



## Prevención De Tvp/Ep En Pacientes Clínicos

# 59

En EEUU, la embolia pulmonar es la causa prevenible más común de muerte en el hospital. Es por ello que es necesaria la prevención y el manejo de la eTEV. La profilaxis es preferible en la mayoría de las condiciones clínicas, resultando más costo efectiva que el tratamiento de la complicación una vez que haya ocurrido.

No existe ningún modelo de riesgo para eTEV en pacientes CLÍNICOS. Sin embargo, Las condiciones comunes que predisponen para el desarrollo de eTEV incluye ICC, EPOC reagudizado, ACV con parálisis, sepsis o enfermedad inflamatoria intestinal. Factores de riesgo adicionales incluyen inmovilidad, edad > 75 años, presencia de cáncer o eTEV previo.

En general, se considera que la profilaxis debe indicarse en aquellos pacientes con edad > 40 años asociado a inmovilidad  $\geq 3$  días y 1 factor de riesgo para eTEV. Todos los pacientes admitidos en UTI son considerados de alto riesgo, requiriendo algún tipo de profilaxis.

Las medidas de profilaxis disponibles en la actualidad para pacientes médicos internados incluyen la HNF en dosis bajas, HBPM, fondaparinux, compresión neumática intermitente y/o medias de compresión gradual y, si se encuentra disponible, inhibidor del factor Xa o IIa (trombina) de administración oral.

Según distintos trabajos, la HNF y HBPM reducen el riesgo de eTEV en pacientes médicos internados, sin alteración de la mortalidad. Además, la HBPM es más efectiva en la prevención de la TVP que la HNF.

La HNF en bajas dosis (5000 U dos o tres veces al día) tiene la ventaja de presentar baja incidencia de efectos adversos, bajo costo, fácil administración y el monitoreo no es necesario. Sin embargo, el recuento de plaquetas debe ser controlado regularmente en los pacientes que la reciben para la detección precoz de trombocitopenia inducida por heparina (HIT).

La HBPM tiene la ventaja de su administración subcutánea una o dos veces al día (40 mg/día ó 30 mg dos veces al día) en dosis fija sin control por laboratorio. Además, presenta menor incidencia de HIT y la incidencia de sangrado mayor en bajas dosis es extraordinariamente menor. Como conclusión, en aquellos pacientes médicos de alto riesgo, la HBPM es la droga de elección.

Los métodos mecánicos para la prevención de eTEV tienen indicación en pacientes con alto riesgo de sangrado o aquellos con sangrado activo como la úlcera péptica o sangrado intracraneal. En caso de disminuir el riesgo de sangrado o finalizar el sangrado, se sugiere considerar nuevamente los agentes farmacológicos.

La compresión neumática intermitente (CNI) previene la trombosis venosa al aumentar el flujo venoso en la circulación profunda de las piernas, previniendo la estasis venosa. Además, disminuye los niveles del inhibidor del activador tisular de plasminógeno-1 (PAI-1), lo que favorece un incremento de la actividad fibrinolítica endógena. Sin embargo, la CNI está contraindicada en pacientes con enfermedad vascular periférica y existe inquietud en aquellos casos de inmovilización superior a 72 horas que no recibieron ningún tipo de profilaxis, pudiendo presentar trombosis venosa de reciente formación con riesgo de embolia posterior al uso de CNI.



Existe pobre evidencia en cuanto a la efectividad de las medias de compresión gradual. Es por ello que en aquellos casos donde sea necesaria la profilaxis mecánica, la opción debería ser la CNI.

## Bibliografía

Guías de la Sociedad Argentina de Hematología