosis y la evaluación del riesgo de sangrado. La evaluación del riesgo de trombosis debe seguir los siguientes pasos:

1. Evaluar el riesgo basal de trombosis en los pacientes, considerando los factores de riesgos inherentes y adquiridos (cuadro II).

Cuadro II. Factores de riesgo tromboembólico en pacientes hospitalizados en la UCI

Factores de riesgo individual.

GUIA DE MANEJO	ANTICOAGULACION PROFILACTICA EN UCI	CODIGO	CC-CCRI-GM-01	VERSION	02
		Página:	2 de 8		

5. RECOMENDACIONES

- Edad (la incidencia anual de ETV incrementa con cada década a partir de los 40 años de edad)
 - Embarazo y puerperio
 - Malignidad oculta o activa
 - ETV previa
 - Venas varicosas
 - Obesidad marcada
 - Inmovilidad severa prolongada (reposo en cama prolongado, inmovilización con yeso u ortesis, limitación del movimiento resultado de viajes prolongados y subsecuentemente estasis venosa)
 - Uso de terapia de reemplazo hormonal con estrógenos o anticonceptivos orales
 - Trombofilia hereditaria o adquirida (condiciones que conllevan un alto riesgo TEV incluyendo la deficiencia hereditaria de antitrombina, proteína C o proteína S, homocigoto o doble heterocigoto para factor V de Leiden o mutación del gen de la protrombina G20120A y síndrome antifosfolípidos).
- Factores de riesgo relacionados con una enfermedad médica
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica agudizada
 - Insuficiencia cardíaca
 - Infarto del miocardio
 - EVC con inmovilidad
 - Algunas formas de quimioterapia para cáncer
 - Enfermedad inflamatoria intestinal aguda

Factores de riesgo relacionados con una lesión o intervención quirúrgica

- Todos los procedimientos quirúrgicos especialmente a nivel abdominal, pélvico, torácico u ortopédico. El riesgo está determinado por el tipo de cirugía (la cirugía articular es de muy alto riesgo, al igual que la cirugía curativa para el cáncer), el tipo de anestesia, la duración de la inmovilización (incluyendo la duración de la cirugía) y complicaciones quirúrgicas.
- Lesión de la pierna que requiere cirugía o inmovilización prolongada.

2. Evaluar el riesgo adicional de ETV, considerando el motivo de hospitalización (procedimiento quirúrgico, trauma o enfermedad médica específica).

3. Evaluar el riesgo de sangrado o contraindicaciones para la profilaxis farmacológica o mecánica, considerando los factores de riesgo del cuadro III.

Cuadro III. Factores de riesgo de sangrado en pacientes hospitalizados en la UCI

- Sangrado mayor activo (definición: requerimiento de al menos dos unidades de sangre o productos sanguíneos)
- Sangrado crónico, hemorragia clínicamente significativa y cuantificable en 48 h
- Trastornos de la coagulación (ej. hemofilia)
- Sangrado reciente de sistema nervioso central (SNC)

GUIA DE MANEJO	ANTICOAGULACION PROFILACTICA EN UCI	CODIGO	CC-CCRI-GM-01	VERSION	02
		Página:	3 de 8		

5. RECOMENDACIONES

- Lesión intracraneana o espinal
- Anormalidades de la coagulación, incluyendo coagulopatía de base o anormalidades de los factores de la coagulación
- Trombocitopenia (la profilaxis terapéutica no está recomendada en pacientes con cuenta plaquetaria < 50 000/UI, pero en general se considera segura en pacientes de riesgo con menor grados de trombocitopenia)
- Disfunción plaquetaria grave
- Úlcera péptica activa o enfermedad gastrointestinal ulcerativa activa
- Ictericia obstructiva o colestasis
- Cirugía mayor reciente con alto riesgo de sangrado
- Uso concomitante de medicamentos que pueden afectar el proceso de la coagulación (ej. anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios, antiinflamatorios no esteroideos selectivos y no selectivos o agentes trombolíticos)
- Anestesia regional o punción lumbar reciente por cualquier motivo.
- Alto riesgo de caídas

4. Formular una evaluación global del riesgo (considerar el riesgo-beneficio de tromboprofilaxis).

1 punto por cada factor presente

- ☐ Edad 41 a 60 años
- ☐ Cirugía menor programada
- ☐ Historia de cirugía mayor previa (< 1 mes)
- ☐ Venas varicosas
- ☐ Historia de enfermedad inflamatoria intestinal
- ☐ Edema de piernas (reciente)
- ☐ Obesidad (IMC > 25)
- ☐ Infarto agudo del miocardio
- ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva (< 1 mes)
- ☐ Sepsis (< 1 mes)
- ☐ Enfermedad pulmonar grave, incluyendo neumonía (< 1 mes)
- ☐ Prueba de función pulmonar anormal (EPOC)
- ☐ Paciente con reposo en cama
- ☐ Ortesis o yeso en la pierna
- ☐ Otro factor de riesgo_____

2 puntos por cada factor presente

- ☐ Edad 60 a 74 años
- ☐ Cirugía artroscópica

GUIA DE MANEJO	ANTICOAGULACION PROFILACTICA EN UCI	CODIGO	CC-CCRI-GM-01	VERSION	02
		Página:	4 de 8		

5. RECOMENDACIONES

☐ Malignidad (presente o previa)
☐ Cirugía mayor (> 45 minutos)
☐ Cirugía laparoscópica (> 45 minutos)
☐ Paciente confinado a cama (> 72 horas)
☐ Férula de yeso inmovilizante (< 1 mes)
☐ Acceso venoso central
 Mujeres (1 punto por cada factor presente)
☐ Anticonceptivos orales o terapia de reemplazo hormonal
☐ Embarazo o parto (< 1 mes)
☐ Historia de muerte fetal inexplicable, aborto espontáneo recurrente
 (> o = 3), nacimiento prematuro con toxemia o restricción del crecimiento fetal

3 puntos por cada factor presente

☐ Edad > 75 años
☐ Historia de TVP/EP

Historia familiar de trombosis:

☐ Factor V de Leiden positivo
☐ Protrombina 20210A positivo
☐ Homocisteína sérica elevada
☐ Anticoagulante lúpico positivo
☐ Anticuerpos anticardiolipina elevados
☐ Trombocitopenia inducida por heparina
☐ Otra trombofilia presente _____

5 puntos por cada factor presente

☐ Artroplastia mayor electiva de extremidades inferiores
☐ Fractura de cadera, pelvis o pierna (< 1 mes)
☐ EVC (<1 mes)
☐ Trauma múltiple (< 1 mes)
☐ Lesión aguda de médula espinal/Parálisis (< 1 mes)

Puntos totales: _____

Riesgo: _____

GUIA DE MANEJO	ANTICOAGULACION PROFILACTICA EN UCI	CODIGO	CC-CCRI-GM-01	VERSION	02
		Página:	5 de 8		

5. RECOMENDACIONES

Puntos	Nivel de riesgo	Incidencia de TVP	Recomendaciones
0-1	Bajo	< 10%	Deambulación temprana
2	Moderado	10 a 20%	HBPM* o HNF (5000 U SC dos veces al día) o MCG o DCM
3-4	Alto	20 a 40%	HBPM* o HNF (5000 U SC tres veces al día) sola o combinada con MCG o DCM
≥5	Muy Alto	40 a 80%	HBPM* o HNF (5000 U SC tres veces al día) sola o combinada con MCG o DCM

HBPM (Dosis)

- 40 mg/día SC (peso corporal < 150 kg, Depuración de creatinina > 30 mL/min)
- 30 mg/día SC (peso corporal < 150 kg, Depuración de creatinina 10 a 29 mL/min)
- 30 mg cada 12 h SC (peso corporal > 150 kg, Depuración de creatinina > 30 mL/min)

Medicación antitrombótica.

Antiagregación.

Aspirina: deben darse 160–325 mg a todos los pacientes que no tengan alergia, independientemente de la estrategia elegida (clase: I/NE: A).

Clopidogrel: si el paciente tiene intolerancia a aspirina, debe darse clopidogrel en su lugar a todos los pacientes (clase: I/NE: A) independientemente del tratamiento elegido.

Prasugrel: Es una nueva tienopiridina, coadministrado con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de eventos aterotrombóticos

5. Seleccionar los métodos apropiados de tromboprofilaxis basados en la evaluación del riesgo del paciente mediante un algoritmo (figura 1).

GUIA DE MANEJO	ANTICOAGULACION PROFILACTICA EN UCI	CODIGO	CC-CCRI-GM-01	VERSION	02
		Página:	6 de 8		

6. ALGORITMO

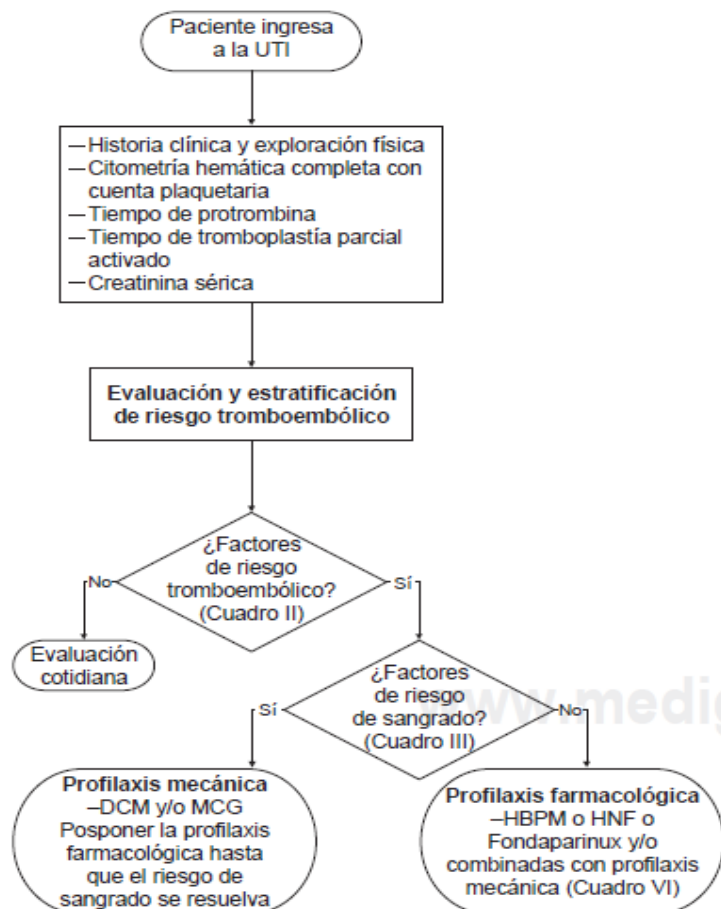


Figura 1. Algoritmo para evaluación del riesgo tromboembólico y de sangrado en pacientes al ingreso y estancia en la UTI.

GUIA DE MANEJO	ANTICOAGULACION PROFILACTICA EN UCI	CODIGO	CC-CCRI-GM-01	VERSION	02
		Página:	7 de 8		

7. CONTROL DE CAMBIOS				
ACTIVIDADES QUE SUFRIERON CAMBIOS		OBSERVACIONES DEL CAMBIO	MOTIVOS DEL CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO
ID	ACTIVIDAD			
1				

8. ANEXOS				
BIBLIOGRAFÍA 1. Torbicki A, Perrier A, Konstantinides S, Agnelli G, Galie N, Pruszczyk P, et al. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. <i>European Heart Journal</i> 2008;29:2276–2315. 2. Heit JA. The epidemiology of venous thromboembolism in the community: Implications for prevention and management. <i>J Thromb Thrombolysis</i> 2006;21:23–29. 3. Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF, Heit JA, Samama CM, Lassen MR, et al. Prevention of venous thrombo-embolism: American College of Chest Physicians. Evidence- based clinical practice guidelines (8th edition). <i>Chest</i> 2008;133:381–453. 4. Geerts W, Selby R. Prevention of venous thromboembolism in the ICU. <i>Chest</i> 2003;124:357–363. 5. Moser KM, Fedullo PF, Littejohn JK, Crawford R. Frequent asymptomatic pulmonary embolism in patients with deep venous thrombosis. <i>JAMA</i> 1994;271:223–225. 6. Dalen JE. Pulmonary embolism: what have we learned since Virchow? Natural history, pathophysiology, and diagnosis. <i>Chest</i> 2002;122:1440–1456. 7. Kearon C. Natural history of venous thromboembolism. <i>Circulation</i> 2003;107:22–30. 8. Sandler DA, Martin JF. Autopsy proven pulmonary embolism in hospital patients: are we detecting enough deep vein thrombosis? <i>J R Soc Med</i> 1989;82:203-205. 9. Murin S, Romano PS, White RH. Comparison of outcomes after hospitalization for deep venous thrombosis or pulmonary embolism. <i>Thromb Haemost</i> 2002;88:407–414. 10. Stein PD, Kayali F, Olson RE. Estimated case fatality rate of pulmonary embolism, 1979 to 1998. <i>Am J Cardiol</i> 2004;93:1197–1199. 11. Stein PD, Beemath A, Olson RE. Trends in the incidence of pulmonary embolism and deep venous thrombosis in hospitalized patients. <i>Am J Cardiol</i> 2005;95:1525–1526.				

GUIA DE MANEJO	ANTICOAGULACION PROFILACTICA EN UCI	CODIGO	CC-CCRI-GM-01	VERSION	02
		Página:	8 de 8		

APROBACION				
	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
ELABORÓ	Dr. Rubén Dario Duque Gomez	Coordinador Cardiologia	Agosto de 2012	
REVISÓ	Dr. Ricardo Uribe	Coordinador Cuidado Critico	Agosto de 2012	
APROBÓ	CR.MD. Clara E. Galvis Díaz.	Subdirección Medica	Agosto de 2012	
PLANEACION –CALIDAD Asesoría Técnica del Formato	Jefe Pilar Adriana Duarte	Jefe Área de Calidad	Agosto de 2012	