
	<b>PROTOCOLO DE TROMBOPROFILAXIS</b> <b>HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA.</b>				
	<b>CÓDIGO</b> <b>MED01</b>	<b>VERSIÓN</b> <b>01</b>	<b>FECHA</b> <b>05/2021</b>	<b>VIGENCIA</b> <b>5 años</b>	<b>N° PÁGINAS</b> <b>16</b>



# **PROTOCOLO DE** **TROMBOPROFILAXIS** **HOSPITAL DE URGENCIA** **ASISTENCIA PÚBLICA.**

Elaborado por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
 <b>DR. Valentín López F.</b> <b>Jefe del Servicio de</b> <b>Medicina</b>   <b>QF. Fabrizio Alarcón F.</b> <b>Servicio de Medicina</b>	 <b>EU M. Angélica Silva</b> <b>Unidad de calidad y</b> <b>seguridad del paciente</b>   <b>QF. Stephan Jarpa C.</b> <b>Jefe de calidad y seguridad</b> <b>del paciente.</b>	 <b>Dr. Luis Carrasco R.</b> <b>Director</b>
<b>Fecha: Mayo 2021</b>	<b>Fecha: Junio 2021</b>	<b>Fecha: Junio 2021</b>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código MED01
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	SERVICIO DE MEDICINA	Fecha: 04/2021 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE TROMBOPROFILAXIS DEL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Página 2 de 16

## ÍNDICE

I. Introducción	3
II. Objetivos	4
III. Alcance	4
IV. Definiciones	4
V. Responsables de la Ejecución	5
VI. Desarrollo del proceso	6
VII. Distribución	13
VIII Evaluación del cumplimiento	13
IX. Referencias Bibliográficas	14
X. Anexos	
Anexo 1 "Guía de tromboprofilaxis"	15
Anexo 2 "Pauta de evaluación de aplicación mensual"	16



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código MED01
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	SERVICIO DE MEDICINA	Fecha: 04/2021 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE TROMBOPROFILAXIS DEL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Página 3 de 16

## I. INTRODUCCIÓN:

La enfermedad tromboembólica (ETE), la cual incluye la trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar (TEP), está íntimamente relacionada a la atención de salud, estudios objetivan que del total de ETE, 60 - 75% se presenta durante la hospitalización, asociándose a peores desenlaces clínicos; esto hace, que la prevención y tratamiento formen parte de los estándares de calidad en la atención del paciente.

### Riesgo tromboembólico:

En 1856 Rudolph Virchow estableció las bases para entender la fisiopatología de la trombosis venosa profunda, que consiste en hipercoagulabilidad, lesión endotelial y estasis venosa.

En este contexto se han estudiado diferentes patologías que pudiesen contribuir a estos tres factores y por ende al desarrollo de enfermedad tromboembólica

Patología o Intervención	Estudios (pacientes)	% TVP (sin tromboprofilaxis)
Accidente cerebro vascular	6 (535)	36
Recambio prótesis de cadera	19 (458)	33
Politraumatismo	(335)	32
Lesión medular	(178)	25
Prostatectomía	8	
Estadía en UPC	3	
IAM	4	22

En relación a la tromboprofilaxis, se ha objetivado que las prácticas de tromboprofilaxis son heterogéneas; una proporción significativa de pacientes, no reciben una estrategia adecuada, razón por la cual, se busca clarificar conceptos en este documento.





HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código MED01
DIRECCIÓN	Versión: 01
SERVICIO DE MEDICINA	Fecha: 04/2021 Vigencia: 5 años
PROTOCOLO DE TROMBOPROFILAXIS DEL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Página 4 de 16

## II.OBJETIVOS:

### General:

Estandarizar las medidas preventivas a aplicar en pacientes hospitalizados con riesgo de Enfermedad Tromboembólica (ETE) en Hospital de urgencia asistencia pública

### Específicos:

Identificar el riesgo para desarrollar enfermedad tromboembólica en cada paciente hospitalizado

Instaurar medidas de tromboprofilaxis según el riesgo.

## III.ALCANCE

Todo paciente hospitalizado en HUAP (Hospital de Urgencia Asistencia Pública)

## IV.DEFINICIONES:

Paciente hospitalizado: Todo paciente que cuente con orden de hospitalización.

**ETE:** Enfermedad Tromboembólica.

Obstrucción de una o más venas por un coágulo (trombo) que puede ocasionar obstrucción de otros vasos a distancia (émbolo). Incluye:

- Trombosis Venosa Profunda (TVP), generalmente de extremidades inferiores.
- Embolia de vasos Pulmonares (TEP)


**TEP:** Tromboembolismo pulmonar.

La oclusión de uno o más vasos de la circulación arterial pulmonar por material extrínseco al pulmón, generalmente proveniente del sistema venoso periférico (TVP) o del Ventrículo derecho.

**TVP:** Trombosis venosa profunda.

Presencia de un coágulo dentro de una vena profunda

Intervención mayor: incluye toda intervención que requiera pabellón, drenajes por radiología internacional, traqueotomía percutánea y punción lumbar

		
	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código MED01
	DIRECCIÓN DEL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA SERVICIO DE MEDICINA	Versión: 01 Fecha: 04/2021 Vigencia: 5 años

PROTOCOLO DE TROMBOPROFILAXIS

V.RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN:

Profesional Médico: será responsable de categorizar el riesgo de ETE de los pacientes e indicar la tromboprofilaxis respectiva EN HOJA DE INDICACIONES

Profesional de Enfermería: será responsable de la educación a paciente y la aplicación de la tromboprofilaxis.

Jefe Médico de Servicios Clínicos, Químicos farmacéuticos y Unidad de Calidad Asistencial: será responsable de la evaluación mensual.

VI.DESARROLLO:

Lo primero que se debe realizar, una vez que el paciente se encuentre hospitalizado, es clasificar el riesgo de enfermedad tromboembólica.

**Clasificación de riesgo:**  
Si bien, son conocidos los factores que influyen en la aparición de ETE, existe la dificultad para estratificar o cuantificar de forma precisa dicho riesgo; para esto se han creado diferentes scores.

**Scores:**

ACCP (CHEST):			
Alto rendimiento en pacientes quirúrgicos.			
Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
Cirugía mayor en menores de 40 años sin factores de riesgo.	Cirugía menor y mayor entre 40 - 60 años sin factores de riesgo. Cirugía menor, en personas menores de 40 años con factores de riesgo.	Cirugía mayor en persona mayor de 60 años sin factores de riesgo. Cirugía mayor en persona mayor de 40 años con factores de riesgo.	Cirugía mayor en persona mayor de 40 años con antecedentes de: ETE previa, neoplasia, cirugía ortopédica, trombofilia, AVE, fractura de cadera





HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código MED01
DIRECCIÓN	Versión: 01
SERVICIO DE MEDICINA	Fecha: 04/2021 Vigencia: 5 años
PROTOCOLO DE TROMBOPROFILAXIS DEL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Página 7 de 16

#### PADUA.

Fácil de aplicar y el más conocido a nivel mundial.


CARACTERISTICAS	PUNTAJE
Cáncer activo	+3
Enfermedad Tromboembólica previa	+3
Movilidad reducida	+3
Trombofilia	+3
Intervención Quirúrgica reciente (1 mes)	+2
Edad avanzada (>70 años)	+1
Insuficiencia Cardíaca/respiratoria	+1
IAM o ACV	+1
Infección aguda o enfermedad reumatológica	+1

Tabla: Score    Obesidad (IMC >30)    +1

Tratamiento con estrógenos o ACO    +1

de Padua (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20738765>).



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código MED01
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	SERVICIO DE MEDICINA	Fecha: 04/2021 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE TROMBOPROFILAXIS DEL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Página 8 de 16

### CAPRINI/PANUCCI

Es el que tiene mayor valor predictivo positivo y negativo de los scores actualmente.

Each risk factor=1 point	Each risk factor=2 points	Each risk factor=3 points
<ul style="list-style-type: none"><li>Age 40-59 years</li><li>Minor surgery planned</li><li>BMI <math>\geq 30</math> kg/m<sup>2</sup></li><li>History of prior major surgery (&lt;1 month)</li><li>Swollen (current) Varicose veins</li><li>Sepsis (&lt;1 month)</li><li>Abnormal pulmonary function (COPD)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Age 60-74 years</li><li>Arthroscopic surgery</li><li>Major open surgery (&gt;45 minutes)</li><li>Laparoscopic surgery (&gt;45 minutes)</li><li>Prior cancer (except non-melanoma skin cancer)</li><li>Present cancer (except breast and thyroid)</li><li>Confined to bed (&gt;72 hours)</li><li>Immobilizing plaster cast</li><li>Central venous access</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Age <math>\geq 75</math> years</li><li>History of VTE</li><li>Family history of VTE</li><li>Present chemotherapy</li><li>Positive Factor V Leiden</li><li>Positive Prothrombin 20210A</li><li>Positive lupus anticoagulant</li><li>Elevated anticardiolipin antibodies</li><li>Elevated serum homocysteine</li><li>HIT</li><li>Other congenital or acquired thrombophilias</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Acute myocardial infarction (&lt;1 month)</li><li>Congestive heart failure (&lt;1 month)</li><li>History of IBD</li><li>Medical patient currently at bed rest</li></ul>		
<b>For women only (1 point each)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Pregnant or post-partum</li><li>History of unexplained or recurrent spontaneous abortion</li><li>Oral contraceptives or hormone replacement therapy</li></ul>		
	<b>Caprini risk category</b> Low Mo Total score Category	<b>Each risk factor=5 points</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Major surgery lasting &gt;6 hours</li><li>Stroke (&lt;1 month)</li><li>Elective major lower extremity arthroplasty (2005)</li><li>Hip, pelvis, leg fracture (&lt;1 month)</li><li>Acute spinal cord fracture or paralysis (&lt;1 month)</li><li>Multiple traumas (&lt;1 month)</li></ul>

Tabla: Score de CAPRINI (<https://www.mdcalc.com/caprini-score-venous-thromboembolism-2005>)

### Riesgo de enfermedad tromboembólica

Dado la diversidad de pacientes que atiende nuestra institución, y tomando en cuenta la preferencia de los médicos, se ha realizado una tabla consensuada, donde se podrá estratificar el riesgo de ETE, a partir de los score de CHEST, PADUA o CAPRINI

Riesgo	CHEST	PADUA	CAPRINI
BAJO	BAJO	0-2	0-4
MODERADO	MODERADO	3-4	5-8
ALTO	ALTO	5-6	9-11
MUY ALTO	MUY ALTO	>6	>12



### Riesgo de fracaso:

Pensando en la casuística de nuestro pacientes, donde la gravedad y la complejidad es alta; existe el riesgo de fracaso en relación a la tromboprofilaxis. Un análisis del estudio PROTEC (N de 3.746 pacientes), logró identificar una serie de factores de riesgo de fracaso de tromboprofilaxis, donde destaca: Antecedentes de ETE, presencia de neoplasia, IMC elevado (>35) y uso de vasopresores.

### TROMBOPROFILAXIS


Existen tanto medidas mecánicas como farmacológicas:

#### Tromboprofilaxis mecánica

- Medas de compresión graduada (MCG): Existe evidencia de que las MCG reducen el riesgo de ETE en pacientes de índole quirúrgica (metanálisis de 19 estudios;1681 pacientes). En relación a pacientes médicos, solo se ha visto eficacia en un estudio de 1993 donde se incluyeron 80 pacientes sobre 70 años, con el diagnóstico de IAM. En cuanto a paciente crítico, un estudio observacional de 798 paciente, objetivo que no reducía el riesgo de ETE (  $R=1.04$  )
- Compresión Neumática Intermitente (CNI): Un meta-análisis de 70 estudios (16.164 pacientes), el cual, incluye pacientes quirúrgicos, médicos, críticos y politraumatizados, objetivo que la CNI reduce el riesgo de TVP (7,3% vs 16,7%; RR 0,43;  $p < 0.001$ ) y TEP (1,2% vs 2,8%; RR 0,48%;  $p < 0,01$ ). Además, el riesgo de hemorragia es menor cuando se compara con tromboprofilaxis farmacológica.

- Filtro de vena cava. El beneficio como medida única de tromboprofilaxis es cuestionable. La única indicación actual es en pacientes politraumatizados, que desarrollaron TVP y se busca prevenir TEP sin posibilidad de tromboprofilaxis farmacológica



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código MED01
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	SERVICIO DE MEDICINA	Fecha: 04/2021 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE TROMBOPROFILAXIS DEL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Página 10 de 16

### **TROMBOPROFILAXIS FARMACOLÓGICA**

Un meta-análisis que incluyó 4 estudios y 3 14 pacientes, reportó que, comparado con placebo (Tabla 5), el uso de alguna heparina redujo el riesgo de TVP total (RR 0,51;  $p < 0.0001$ ) y TEP (RR 0,52;  $p = 0.04$ ) La frecuencia de hemorragia mayor (RR 0,82;  $p = 0.32$ ) fue similar al grupo control.

TROMBOPROFILAXIS				
FÁRMACO	DOSIS	AJUSTE POR FUNCIÓN RENAL Y PESO	ANTÍDOTO	REACCIONES ADVERSAS
DALTEPARINA (FRAGMIN)	5.000 UI/día SC.	No requiere ajuste por función renal.  En pacientes obesos con IMC >40 se sugiere utilizar 7.500 UI/día SC	Protamina (dosis máxima 50 mg): -Dalteparina < 8h desde administración: 10 mg protamina por cada 1000 UI dalteparina. Dalteparina > 8h desde administración: 5 mg protamina por cada 1000 UI dalteparina.  En caso de no tener respuesta con el esquema mencionado se puede administrar una segunda dosis del 50% (máximo 25 mg).	-Trombocitopenia -Hemorragia -Hematoma en sitio de punción -Reacciones de hipersensibilidad
ENOXAPARINA (CLEXANE)	40 mg /día SC.	No se recomienda utilizar en pacientes con $\text{Clcr} < 30 \text{ mL/min.}$  En pacientes obesos con:  IMC 30-39 usar dosis profiláctica estándar.  IMC >40 se sugiere utilizar 40 mg c/12 hrs SC.	Protamina (dosis máxima 50 mg): Enoxaparina < 8h desde administración: 1 mg/kg. Enoxaparina > 8h desde administración: 0,5 mg/kg.  En caso de no tener respuesta con el esquema mencionado se puede administrar una segunda dosis del 50% (máximo 25 mg).	-Hemorragia -Anemia -Edema periférico -Trombocitopenia -Hematoma en sitio de punción -Reacciones de hipersensibilidad





HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA

Código MED01

DIRECCIÓN  
HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA  
SERVICIO DE MEDICINA

Versión: 01

Fecha: 04/2021

Vigencia: 5 años

Página 11 de 16

HNF	5.000 UI c/12 hrs.	<b>PROTOCOLO DE TROMBOPROFILAXIS DEL PI</b>  No requiere ajuste por Función renal.  En pacientes obesos considerar dosificación cada 8 horas.	<b>Protamina (dosis máxima 50 mg):</b> 1 mg de protamina por cada 100 UI heparina.  Se deben neutralizar las dosis recibidas dentro de las 3h previo al sangrado de acuerdo al siguiente esquema: 1h: neutralizar el 100% de la dosis 2h: neutralizar el 50% de la dosis 3h: neutralizar el 25% de la dosis  Ejemplo 1h: 1000 UI: 10 mg protamina 2h: 1000 UI: 5 mg protamina 3h: 1000 UI: 2,5 mg protamina  Dosis Total = 10 mg + 5 mg + 2,5 mg = 17,5 mg dosis máxima	-Trombocitopenia -Reacciones de hipersensibilidad -Hemorragia -Hematomas Isquemia periférica
-----	--------------------	---	---	--

En caso de no tener respuesta con el esquema mencionado se puede administrar una segunda dosis (máximo 25 mg).

**Observaciones:**

- Se sugiere rotar sitios de punción para prevenir formación de hematomas.
- HNF primera elección en pacientes con ERC.


**Contraindicaciones generales:**

- Reacciones de hipersensibilidad al principio activo o algún componente de la formulación.
- Trombocitopenia severa, recuento de plaquetas  $< 50 \times 10^3 \text{ mm}^3$ .
- Trombocitopenia inducida por heparinas.
- Hemorragia activa.

**Contraindicaciones específicas:**

- Dalteparina: Angina inestable, infarto de miocardio sin onda Q o profilaxis de tromboembolismo venoso prolongado sometidos a anestesia epidural/neuroaxial.



		Código
	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PUBLICA	MED01
	DIRECCIÓN	Versión: 01

SERVICIO DE MEDICINA

PROTOCOLO DE TROMBOPROFILAXIS

DEL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA

Fecha: 04/2021

Vigencia: 5 años

Página 12 de 16

**RIESGO E INTERVENCIÓN**

Basado en las recomendaciones dictadas por el MINSAL, se plantea lo siguiente:

Riesgo	CHEST	PADUA	CAPRINI	INTERVENCIÓN
BAJO	BAJO	0-2	0-4	Deambulación Precoz (si es posible) + Medias compresión graduada
MODERADO	MODERADO	3-4	5-8	Deambulación Precoz (si es posible) + Medida Farmacológica + Compresión neumática intermitente
ALTO	ALTO	5-6	9-11	Deambulación Precoz (si es posible) +
MUY ALTO	MUY ALTO	>6	>12	Medida Farmacológica + Compresión neumática intermitente  Deambulación Precoz (si es posible) +


Medida Farmacológica +

Compresión neumática

intermitente

**SITUACIONES ESPECIALES Y/O CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Intervenciones mayores: Se debe suspender medidas farmacológicas 12 horas previas al procedimiento y reiniciar a las 24 horas posteriores a este (si el riesgo de hemorragia es alto, reiniciar a las 48 o 72 horas).
- No se deben suspender las medidas mecánicas.
- Se excluyen pacientes con anticoagulación plena.

		
	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código MED01
	PROTOCOLO DIRECCIÓN DE TROMBOFILIAS Y PROFILAXIS DEL HOSPITAL DE URGENCIA SERVICIO DE MEDICINA	Versión: 01 Fecha: 04/2021 Vigencia: 5 años

ASISTENCIA PÚBLICA

Página 13 de 16

## VII.DISTRIBUCIÓN:

Distribuir a todos los servicios clínicos

## VIII. EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO

Metodología:

- Se revisará, por parte de jefaturas clínicas, químicos farmacéuticos y equipo de calidad, pacientes de forma aleatoria, precisando la evaluación de riesgo y con las medidas preventivas correspondiente ( pauta)

Indicadores

1. Indicador:

Porcentaje de pacientes hospitalizados con evaluación de riesgo de ETE.

Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{N de pacientes hospitalizados con evaluación de riesgo de ETE}}{\text{Número total de pacientes hospitalizados}} \times 100$$

2. Indicador:

Porcentaje de pacientes con tromboprofilaxis y con aplicación de las medidas según el riesgo.

Fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{N de pacientes con tromboprofilaxis}}{\text{Número total de pacientes hospitalizados}} \times 100$$

Umbral de cumplimiento: 80% para ambos indicadores.  
Periodicidad de la evaluación: Mensual con informe trimestral.





HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código MED01
DIRECCIÓN	Versión: 01
SERVICIO DE MEDICINA	Fecha 04/2021 Vigencia: 5 años
PROTOCOLO DE TROMBOPROFILAXIS DEL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Página 14 de 16

## IX.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Benavides L. Normas de Seguridad del Paciente y Calidad de Atención Respecto de: Prevención Enfermedad Tromboembólica.[Acceso 08 de mayo de 2013]. Disponible en: [www.minsal.gob.cl/portal/url/item/cede67f930f982cce040010164012d43.pdf](http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/cede67f930f982cce040010164012d43.pdf)
- Caprini J, Biegler L. Venous Thromboembolism Risk Factor Assessment. [Acceso 10 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://medsourcellc.com/documents/CapriniRiskAssesemntTool.pdf> -Geerts W, Pineo G, Heit J, Bergqvist D Lassen M, Colwell C, et al. Prevention of Venous Thromboembolism: The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. Chest 2004; 126: 338-400.
- Guyatt G, AKL Elie, Crowther M, et al. Antithrombotic Therapy and prevention of Thrombosis, 9 thed: American Collage of the Chest Physicians EvidenceBased Clinical Practice Guidelines. Chest 2012, 141 (2), sup 7S, pag. 47S
- Maureen A, Prizziola J.Guidance for the practical management of the heparin anticoagulants in the treatment of venous thromboembolism.J romb Thrombolysis (2016) 41:165-186
- Kearon C, Akl A, Ornelas J, et al. Antithrombotic Therapy for VTE Disease CHEST Guideline and Expert Panel Report. CHEST 2016; 149(2):315-352
- Marti C, John G, Konstantinides S, et al. Systemic thrombolytic therapy for acute pulmonary embolism: a systematic review and meta-analysis. Eur Heart J. 2015;36(10):605-614.
- Holland L, Warkentin T, Refaai M, et al. Suboptimal effect of a three-factor prothrombin complex concentrate (Profilnine-SD) in correcting supratherapeutic international normalized ratio due to warfarin overdose Transfusion. 2009;49:1171-1177
- Lu G, DeGuzman F, Hollenbach S, et al. A specific antidote for reversal of anticoagulation by direct and indirect inhibitors of coagulation factor Xa. Nat Med. 2013;19:446-451





HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA		Código MED01
DIRECCIÓN DE PROFILAXIS DEL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA SERVICIO DE MEDICINA		Versión: 01
		Fecha: 04/2021

PROT

I N C I A PÚBLICA

Vigencia: 5 años


Página 15 de 16

## X.ANEXOS:

### Anexo 1

#### Guía Tromboprofilaxis

Nombre de paciente:		Servicio:		Sala	Cama
Riesgo	Medidas			Medico/Firma	
RIESGO	CHEST	PADUA	CAPRINI	INTERVENCION	
BAJO	BAJO	0-2	0-4	Deambulaci3n Precoz + Medias compresi3n graduada	
MODERADO	MODERADO	3-4	5-8	Deambulaci3n Precoz (si es posible) + Medida Farmacol3gica + Compresi3n neumática intermitente.	
ALTO	ALTO	5-6	9-11	Deambulaci3n Precoz (si es posible) + Medida Farmacol3gica + Compresi3n neumática intermitente.	
MUY ALTO	MUY ALTO	>6	>12	Deambulaci3n Precoz (si es posible) + Medida Farmacol3gica + Compresi3n neumática intermitente	

		
	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PUBLICA	Código MED01
	PROTOCOLO DE DIRECCIÓN DE PROFILAXIS DEL HOSPITAL DE	Versión: 01

SERVICIO DE MEDICINA

Fecha: 04/2021  
Vigencia: 5 años

URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA

Página 16 de 16

Anexo 2

Pauta de evaluación que se debe aplicar mensualmente para informe trimestral.



PAUTA COTEJO INDICADOR SEGURIDAD MINSAL: PREVENCIÓN ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

Evaluador:  
Período evaluado:

	IDENTIFICACIÓN PACIENTE FICHA CLÍNICA O RUT	SERVICIO O UNIDAD	MÉDICO TRATANTE	EVALUACIÓN DE RIESGO EN FICHA CLÍNICA SI/NO	NIVEL DE RIESGO EVALUADO EN FICHA CLÍNICA SI/NO	MEDIDAS PREVENTIVAS INDICADAS SEGÚN PROTOCOLO		MEDIDAS INSTALADAS DE ACUERDO A LO EVALUADO SI-NO-NO APLICA
						FISICAS	FARMACOLÓGICAS	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

N° total de pacientes hospitalizados	
N° total de pacientes de riesgo	
N° total de pacientes con riesgo M-A-MA	
N° total de pacientes riesgo y/o medidas de trombo profilaxis instaladas	

de ntes con evaluación

ntes con n

2. PUBLÍQUESE en el sitio electrónico del Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE y PUBLIQUESE

DR. LUIS OSVALDO CARRASCO RUIZ  
DIRECTOR (S)

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA



Distribución:

1. Dirección.
2. Subdirección de Gestión Clínica
3. Subdirección de Gestión del Cuidado
4. Subdirección de Gestión Administrativa y Financiera
5. Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas
6. Auditoría.
7. Asesoría Jurídica.
8. Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente
9. Calidad Percibida
10. Oficina de Partes.

Transcrito Fielmente  
Ministro de Fe