

Score de Riesgo en Tromboprofilaxis

Dra. Mariana Lizarraga

Residente de Clínica Médica "1". Facultad de Medicina. Udelar. Montevideo.

Dra. Laura Ramos

Residente de Clínica Médica "1". Residente de Clínica Médica 1. Facultad de Medicina. Udelar. Montevideo.

Dr. Pablo Asadurián

Profesor Adjunto de Clínica Médica "1". Ex Profesor Adjunto de Cardiología. Facultad de Medicina. Udelar. Montevideo.

La ETEV (enfermedad tromboembólica venosa) es una complicación seria y frecuente en la práctica médica y quirúrgica.

En EE.UU. aproximadamente 2:000.000 de personas sufrirán TVP (trombosis venosa profunda) cada año, 600.000 de estos sufrirán un TEP (tromboembolismo pulmonar), que es fatal en 200.000 anualmente. La hipertensión pulmonar se desarrolla en 30.000 de los que sobreviven al TEP; y el síndrome posttrombótico se ve en 800.000 anualmente, de los cuales 7% tendrá una forma severa incapacitante. Cincuenta por ciento de los 2:000.000 de ETEV son silentes. Ocasionalmente la primera manifestación de la ETEV es un TEP fatal. Uno de cada veinte pacientes médicos hospitalizados sufrirá un TEP fatal si no recibe una tromboprofilaxis adecuada⁽¹⁾.

La ETEV es la segunda causa de complicación de pacientes médicos. Es la segunda causa de estadía hospitalaria prolongada.

El TEP es la tercera causa de muerte en el hospital, y una causa importante de muerte en la población general. La ETEV causa 12% de la mortalidad general de la población europea, superior a la que producen enfermedades como sida, cáncer de mama o próstata y accidentes de tráfico juntos⁽²⁾.

La ETEV genera altos costos en salud.

El hospital constituye un escenario perfecto para el desarrollo de esta enfermedad.

El TEP es una causa de fallecimiento en 5 a 10% de los pacientes hospitalizados y aproximadamente 71% de los fallecimientos por TEP procede de ETEV adquirida en el hospital. Así pues, identificar a pacientes de riesgo y aplicar medidas de prevención es claramente un campo a mejorar⁽²⁾.

Como se muestra en la Tabla I existe un porcentaje de riesgo determinado en el paciente hospitalizado, de acuerdo al motivo de su internación.

En la Tabla II se enumeran los factores de riesgo en el paciente hospitalizado en medicina.

El ensayo multinacional ENDORSE (Epidemiologic International Day for the Evaluation of Patients at Risk for Venous Thromboembolism in the Acute Hospital Care Setting) demuestra la elevada prevalencia de pacientes en riesgo de padecer ETEV (según las directrices de ACCP) en todo el mundo: 52% de los pacientes hospitalizados encuestados estaban en riesgo de padecer ETEV, lo que corresponde a 64% de pacientes quirúrgicos y 42% de los pacientes médicos.

ENDORSE demuestra también que la profilaxis recomendada sólo se prescribe en 50% de los pacientes en riesgo en todo el mundo, lo que corresponde a 59% de los pacientes quirúrgicos y 40% de los pacientes médicos.

Tabla 1 Riesgo aproximado de trombosis venosa profunda (tvp) en pacientes hospitalizados

Paciente médico	10 - 20%
Cirugía general	15 - 40%
Cirugía ginecológica mayor	15 - 40%
Cirugía urológica mayor	15 - 40%
Neurocirugía	15 - 40%
Stroke	20 - 50%
Artroplastia de rodilla o cadera	40 - 60%
Trauma mayor	40 - 80%
Injuria de médula espinal	60 - 80%
Paciente en cuidados críticos	10 - 80%

Tabla II. Factores de riesgo de ETEV

Cirugía
Trauma (trauma mayor o injuria leve de extremidades)
Inmovilización o paresia leve de extremidades (stroke)
Cáncer activo u oculto
Cáncer en TTO (hormonal, quimioterapia, inhibidores angiogénicos, radioterapia)
Compresión venosa (tumor, hematoma, anomalía arterial)
ETEV previa
Mayor edad
Embarazo y puerperio
ACO o TRH
Selective estrogen receptor modulators
Agentes estimulantes de la eritropoyesis
Enfermedad médica aguda
Enfermedad inflamatoria intestinal
Síndrome nefrótico
Síndromes mieloproliferativos
Hemoglobinuria paroxística nocturna
Obesidad
Cateterización venosa central
Trombofilias congénitas o adquiridas
<i>Risk of DVT in hospitalized patient CHEST-vol 133 N° 6 June 2008 - 389s</i>

Los descubrimientos globales de ENDORSE subrayan la necesidad de implementar urgentemente las estrategias hospitalarias para la optimización de los tratamientos de ETEV: evaluación sistemática del riesgo de los pacientes de padecer ETEV y proporcionar la profilaxis adecuada para prevenir ETEV.

Con más de 60.000 pacientes estudiados en más de 32 países de 6 continentes, el espectro alcanzado por ENDORSE no tiene precedentes. Con una amplia gama de entornos de raza, sociales, económicos y de salud, proporciona una imagen global y local sobre la ampliación de la población de pacientes hospitalizados en riesgo de padecer ETEV y cómo estos pacientes reciben el tratamiento⁽³⁾.

Las guías del ACCP sobre prevención de la ETEV en su octava edición (2008) establecen recomendaciones para tromboprofilaxis en el Hospital⁽⁴⁾:

Para todo hospital general recomiendan el desarrollo de una estrategia formal para la prevención de la ETEV (IA).

La estrategia de tromboprofilaxis debe estar pautada de forma escrita, como parte de una política institucional de tromboprofilaxis (IC).

Se recomienda el uso de estrategias para aumentar la adherencia a la tromboprofilaxis como sistemas computarizados (IA), indicaciones impresas (IB) y auditorias periódicas (IC).

PAUTAS DE TROMBOPROFILAXIS (COMITÉ DE TROMBOPROFILAXIS) HOSPITAL MACIEL

Utilizamos una modificación de la escala de riesgo de Joseph A Caprini, pues nos parece la mas adecuada para la implementación práctica en pacientes internados en hospitales de agudo, en condiciones de reposo y cubre eficientemente las variables mas importantes en lo que respecta al riesgo tromboembólico⁽¹⁾. La misma fue evaluada y discutida en grupo de trabajo, por la ICHT (Investigación y Ciencias en Hemostasis y Trombosis). Cabe destacar que esta escala se encuentra en etapa de validación.

Cada factor de riesgo: 1 punto

Edad 40-60 a.
Antecedentes de cirugía mayor en las últimas 4 semanas.
Várices de MMII.
Edemas de MMII.
Enfermedad inflamatoria intestinal.
Obesidad, IMC > 30.
IAM. (< 1 mes).
Insuficiencia Cardíaca (< 1 mes).
Sepsis. (< 1 mes).
EPOC.
I. respiratoria, Neumonía grave. (< 1 mes)
Inmovilización por férula o yeso.

Cada factor de riesgo: 2 puntos:

Edad 61-74 a.
Cirugía mayor. (> 1 h).
Artroscopía (> 1 h) .
Cirugía laparoscópica (> 1h).
Antecedentes de enf. Maligna.
Vía Venosa Central.
Obesidad morbid IMC > 40.

Cada factor de riesgo: 3 puntos:

Edad > 75 a.
Cirugía mayor de 2-3 hs.
Antecedentes de ETEV
Historia familiar de trombosis. TVP,TEP.
Cáncer activo o PQT.
Trombofilia congénita o adquirida.
Síndrome posttrombótico.
Obesidad con IMC > 50.

Cada factor de riesgo 5 puntos:

Recambio de cadera o rodilla.
Fractura cadera o pelvis (< 1 mes).
Stroke (< 1 mes).
Politrauma (< 1 mes).
Lesión de médula espinal.

Cirugía mayor que dura > 3 hs.
Sólo en mujeres: 1 punto:
ACO anticonceptivos orales o terapia de reemplazo hormonal.
Embarazo o postparto < 1 mes.
AGO: pérdida recurrente de embarazos.
Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).
AP: SAFE (Síndrome antifosfolípídico del embarazo).
Decolamiento placentario.
Síndrome HELLP.

Score total	Incidencia ETEV	Nivel de riesgo	
0-1	<10%	Bajo	Deambulacion temprana
2	10-20%	Moderado	HBPM o fondaparinux Métodos mecánicos
3-4	20-40%	Alto	HBPM o fondaparinux
5 o más	40-80% 1-5% mortalidad	Muy alto	HBPM o fondaparinux Con o sin métodos mecánicos

Una vez que conocemos el riesgo del paciente, debemos realizarnos las siguientes preguntas:

- ¿Hay sangrado activo?
- ¿Plaquetas < 50.000?
- ¿Presenta insuficiencia renal severa?
- ¿Presenta insuficiencia hepática severa?

Si alguna de estas preguntas tiene respuesta afirmativa deberemos considerar la oportunidad y las dosis de tromboprofilaxis a utilizar.

El uso de ácido acetil salicílico y clopidogrel, NO constituyen contraindicación para la tromboprofilaxis con HBPM o fondaparinux.

La dosis de enoxaparina para tromboprofilaxis:

- 40 mg s/c día.

La dosis de fraxiheparina para tromboprofilaxis:

- 0,4 mg s/c día.

Creemos que el uso del score de riesgo tromboembólico facilita la estratificación de pacientes internados, logrando definir pacientes de alto y muy alto riesgo candidatos indiscutibles a la tromboprofilaxis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caprini JA, Arcelus JI, Reyna JJ. Effective risk stratification of surgical and nonsurgical patients for venous thromboembolic disease. *Semin Hematol* 2001;38 (Suppl 5):12-19.
2. Nieto J, Ruiz-Ribó M. Tromboembolia pulmonar. *Luces y sombras. Rev Esp Cardiol.* 2008;61(3):229-32.
3. Cohen A, Tapson V, Bergmann JF, Goldhaber S et al. Venous thromboembolism risk and prophylaxis in the acute hospital care setting (ENDORSE study): a multinational cross-sectional study. *Lancet*, 371,9610:387-394.
4. Samama Ch, Lassen M, Colwell C, Geerts W, Bergqvist D, Pineo G, et al. American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. (8th Edition). *Chest* 2008;133:381-453.