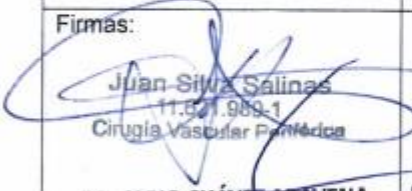


 HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF"	Fecha Elaboración: Marzo, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Marzo, 2029
CLÍNICA PREVENCIÓN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA	Versión: 05
	Total de Páginas: 23

GUÍA CLÍNICA

PREVENCIÓN DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOEMBÓLICA VENOSA

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Dr. Juan SILVA C. Cirujano Vascular Dr. Alejo CHÁVEZ A. Cirujano Dr. Leonardo CAIMI G. Jefe Servicio Cirugía	CF SN Patricia ARIAS M. Subdirector Clínico	CN Fernando REYES C. Director
Firmas:  Juan Silva Salinas 11.621.989-1 Cirujano Vascular Periférico DR. ALEJO CHÁVEZ ARAVENA JEFE SERVICIO DE CIRUGIA HOSPITAL NAVAL "ALMTE. NEF" 	Firma:  	Firma:  
DR. LEONARDO CAIMI GENONI Jefe Servicio Cirugía HOSPITAL NAVAL "ALMTE. NEF"		

 HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF”	Fecha Elaboración: Marzo, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Marzo, 2029
	Versión: 05
	Total de Páginas: 23
CLÍNICA PREVENCIÓN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA	

CAMBIOS REALIZADOS A LA ÚLTIMA VERSIÓN DE ESTA GUÍA:

PÁGINAS	CONTENIDO	EFFECTUADOS POR:
8	8. PREVENCIÓN DEL RIESGO TROMBÓTICO VENOSO EN CIRUGÍA	Dr. Juan Silva C. Cirujano cardiovascular Dr. Alejo Chávez A. Cirujano
12	9. MEDIDAS DE PREVENCIÓN MECÁNICA	Dr. Juan Silva C. Cirujano cardiovascular Dr. Alejo Chávez A. Cirujano

 HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF”	Fecha Elaboración: Marzo, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Marzo, 2029
	Versión: 05
	Total de Páginas: 23
CLÍNICA PREVENCIÓN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA	

INDICE

CORRELATIVO	MATERIA	PÁG.
1	DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTO	4
2	OBJETIVOS Y ESTRATEGIA	4
3	NORMAS PARA LA APLICACIÓN	4
4	ALCANCE	7
5	RESPONSABLES DE LA SUPERVISIÓN	7
6	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN	7
7	DEFINICIONES Y SIGLAS BÁSICAS	7
8	PREVENCIÓN DEL RIESGO TROMBÓTICO VENOSO EN CIRUGÍA	8
9	MEDIDAS DE PREVENCIÓN MECÁNICA	12
10	GUÍA DE MANEJO CON MEDIAS ANTIEMBÓLICAS (MAE)	13
11	GUÍA DE INDICACIÓN COMPRESIÓN NEUMÁTICA INTERMITENTE	14
12	REFERENCIAS	19
ANEXOS	Nº1 NORMAS SOBRE CALIDAD DE LA ATENCIÓN	20
	Nº2 ESCALA MODIFICADA DE CAPRINI DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE ETEV EN PACIENTE QUIRÚRGICO Y SUGERENCIAS DE TROMBOPROFILAXIS	21
	Nº3 SUGERENCIAS DE MANEJO SEGÚN RIESGO	22
	Nº4 CONTRAINDICACIONES DE USO DE ANTICOAGULANTES (RIESGO DE SANGRADO)	23

 HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF”	Fecha Elaboración: Marzo, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Marzo, 2029
CLÍNICA PREVENCIÓN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA	Versión: 05
	Total de Páginas: 23

1. DISTRIBUCIÓN DEL DOCUMENTO

Dirección.
Subdirección Clínica.
Servicios Clínicos Quirúrgicos y Médicos.

2. OBJETIVOS Y ESTRATEGIA

Propósito:

Contribuir a la mejoría clínica por medio de la aplicación de medidas de prevención de enfermedad tromboembólica venosa (VTE) en los pacientes quirúrgicos.

Objetivo General:

Prevención de trombosis venosa profunda (TVP) de la enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) de los pacientes quirúrgicos atendidos en el Hospital Naval de Viña del Mar.

Objetivos Específicos:

Estandarizar los criterios médicos en:

- Evaluación del riesgo de Tromboembolismo Venoso (VTE) en todos los pacientes que serán sometidos a intervención quirúrgica.
- Prevenir la aparición de VTE en pacientes sometidos a cirugías con el uso de medidas profilácticas.

Estrategia:

- Categorización de pacientes quirúrgicos según riesgo de VTE al momento de la indicación quirúrgica.
- Aplicación de profilaxis para la prevención de VTE en pacientes de riesgo que serán sometidos a cirugía.

3. NORMAS PARA LA APLICACIÓN

- La Dirección Médica designará formalmente un médico responsable de implementar la estrategia en la totalidad de la actividad quirúrgica de la organización y la supervisión periódica de su cumplimiento.
- Se harán estudios de prevalencia cada trimestre revisando los registros clínicos de todos los pacientes quirúrgicos que se encuentran hospitalizados en el día del estudio independientemente del servicio clínico o del tipo de intervención quirúrgica.
- En cada paciente hospitalizado, el Jefe Clínico de la Unidad Quirúrgica respectiva verificará si está documentada la evaluación del riesgo según el protocolo local en su ficha clínica previo a la intervención quirúrgica.
- En cada paciente ya operado que tiene factores de riesgo de acuerdo a la evaluación previa, el Jefe Clínico de la Unidad Quirúrgica respectiva confirmará que están indicadas las medidas preventivas de acuerdo al protocolo local.
- El Jefe Clínico de la Unidad Quirúrgica respectiva verificará que se están realizando las medidas preventivas indicadas y si existe constancia de ello en los registros clínicos del paciente.
- Se dejará constancia del proceso, los registros revisados y los resultados de la evaluación.
- La Unidad de Calidad participará en la realización de los estudios de prevalencia y supervisará en el cumplimiento de los puntos anteriores.

 HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF”	Fecha Elaboración: Marzo, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Marzo, 2029
CLÍNICA PREVENCIÓN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA	Versión: 05
	Total de Páginas: 23

- **Supervisión del cumplimiento de la normativa:**

Se evaluará el cumplimiento de uso del protocolo local de prevención de VTE en pacientes quirúrgicos con los siguientes indicadores:

a. Indicador Global:

Número de pacientes operados con riesgo de VTE que tienen las medidas de prevención
Número total de pacientes operados con riesgo x 100. Según Guía.

INDICADOR	% de pacientes operados con aplicación de tromboprofilaxis
TIPO	Proceso
DIMENSIÓN	Seguridad / Calidad
CÁLCULO	<u>Nº de pacientes operados con riesgo de VTE con medidas de prevención x 100</u> Número total de operados con riesgo
ESTÁNDAR	Óptimo.....100% Aceptable..... >80% Bajo..... <80%
FUENTE	Formulario de Tromboprofilaxis. Hoja de prevalencia.
PERIODICIDAD	Trimestral
RESPONSABLE	Jefe de Servicio o de subespecialidad.

 HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF”	Fecha Elaboración: Marzo, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Marzo, 2029
CLÍNICA PREVENCIÓN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA	Versión: 05
	Total de Páginas: 23

b. Indicador complementario:

Número de pacientes quirúrgicos hospitalizados con evaluación de riesgo de VTE / Número de pacientes quirúrgicos hospitalizados x 100. Según Guía.

INDICADOR	% de pacientes operados con evaluación de riesgo de ETEV
TIPO	Proceso
DIMENSIÓN	Seguridad / Calidad
CÁLCULO	$\frac{\text{Nº de pacientes operados con evaluación de riesgo VTE} \times 100}{\text{Número total de pacientes quirúrgicos hospitalizados}}$
ESTÁNDAR	Óptimo.....100% Aceptable..... >80% Bajo..... <80%
FUENTE	Formulario de Tromboprofilaxis. Hoja de prevalencia.
PERIODICIDAD	Trimestral
RESPONSABLE	Jefe de Servicio o de subespecialidad.

Informe de Cumplimiento:

- Trimestralmente el profesional médico responsable de esta estrategia debe enviar a la Unidad de Calidad del Hospital Naval “Almirante Nef”, la información consolidada sobre la evaluación de cumplimiento del protocolo de Prevención de VTE en Pacientes Quirúrgicos y resultados de las mediciones en el formulario establecido para esto. (**Anexo N° 1**).
- El profesional encargado del Programa de Calidad enviará la información consolidada del establecimiento a la DIRECSAN.
- La información respecto de las mediciones de estos indicadores y sus resultados deberá ser difundida a todos los niveles de la institución.
- El Hospital Naval “Almirante Nef” y la Dirección de Sanidad de la Armada, cuando corresponda, mantendrá registros sobre la realización del proceso trimestral de aplicación del Protocolo de Prevención de VTE en pacientes quirúrgicos y los resultados de los indicadores de cada establecimiento.
- Trimestralmente el Hospital Naval, realizará un informe del cumplimiento.
- La información trimestral podrá consolidarse anualmente si se cumple la condición que se usen los mismos (a) métodos de detección de los casos. (b) criterios de revisión y (c) los estándares en uso.

 HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF”	Fecha Elaboración: Marzo, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Marzo, 2029
CLÍNICA PREVENCIÓN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA	Versión: 05
	Total de Páginas: 23

4. ALCANCE

Aplica en todos los servicios clínicos donde se atiendan pacientes quirúrgicos adultos.

5. RESPONSABLE DE LA SUPERVISIÓN

Del cumplimiento del protocolo: El Jefe de Servicio Clínico, quien podrá delegar la función en Jefes de Subespecialidades o Departamentos de Especialidad de manera formal.

6. RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN

Responsable de la ejecución: El profesional que indica y/o realiza la terapia o procedimiento quirúrgico (médico y/o enfermera tratante).

Los principios de su uso deben ser difundidos en reuniones técnicas de los servicios en que se defina la aplicación del protocolo.

En cada paciente quirúrgico en los diferentes servicios en que se aplique debe incorporarse el formulario de tromboprofilaxis a los documentos de la ficha clínica, de forma que el médico tratante defina al ingreso cual es el grupo de riesgo en que se encuentra el paciente y cuál sería el esquema de tromboprofilaxis. Definido lo anterior será función de la enfermera tratante asegurar su aplicación diaria sin necesidad de que sea nuevamente indicado o registrado en las indicaciones médicas.

7. DEFINICIONES Y SIGLAS BÁSICAS

- Trombosis venosa profunda (TVP): Obstrucción de una o más venas profundas de las extremidades o del tronco por un trombo local.
- Tromboembolismo pulmonar (TEP): Es el desplazamiento de un trombo desde una vena profunda periférica hacia el corazón derecho y el territorio de la vena pulmonar, obstruyendo esta última en grado variable.
- Tromboprofilaxis primaria: Corresponde al uso de drogas o métodos mecánicos efectivos para la prevención de ETV.
- Tromboprofilaxis farmacológica: Corresponde al uso de drogas para la prevención de ETV.
- Tromboprofilaxis extendida: Es aquella que dura entre 28 y 35 días, y que supera la estadía hospitalaria.
- Sangrado mayor: Incluye el sangrado con caída de hemoglobina > 2 gr/dl o el requerimiento de 2 o más unidades de glóbulos rojos y el sangrado sintomático en órgano crítico.
HBPM: Heparina de bajo peso molecular.

HNF: Heparina no fraccionada.

CNI: Compresión neumática intermitente.

MCG: Medias de compresión graduada.

 HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF"	Fecha Elaboración: Marzo, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Marzo, 2029
CLÍNICA PREVENCIÓN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA	Versión: 05
	Total de Páginas: 23

ACOD: Anticoagulantes orales directos.

ETEV: Enfermedad tromboembólica.

MAE: Medias antiembólicas.

8. PREVENCIÓN DEL RIESGO TROMBÓTICO VENOSO EN CIRUGÍA

a. Definición: Obstrucción de una o más venas por un coágulo (trombo) que puede ocasionar a su vez, una obstrucción de otros vasos a distancia (émbolos).

b. Introducción:

El tromboembolismo venoso (VTE) postoperatorio es común en paciente sometidos a cirugías ortopédicas y no ortopédicas como cirugía general, abdomino-pélvica, bariátrica, vascular, plástica/reconstructiva, cardíaca, torácica, neurocirugía y por trauma mayor.

El riesgo de VTE postoperatorio depende de factores relacionados a la cirugía (lugar anatómico, grado de invasión, tipo y duración de la anestesia, requerimientos de inmovilización en el postoperatorio) y factores relacionados al paciente (incremento de edad historia previa de VTE, presencia de cáncer) todos los cuales deben ser evaluados previamente a la cirugía para que una categoría de riesgo pueda ser asignada y un método de tromboprofilaxis apropiadamente seleccionado.

c. Evaluación preoperatoria del riesgo y su manejo

Para pacientes sometidos a cirugía, la escala de evaluación de riesgo modificada de Caprini es usada para clasificar a los pacientes en; de muy bajo riesgo, de moderado riesgo y de alto riesgo. Ver sugerencias de manejo según riesgo (Anexo N°2).

Los pacientes sometidos a cirugía mayor cardíaca torácica, cerebral y espinal y los pacientes con trauma mayor son al menos considerados con riesgo moderado.

En casos de cirugías extensas (cardíaca, torácica, cerebral, espinal por malignidad o cirugía de trauma que involucren el cerebro o la columna vertebral son considerados de alto riesgo para VTE.

En los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas y con contraindicación para el uso de HBPM y HNF (o cuando estas no están disponibles) y sin riesgo elevado de complicaciones hemorrágicas graves, es mejor utilizar profilaxis mecánicas, preferiblemente CNI, que no utilizar ninguna prevención.

d. Tiempo de inicio de la tromboprofilaxis

Con bajo riesgo de sangrado, los métodos mecánicos deben ser usados justo antes de la cirugía. Los métodos farmacológicos deben administrarse dentro de 2 a 12 hrs previas a la cirugía, excepto si hay contraindicación anestésica, y en caso de Fondoparinux debe administrarse después de 6 a 8 hrs del cierre de la piel.

 HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF"	Fecha Elaboración: Marzo, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Marzo, 2029
CLÍNICA PREVENCIÓN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA	Versión: 05
	Total de Páginas: 23

En el postoperatorio la profilaxis farmacológica debe iniciarse a partir de las 6-8 hrs siguientes. En pactes. con alto riesgo de sangrado, o con contraindicación de uso de anticoagulantes o con potencial efecto catastrófico de sangrado se recomiendan medidas mecánicas y sólo añadir profilaxis farmacológica a las 48 a 72 hrs del post operatorio, si es que una adecuada hemostasia está confirmada.

e. Duración de la tromboprofilaxis

Se sugiere mantener la tromboprofilaxis hasta que el paciente esté deambulando completamente o hasta el alta.

En pactes sometidos a cirugía abdominal y/o pelviana por cáncer, y sin riesgo elevado de sangrado, se recomienda la tromboprofilaxis farmacológica extendida hasta 4 semanas después del alta.

f. Tromboprofilaxis de ETEV en enfermos con traumatismos mecánicos graves:

Es mejor usar HNF a dosis baja, HBPM, o CNI que no usar ninguna prevención.

En aquellos con alto riesgo de VTE, incluidos pacientes con lesión aguda de la médula espinal, lesión traumática cerebral y con intervención quirúrgica por trauma de columna vertebral, se sugiere añadir profilaxis mecánica a la farmacológica, si no hay contraindicaciones relacionadas con las lesiones de los miembros inferiores.

Si hay contraindicaciones para uso de HBPM y HNP en dosis bajas, es mejor usar profilaxis mecánica, preferiblemente CNI, que no utilizar ninguna prevención, si no hay contraindicaciones relacionadas con las lesiones de los miembros inferiores. Se sugiere añadir HBPM o HNF a dosis bajas cuando el riesgo hemorrágico baje o cedan las contraindicaciones para el uso de Heparina.

No se aconseja utilizar filtro de vena cava.

No se aconseja hacer control periódico con test ecográfico de compresión.

g. Tromboprofilaxis de VTE en enfermos con quemaduras graves o extensas (1 o + factores de riesgo):

Se recomienda profilaxis rutinaria si no hay contraindicaciones:

HBPM (dosis profiláctica adecuada, según recomendaciones del fabricante) o HNF (5000 UI sc cada 8 horas).

Se debe administrar la primera dosis una vez confirmada la seguridad de su uso, descartado riesgo de sangrado o confirmado su buen control (24 -36 hrs. de la quemadura).

Con riesgo hemorrágico elevado: MCG y/o CNI hasta que riesgo del sangrado baje.

Tomar los pulsos tibial posterior o pedio. En caso de ausencia de pulsos: No indicar y avisar al médico tratante. Eventualmente podrá usarse profilaxis farmacológica.

h. Precauciones previas a uso de profilaxis farmacológica:

Si hay riesgo de sangrado mayor (anexo 2) con sangrado potencialmente fatal, que requiera reexploración, en área crítica (p.ej. cerebral o espinal), o que obligue a transfusión, o grupos de riesgo de sangrado mayor (cirugía cardíaca, politraumatizado grave, paciente cuya indicación es por sangrado, hemorragia intracraneal, paciente con coagulopatía (recuento de plaquetas menor a 50.000 o menor a 100.000 con otro factor de riesgo), o si el tipo de anestesia

 HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF"	Fecha Elaboración: Marzo, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Marzo, 2029
CLÍNICA PREVENCIÓN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA	Versión: 05
	Total de Páginas: 23

contraindica el uso previo de profilaxis farmacológica, preferir medidas mecánicas (CNI), hasta que el riesgo hemorrágico baje, para luego iniciar las profilaxis farmacológica.

Si hay falla renal con clearance de creatinina menor a 30 ml/min se prefiere HNF.

Si hay trombocitopenia inducida por Heparina se prefiere Fondoparinux 2,5 mg sc al día.

i. Prevención de ETEV en pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor de extremidades inferiores

Los pacientes sometidos a artroplastia total o parcial de cadera, artroplastia total o parcial de rodilla o fractura de cadera, deben ser evaluados por el riesgo de presentar tromboembolismo venoso (trombosis venosa profunda en extremidades inferiores y embolismo pulmonar y riesgo de sangrado).

La cirugía mayor ortopédica de extremidades inferiores está asociada a alto riesgo de VTE sintomática, comparada con la mayoría de otras cirugías, con una incidencia estimada de 4 %. El riesgo es mayor en los primeros 7 a 14 días.

El riesgo de sangrado mayor es también alto, en comparación a otras cirugías, con una tasa estimada de 2 a 4 %.

Los factores de riesgo individuales adicionales para VTE (p.ej. VTE previa) y para sangrado (p.ej. trombocitopenia) pueden aumentar el riesgo basal. En la mayoría de los casos el riesgo de sangrado no es tan elevado como para prohibir el uso de tromboprofilaxis farmacológica, a menos que el paciente tenga una contraindicación específica.

En pacientes con bajo riesgo de sangrado se recomienda tromboprofilaxis farmacológica con o sin uso de CNI, en lugar de no usar tromboprofilaxis. La elección de tipo de fármaco inicial depende del tipo de cirugía y comorbilidades.

Artroplastia de cadera o rodilla: HBPM: Enoxaparina (40 mg sbc al día o 30 mg cada 12 hrs.) o Dalteparina (5000 UI sbc al día) o ACOD (Xarelto 10mg al día, o Apixaban 2,5 mg cada 12 hrs., como parte inicial en el período perioperatorio temprano (desde el postoperatorio inmediato hasta los 14 días)

Fractura de cadera: HBPM en todo el período de tromboprofilaxis. En pacientes con falla renal (clearance de creatina < de 30 ml/min o en diálisis) indicar HNF (5000 UI sbc cada 12 hrs.) o Warfarina (con INR 2-3).

En casos de trombocitopenia inducida por heparina indicar Fondoparinux (2,5 mg sbc al día).

Inicio de la tromboprofilaxis farmacológica: HBPM: 12 hrs preop, luego 12 hrs postop. Agentes orales: 6-12 hrs o más en postop.

Duración de la tromboprofilaxis farmacológica: En la mayoría de los casos se sugiere que el paciente inicial dure al menos 10 a 14 días. La extensión de la terapia depende del tipo de cirugía y factores asociados:

Artroplastia de cadera: Se sugiere tromboprofilaxis extendida por 35 días (el mismo agente HBPM o ACOD).

Sólo en un selecto grupo de bajo riesgo sin otro factor de riesgo de ETEV, sin otra indicación de anticoagulación prolongada, sin fractura de cadera o de miembro inferior en los 3 meses previos a cirugía, en que la cirugía sea electiva y unilateral y que el paciente este caminando a las 24 hrs de la cirugía) se sugiere cambio a Aspirina después de 5-10 días de iniciada la tromboprofilaxis farmacológica, hasta completar los 35 días.

 HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF"	Fecha Elaboración: Marzo, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Marzo, 2029
CLÍNICA PREVENCIÓN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA	Versión: 05
	Total de Páginas: 23

Artroplastía de rodilla: si el paciente está caminado y de alta dentro de los 10 a 14 días de tromboprofilaxis farmacológica (HBPM o ACOD), se recomienda no extender la profilaxis después de los 14 días.

En grupo de bajo riesgo, se puede cambiar a aspirina después del día 5 hasta el día 14. (2B). Si el paciente no está caminando antes del día 14, se debe extender la profilaxis 8HBPM o ACOD) hasta el día 35.

Fractura de cadera: HBPM por 35 días.

Pacientes con contraindicación de tromboprofilaxis farmacológica o alto riesgo de sangrado: Se sugieren medios mecánicos por sobre tromboprofilaxis, CNI por sobre otros métodos desde el preoperatorio inmediato, hasta que el paciente camine, o esté de alta, o sean reemplazados o complementados por tromboprofilaxis farmacológica, cuando sea segura de iniciar, es decir el riesgo de sangrado sea aceptablemente bajo, Recordar que la tromboprofilaxis mecánica es menos efectiva que la farmacológica. Los filtros de vena cava no deben ser usados en forma rutinaria.

j. Prevención de ETEV en pacientes adultos sometidos a cirugía ortopédica no mayor de extremidades

Incluye cirugías ortopédicas de extremidades inferiores, excluyendo artroplastia de cadera o rodilla, fractura de cadera o cirugía ortopédica relacionada a trauma severo y de extremidades superiores.

Evaluación de riesgo para trombosis y sangrado para medir la necesidad y seguridad de tromboprofilaxis farmacológica.

En la mayoría de los pacientes el riesgo basal de VTE es bajo (<2% en los primeros 3 meses postop.). Sin embargo, se considera riesgo elevado cuando hay factores de riesgo relacionados a la cirugía (p.ej. inmovilización prolongada, reparación de fractura de fémur o ruptura de tendón de Aquiles) o factores relacionados al paciente (p. ej. ETV previa).

El riesgo basal de sangrado es generalmente bajo, excepto cirugías de hombro y pie que se consideran de alto riesgo de sangrado (2-4%) y más si hay factores propios del paciente (uso de anticoagulantes).

La reparación de fracturas aisladas de huesos largos, sobre y bajo la rodilla / lesiones de tejidos blandos se consideran de alto riesgo de VTE y se sugiere tromboprofilaxis farmacológica, siempre que el riesgo de sangrado sea bajo). Incluyen fracturas de diáfisis femoral, cuello femoral, fractura inter o sub trocantérea, fractura de platillo tibial, fractura patelar, cirugías de realineación como osteotomía tibial y cirugías que requieren inmovilización prolongada.

Para todo el resto de los pacientes se sugiere deambulación precoz y frecuente con rangos de movilización articular activa más que tromboprofilaxis farmacológica, a menos que tengan factores de alto riesgo VTE específicos del paciente (trombofilia, cáncer activo, múltiples factores de riesgo, historia previa o familiar de VTE).

Si se opta por tromboprofilaxis farmacológica se prefiere HBPM o Rivaroxaban. Se puede usar Aspirina en pacientes con bajo riesgo de VTE que aún no cargan la extremidad y la tromboprofilaxis farmacológica se indica mientras dura la inmovilización.

 HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF"	Fecha Elaboración: Marzo, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Marzo, 2029
CLÍNICA PREVENCIÓN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA	Versión: 05
	Total de Páginas: 23

La artroscopía de rodilla o cadera, cirugía de tobillo o pie y cirugía de extremidad superior en general tienen bajo riesgo de VTE y no requieren profilaxis farmacológica. En pacientes con cirugías consideradas con alto riesgo (inmovilización prolongada, reparación de tendón de Aquiles, fractura proximal del húmero) o con factores específicos del paciente. (historia previa o familiar de VTE, cáncer activo, trombofilia, múltiples factores de riesgo) la profilaxis farmacológica es razonable.

En general se utiliza HBPM, aunque la Aspirina es aconsejable en pacientes con bajo riesgo de VTE.

9. MEDIDAS DE PREVENCIÓN MECÁNICA

- Una prevención ideal debe responder a un cierto número de criterios: eficacia, inocuidad, buena tolerancia, facilidad de utilización y costo accesible.
- Ningún medio preventivo tiene todos estos criterios juntos.
- Los métodos creados para luchar contra la ectasia venosa son los siguientes:
 - Deambulación y fisioterapia precoz, en cuanto las condiciones del paciente lo permitan.
 - Posición de Trendelenburg, la elevación de los pies de la cama en 15°, disminuye la incidencia de TVP de 15 a 20%.
 - Medias elásticas de compresión graduada hasta el muslo o medias antiembólicas (MAE), en forma permanente o alternada. Se debe mantener hasta la deambulación total o hasta la desaparición del riesgo de TVP. Sus únicas contraindicaciones son: la enfermedad arterial oclusiva periférica y las lesiones en la piel.
 - Compresión neumática intermitente (CNI). Evita la estasis venosa y aumenta la actividad fibrinolítica endógena. Consiste en un dispositivo conectado a botas inflables, con ciclos de compresión (10 segundos por cada minuto, a presiones de 35-40 mm Hg), vaciando las venas profundas de la pantorrilla. Ha demostrado eficacia en pacientes quirúrgicos con riesgo moderado, sin modificar el riesgo de TEP letal. No tiene efectos en la coagulación, es una alternativa para los pacientes que tienen riesgo de sangrado postoperatorio (neurocirugía, oftalmología, etc.), y está contraindicada en los pacientes con isquemia de extremidades. Ha demostrado ser más efectiva en las prótesis totales de cadera, cirugía mayor abdominal y cirugía en el paciente obeso.

Otros métodos. Filtros de cava: Se instalan en forma percutánea en la vena cava bajo las venas renales, y son el único mecanismo efectivo para impedir la migración de coágulos hacia el pulmón desde las extremidades inferiores. Sus indicaciones y contraindicaciones están establecidas.

Se indica filtro cava transitorio si:

- 1.- Hay contraindicación al uso de anticoagulantes (ej. Hemorragia intercurrente).
- 2.- Hay complicación del tratamiento anticoagulante (ej. Hemorragia después de inicio de tratamiento anticoagulante).
- 3.- Hay recidiva de embolia pulmonar en paciente ya sometido a tratamiento anticoagulante bien llevado y con baja reserva pulmonar.

 HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF”	Fecha Elaboración: Marzo, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Marzo, 2029
CLÍNICA PREVENCIÓN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA	Versión: 05
	Total de Páginas: 23

10. GUÍA DE MANEJO CON MEDIAS ANTIEMBÓLICAS (MAE)

OBJETIVO: Prevenir la Trombosis Venosa Profunda (TVP), en los pacientes atendidos en el Hospital Naval “Almirante Nef”.

ALCANCE: Aplica en todos los Servicios Clínicos, donde se atiendan pacientes quirúrgicos adultos.

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS:

- Edema masivo (Preferir vendaje elástico en 8).
- Tromboembolismo Pulmonar (TEP).
- Artropatía periférica grave.
- Deformidad importante de las extremidades inferiores.
- Dermatitis.
- Pacientes prequirúrgicos de revascularización miocárdica, porque obstaculiza el sitio quirúrgico, si enviarlas en recambios valvulares.
- Enfermedad arterial oclusiva periférica.

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN: Profesional de Enfermería, Matronas, Personal Auxiliar de Enfermería.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN: Enfermera Supervisora, Enfermera Clínica, Matronas, Médicos

RECURSOS MATERIALES: Carro ó bandeja con medias elásticas de compresión o medias antiembólicas, tarjeta de tratamiento, carpeta de enfermería.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA:

- Edema masivo (Preferir vendaje elástico en 8).
- Lávese las manos.
- Reúna el material.
- Traslade la bandeja a la unidad del paciente.
- Verifique la identificación del paciente con el brazalete correspondiente.
- Explique el procedimiento al paciente.
- Instale las medias antiembólicas, siguiendo esquema del Esquema N°1.
- Seleccionar el tamaño adecuado midiendo la pantorrilla del paciente: Menos de 30 cms: small, entre 30 y 37,5cms. Medium, entre 37,5 y 44cms. Large, sobre 44,5cms. Xlarge.
- Aplicar cuidadosamente y observar que la media esté alineada.
- Controlar diariamente y observar la circunferencia del miembro.
- Retire solamente 30 min al día, exclusivamente para el baño.
- Si se manchan ó ensucian, realizar lavado con agua tibia y jabón de glicerina en lavamanos destinado para ello, sacar un segundo par en espera que éstas se sequen, sin interrumpir la terapia.
- Observar en cada acomodo el estado de la piel retrayendo la media desde su parte distal para observación directa de los talones, usando la misma técnica para la aplicación de ácidos hiperoxigenados y crema hidratante.
- Evaluar e informar tolerancia a las medias, para su adecuada adaptación (sudoración, presión, irritación y prurito).

 HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF”	Fecha Elaboración: Marzo, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Marzo, 2029
CLÍNICA PREVENCIÓN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA	Versión: 05
	Total de Páginas: 23

GUÍA DE PREVENCIÓN DE IAAS:

Aplicar precauciones estándar.

11. GUÍA DE INDICACIÓN COMPRESIÓN NEUMÁTICA INTERMITENTE

OBJETIVO

- Contribuir a la prevención de enfermedad tromboembólica profunda en pacientes quirúrgicos de alto riesgo mediante la aplicación de medidas mecánicas como la compresión neumática intermitente.
- Unificar criterios en relación al uso del equipo compresor neumática intermitente evitando el deterioro del mismo.
- Enfocar uso de compresor neumático intermitente cumpliendo con los estándares de prevención de IAAS.

ALCANCE: Se aplicará a todos los pacientes con indicación médica de uso compresor neumático intermitente en centro quirurgo, servicio de recuperación, servicios de Unidad de Pacientes Críticos (UPC) y servicios de la torre hospitalizados médico quirúrgico.

RESPONSABLE DE INDICACIÓN:

- Médico tratante.
- Médico anestesiólogo.

RESPONSABLE DE LA SUSPENSIÓN DE INDICACIÓN:

- Médico tratante.

RESPONSABLE DE LA SUPERVISIÓN:

- Médico tratante.
- Jefatura de enfermería HNV.
- Enfermeras supervisoras de servicios de alta y mediana complejidad en la torre de hospitalizados.

RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN:

- Enfermeras supervisoras de servicios de UPC, alta y mediana complejidad y torre de hospitalizados
- TENS de torre hospitalizado, UPC y centro quirúrgico debidamente entrenados.

 HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF"	Fecha Elaboración: Marzo, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Marzo, 2029
CLÍNICA PREVENCIÓN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA	Versión: 05
	Total de Páginas: 23

ESQUEMA N°1



CRITERIOS DE INDICACIÓN CNI EN PACIENTES QUIRÚRGICOS

TRAUMATOLOGÍA

La CNI se indicará en las cirugías traumatológicas en obesos mórbidos y en las consideradas con riesgo elevado de ETE como son: prótesis total de cadera, prótesis total de rodilla, fractura de cuello de fémur, politraumatizado grave.

Se instalará CNI al terminar la cirugía, saliendo de pabellón, la cual se mantendrá hasta que el paciente inicie la deambulaci3n.

NEUROCIRUGÍA

La CNI se indicará en pacientes con traumatismo medular con déficit neurol3gico, cirugía intracraneana y lesi3n cerebral axonal difusa. Se mantendr3 la indicaci3n de CNI si el paciente se encuentra en condici3n de postrado.

 HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF”	Fecha Elaboración: Marzo, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Marzo, 2029
CLÍNICA PREVENCIÓN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA	Versión: 05
	Total de Páginas: 23

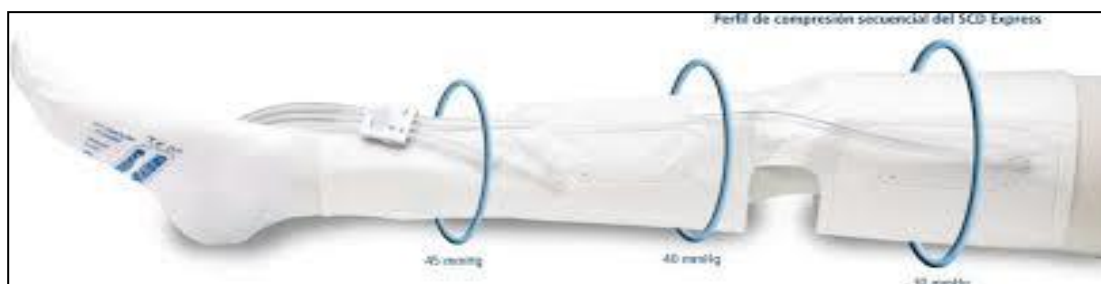
GENERALIDADES DEL USO

- La compresión neumática intermitente (C.N.I), consiste en un dispositivo conectado a botas inflables con ciclos de compresión de 8-10 segundos por cada minuto, a presiones de 35-40 mmHg), vaciando las venas profundas de la pantorrilla.
- Se ha demostrado la eficacia en pacientes quirúrgicos de riesgo moderado, sin modificar el riesgo de TEP letal.
- La CNI no tiene efectos en la coagulación. Es una alternativa tanto para los pacientes que tienen riesgo de sangrado postoperatorio como las neuroquirúrgicas.
- La CNI está contraindicada en los pacientes con isquemia de extremidades.
- La CNI ha demostrado ser más efectiva en cirugía ortopédica mayor como prótesis total de cadera y cirugía abdominal mayor y también en cirugía de pacientes obesos.
- La CNI o los dispositivos de impulso de los pies pueden utilizarse como alternativas o en combinación con las medias de compresión graduada durante la estadía en el hospital de los pacientes quirúrgicos o servicios como UPC y traumatológicos.
- Los equipos de compresión neumática deben utilizarse durante el mayor tiempo posible mientras el paciente esté encamado o sentado en una silla, siempre cumpliendo indicación médica.
- La CNI evita la estasia venosa y aumenta la actividad fibrinolítica endógena.

GENERALIDADES DEL EQUIPO

- El CNI suministra una compresión gradual, secuencial y circunferencial, progresiva en compresión y recorrido de forma automática y personalizada sobre las extremidades inferiores que permite control del retorno venoso, favoreciendo el vaciado máximo y evitando la estasia venosa.
- La compresión se realiza a través de distintos tipos de fundas que se ajustan a la extremidad inferior del paciente, en dos modelos, para la pierna hasta la rodilla o hasta el muslo (compresión circunferencial) o para el pie (compresión plantar).
- El dispositivo consta de una bomba compresora con pantalla LDC que detecta automáticamente después del arranque, el tipo de funda y la pierna donde se encuentra colocada. Puede funcionar con una de las dos fundas.
- Utiliza el sistema de detección del tiempo de retorno venoso (TRV) o llenado vascular, para medir el tiempo que tardan las venas de las piernas de un paciente en volver a llenarse de sangre después de la compresión. Este tiempo es específico para cada paciente y se emplea luego para calcular el tiempo entre compresiones (compresión secuencial).
- La compresión dura 11 segundos y el tiempo entre compresiones se calcula al encender el dispositivo y se actualiza cada 30 minutos por si las condiciones del paciente varían.
- El perfil de compresión en la pierna es 45 mmHg, en el tobillo 40 mmHg, en la pantorrilla 30 mmHg (compresión gradual).

 HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF”	Fecha Elaboración: Marzo, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Marzo, 2029
CLÍNICA PREVENCIÓN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA	Versión: 05
	Total de Páginas: 23



INSTRUCCIONES DE USO DEL SISTEMA COMPRESOR NEUMÁTICO INTERMITENTE SEGÚN SELECCIÓN DE TALLA CORRECTA:

1. Determinar el tamaño de la funda a utilizar (Anexo N°1).
2. Colocar las fundas bajo las piernas del paciente, con los tubos hacia fuera y hacia abajo y teniendo especial cuidado en dejar libre la rodilla y la región poplitea. Observar la orientación de la funda tobillo, gemelo, espacio poplíteo y muslo.
3. Ajustar una funda a cada pierna de paciente. Hay que ceñir bien la funda a la pierna utilizando los tres velcros. Han de quedar ceñidas, pero sin apretar (que se pueda introducir holgadamente un dedo en el hueco poplíteo entre la funda y la pierna del paciente).
4. Conectar ambas fundas a la máquina compresor neumático intermitente (C. N. I) utilizando los tubos de conexión.
5. Colgar el C. N. I. al lateral o a los pies de la cama del paciente. En el quirófano puede situarse bajo la mesa quirúrgica para tener acceso a ella frente a algún imprevisto.
6. Poner en marcha el sistema pulsando botón “ON” y esperar a que en la máquina aparezcan iluminados en verde los dos botones “A” y “B”.

OBSERVACIONES:

1. Aunque el compresor tiene una batería con 8 horas de autonomía, es conveniente conectarlo a la corriente eléctrica mientras esté funcionando.
2. Aplicar la CNI mientras el paciente no deambule y/o según indicación médica.
3. Para desconectar las fundas, primero apagar la máquina. Los tubos que conectan la funda con el compresor son reutilizables, no desecharlos.
4. Las fundas del compresor son desechables y de uso individual por cada paciente.



 HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF”	Fecha Elaboración: Marzo, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Marzo, 2029
CLÍNICA PREVENCIÓN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA	Versión: 05
	Total de Páginas: 23

SELECCIÓN DE TALLA CORRECTA

Funda de muslo:

1. Medir el perímetro de la parte superior del muslo. En su zona más ancha.
2. Identificar la talla usando la tabla adjunta.

Tamaño	Talla	Referencia
< 41 cm	X Pequeña	74010
41 a 56 cm	Pequeña	74011
56 a 71 cm	Mediano	74012
71 a 91.5 cm	Grande	74013

Funda de Rodilla:

1. Medir el perímetro del gemelo en su zona más ancha.
2. Identificar la talla usando la tabla adjunta.

Tamaño	Talla	Referencia
< de 36 cm	Pequeña	74021
36 a 53 cm	Mediano	74022
53 a 66 cm	Grande	74023

RESOLUCIÓN DE ALARMAS:

- En caso de encendido de alarma, se debe detectar el tipo de alarma, identificar el dibujo y descartar problema de batería.
- Revisar y comprobar si hubiera un tubo parcialmente obstruido.
- Revisar y comprobar si hubiera un tubo desconectado o fuga en las conexiones.
- Comprobar si la funda se encuentra demasiado apretada o suelta, ajustándola correctamente.

 HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF”	Fecha Elaboración: Marzo, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Marzo, 2029
CLÍNICA PREVENCIÓN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA	Versión: 05
	Total de Páginas: 23

12. REFERENCIAS

1. Caprini JA. Thrombosis risk assessment as a guide to quality patient care. Dis Mon 2005; 51 (2-3): 70-78.
2. Gould MK, García DA, Wren SM, Karanicolas PJ, et al. Prevention of VTE in nonorthopedic surgical patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. CHEST 2012: 141: e227S-e277S.
3. MINSAL. Normas de Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención respecto de: Prevención Enfermedad Tromboembólica.
4. Conference de Consensus. Prophylaxie des Thromboses veineuses profondes et des embolies pulmonaires post-opératoires (chirurgie générale, gynécologie et orthopédique). AP-HP, march 8 th 1991. Annales Françaises d'anesthésie et réanimation 1991; 10:417-21. STV 02/1995.
5. Samana. Which are the best techniques for reducing the incidence of postoperative deep vein thrombosis?. Evidence-Based practice of anesthesiology. Third edition. 2013.
6. Horlocker T. Regional anesthesia in patient receiving antithrombotic and antiplatelet therapy. Br J Anaesth 107 (s1):i96-i106 (2011).
7. Normas sobre seguridad del paciente y calidad de atención respecto de prevención de Enfermedad Trombo-embólica en pacientes quirúrgicos. Nov 2012. http://web.minsal.cl/portal/url/page/minsalcl/g_temas/g_calidad_seguridad_paciente/cysp_autorizacion_sanitaria.html
8. Prevention of venous thromboembolism in adult nonorthopedic surgical patients. Uptodate dec 2023.
9. Prevention of venous thromboembolism in adults undergoing hip fracture repair or hip or knee replacement. Uptodate 2024.
10. Prevention of venous thromboembolism in adults undergoing non major extremity orthopedic surgery. Uptodate 2024.
11. Guía Clínica de Prevención Trombosis Profunda y Enfermedad Tromboembólica Venosa Hospital Naval 2016.-Versión 2.
12. JBI Medias de compresión graduada para la prevención del Tromboembolismo. Venoso Post-Operatorio, Best Practice 12(4) 2008.

 HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF”	Fecha Elaboración: Marzo, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Marzo, 2029
CLÍNICA PREVENCIÓN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA	Versión: 05
	Total de Páginas: 23

**ANEXO N°1
NORMAS SOBRE CALIDAD DE LA ATENCIÓN**

INDICADOR: Prevención ETEV en Pacientes Quirúrgicos	
Identificador del prestador.	
Dirección de Sanidad.	
Fecha en que se realiza medición.	
Nombre profesional responsable de la medición.	
Número de personas que participaron en la medición.	
Listado de servicios/unidades en que se hizo la medición.	
Número total de pacientes evaluados.	
Fórmula indicador global N° de pacientes operados con riesgo de ETEV que tienen las medidas de prevención aplicadas x 100 N° total de pacientes quirúrgicos hospitalizados	
Período de observación.	
Resultado numerador (N° de pacientes operados con riesgo de ETEV que tienen las medidas de prevención aplicadas).	
Resultado denominador (N total de pacientes operados con riesgo).	
Resultado obtenido.	
Fórmula indicadora complementario <u>N° de pacientes quirúrgicos hospitalizados con evaluación de riesgo de ETEV x 100</u> N° total de pacientes quirúrgicos hospitalizados	
Período de observación.	
Resultado numerador (N° de pacientes quirúrgicos hospitalizados con evaluación de riesgo de ETEV).	
Resultado denominador (N° total de pacientes quirúrgicos hospitalizados).	
Resultado obtenido.	
Comentarios sobre resultados.	
Plan de acción.	
Fecha de envío de informe de medición.	

 HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF”	Fecha Elaboración: Marzo, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Marzo, 2029
CLÍNICA PREVENCIÓN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA	Versión: 05
	Total de Páginas: 23

ANEXO N°2

ESCALA MODIFICADA DE CAPRINI DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE ETEV EN PACIENTE QUIRÚRGICO Y SUGERENCIAS DE TROMBOPROFILAXIS

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** _____
Diagnóstico: _____ **Talla:** _____ **Peso:** _____
Intervención: _____
Médico tratante: _____
Fecha de inicio: ____/____/____ **Fecha de término:** ____/____/____

1 Pto.	2 Ptos.
- Edad 41 – 60 años - Cirugía menor - IMC >25 kg/m2 - Edema en los miembros inferiores - Várices en los miembros inferiores - Embarazo o puerperio - Antecedentes de aborto no explicados o repetidos - Anticoncepción oral o terapia hormonal sustitutiva - Sepsis (<1 mes) - Neumopatía grave, incluida neumonía (<1 mes) - Alteraciones funcionales de los pulmones - Infarto agudo de miocardio - Diagnóstico o agudización de la insuficiencia cardíaca (< 1 mes) - Antecedente de enfermedad inflamatoria intestinal - Enfermo en tratamiento conservador encamado	- Edad 61-74 años - Intervención artroscópica - Cirugía mayor abierta (>45min) - Cirugía laparoscópica (>45min) - Antecedentes de neoplasia maligna - Encamamiento (> 72 hrs) - Inmovilización de la extremidad con yeso - Catéter venoso central
3 Ptos.	5 Ptos.
- Edad = o > 75 años - Antecedentes de ETEV - Antecedentes familiares de ETEV - Neoplasia Maligna o quimioterapia - Déficit de antitrombina de proteína C o proteína S - Portador del factor V de Leiden - Mutación G20210A del gen de la protrombina - Anticoagulante lúpico - Anticuerpos anticardiolipina - Anticuerpos contra B2 – glicoproteína - Trombocitopenia inducida por heparina (TIH) - Otra trombofilia congénita o adquirida	- ACV (< de 1 mes) - Artroplastia articular programada - Fractura de los huesos de la pelvis, fémur o tibia - Lesión aguda de la médula espinal (< 1 mes)

 HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF”	Fecha Elaboración: Marzo, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Marzo, 2029
CLÍNICA PREVENCIÓN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA	Versión: 05
	Total de Páginas: 23

ANEXO N°3
SUGERENCIAS DE MANEJO SEGÚN RIESGO

TOTAL	INCIDENCIA DE TVP	NIVEL DE RIESGO	SUGERENCIA DE PROFILAXIS
0	< 0,5%	Muy bajo	Movilización precoz.
1-2	1,5%	Bajo	Profilaxis Mecánica: (CNI de preferencia).
3-4	3%	Moderado	Profilaxis Farmacológica: HBPM, HNF 5000 ui sc c/12hrs o profilaxis mecánica (CNI de preferencia). Con riesgo de Sangrado: CNI de preferencia.
5 O >	5% O +	Alto	Profilaxis Farmacológica: HBPM, HNF 5000ui sc c/8 hrs más profilaxis mecánica (MCG o CNI).

MCG: Medias de compresión graduada, CNI: Compresión neumática intermitente, HNF: Heparina no fraccionada, HBPM: Heparina de bajo peso molecular (dosis recomendada: Enoxaparina 40 mg sc al día, o Dalteparina 5000 iu sc al día).

 HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF”	Fecha Elaboración: Marzo, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Marzo, 2029
CLÍNICA PREVENCIÓN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA	Versión: 05
	Total de Páginas: 23

ANEXO N°4

CONTRAINDICACIONES DE USO DE ANTICOAGULANTES (RIESGO DE SANGRADO)

☐ Sangrado reciente o actual. ☐ Tratamiento anticoagulante actual. ☐ HTA sistólica no controlada (230/120 mmHg o mayor) ☐ Alteración pruebas de coagulación ☐ AVC hemorrágico o aneurisma cerebral	☐ Alergia a la Heparina ☐ Punción espinal o epidural a realizar en próximas 12 horas. ☐ Amenaza de aborto ☐ Rechazo del paciente. ☐ Coagulopatía hereditaria o adquirida.
---	--