

ANTICOAGULACIÓN EN EL PACIENTE GRAVE. A PROPÓSITO DE UN ESQUEMA TERAPÉUTICO

Dr. Fidel Rivero Fernández

Hospital Provincial Manuel Ascunce Domenech

En la actualidad el tratamiento anticoagulante es utilizado en dos vertientes terapéuticas fundamentales, una terapéutica orientada a evitar la progresión de la coagulación intravascular como sucede en el tromboembolismo venoso¹⁻³ y dentro de este grupo de enfermedades se encuentra el tromboembolismo pulmonar, con una alta mortalidad en el paciente grave como ha sido expuesto en la literatura médica actual,⁴⁻⁸ y la otra profiláctica con el objetivo de evitar la aparición de complicaciones trombóticas en pacientes con un riesgo elevado, como es el caso del riesgo de stroke en la fibrilación auricular no valvular.⁹⁻¹¹ En la actualidad existen diferentes esquemas de anticoagulación según múltiples autores,¹²⁻¹⁵ lo que nos permite la estandarización de esta terapéutica con el objetivo de lograr un uso más eficaz de los anticoagulantes. Tomando en consideración lo anterior, así como la experiencia acumulada en nuestras unidades de atención al grave y la necesidad de estandarizar la terapéutica anticoagulante como pauta imprescindible para la mejoría de la calidad de la atención al enfermo grave, proponemos el siguiente esquema de tratamiento, el cual estaría conformado por la administración de heparina no fraccionada o convencional con un bolo de entrada o dosis de ataque de 100 unidades por Kg de peso lo que representaría 7000 unidades para el paciente de 70 Kg de peso y 10 000 unidades para el que tenga un peso de 100 Kg, y continuamos con una infusión continua de la misma a razón de 18 unidades por Kg de peso por hora lo que podría ser incrementado según la gravedad del paciente y los resultados de las pruebas de laboratorio hasta

entre 20 y 25 unidades por Kg de peso por hora en situaciones como el tromboembolismo pulmonar con inestabilidad hemodinámica. Este tratamiento se mantiene entre siete y 10 días de acuerdo con la evolución clínica del paciente y se realiza el seguimiento de laboratorio mediante el tiempo parcial de tromboplastina activado, el cual debe mantenerse entre 1.5 a 2.5 veces el control o entre 60 y 80 segundos. Iniciamos simultáneamente la administración de anticoagulante orales entre el segundo y tercer día de tratamiento, preferiblemente con Warfarina a una dosis de 10mg de inicio que se adecuaría de acuerdo con los resultados del INR, alcanzando niveles de anticoagulación alrededor del quinto día de tratamiento lo que permite la reducción de las dosis de heparina no fraccionada. Con respecto a la profilaxis de complicaciones clínicas mediante el uso de anticoagulación se utilizan las heparinas de bajo peso molecular de probada eficacia con este objetivo^{1, 2, 15} o la heparina no fraccionada a dosis de 5000 unidades cada 8 o 12 h.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yacovella T, Alter M. Anticoagulation for venous thromboembolism. *Postgraduate Medicine* 2000; 108(4):43-54.
2. Andresen M. Embolia pulmonar. Apuntes de Medicina Intensiva. Universidad Pontificia Católica de Chile. Disponible en :<http://www.escuela.med.puc.cl/>
3. Weiman Ey, Salzman EW. Trombosis venosa profunda. *Rev. Cub. Med* 1996; 35(2):44-58.
4. Douketis JD. Prognosis in pulmonary embolism. *Current Opinión in Pumonary Medicine* 2001; 7(5):354-59.
5. Filler P. Symptomatic pulmonary embolism predicts recurrent venous thromboembolism. *BMJ* 2004; 328(17).
6. Rahimtoola A, Bergin JD. Acute pulmonary embolism: an update on diagnosis and management. *Curr Probl Cardiol* 2005; 30(2):61-114.
7. Sharma Sat. Pulmonary embolism 2005. Disponible en: <http://www.emedicine.com/med/topic1962.htm>.
8. Antunez M, Navarro J, Rodríguez JC, Undurraga A. Tromboembolismo pulmonar: el valor de la clínica. *Rev Chil Enferm Respir* 2002; 18(2).
9. Abdelhafiz AH. A review of anticoagulation with warfarin in patients. *Clin Ther.* 2001; 23(10):1628-36.

10. Wittkowsky AK. Effective anticoagulation therapy: defining the gap between clinical studies and clinical practice. Am J Manag. 2004; 10(10):297-306.
11. Akhtar W, Reeves WC and Movahed A. Indications for anticoagulation in atrial fibrillation. American Family Physician.1998; 58(1).
12. Caballero López A. Terapia Intensiva. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Medicas; 2000.p. 1234-54.
13. Roca Goderich R. Temas de Medicina Interna. Tomo I.4ed. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002. p.449-57.
14. Winters KJ, Eisenberg PR. Cardiopatía isquémica. En: Manual Washington de Terapéutica Medica.10ed. Barcelona: MASSON; 1999.p.77-101.
15. Philip WM, Broze JG, Militich JP, Douglas MJ. Anticoagulantes, trombolíticos y antiplaquetarios. En: Las bases farmacológicas de la terapéutica médica. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 1996.p.1423-445.

Recibido: 31 de octubre de 2005.

Aceptado: 22 de marzo de 2006.

Dr. Fidel Rivero Fernández. Especialista de II Grado en Angiología y Cirugía Vasculard. Médico Intensivista. Hospital Provincial Manuel Ascunce Domenech
rivero@shine.cmw.sld.cu