

ANEXO 1: SCORE CAPRINI

Rut: Nombre: Edad: N° Ficha: Fecha:

VALORACION DEL RIESGO POR FLEBOTROMBOSIS EN PACIENTES QUIRURGICO GENERAL MODIFICADO CAPRINI		
FACTOR DE RIESGO		Marcar
Si su paciente tiene 1 o mas de estos factores de riesgo, cada uno representa, 1 PUNTO	Edad 41-60 años	☐
	Cirugía menor	☐
	IMC > 25 kg/m2	☐
	Piernas hinchadas (edema)	☐
	Venas varicosas	☐
	Embarazo o post - parto	☐
	Historia de aborto recurrente	☐
	Uso de anticonceptivos orales	☐
	Sepsis < 1 mes	☐
	Enfermedad Pulmonar severa incluida neumonía < 1 mes	☐
	Función pulmonar anormal	☐
	Infarto agudo al miocardio	☐
	Insuficiencia cardiaca < 1 mes	☐
Si su paciente tiene 1 o mas de estos factores de riesgo, cada uno representa, 2 PUNTOS	Enfermedad Inflamatoria intestinal	☐
	Paciente médico en reposo en cama	☐
	Edad 61-74 años	☐
	Cirugía artroscópica	☐
	Cirugía mayor abierta > 45 min.	☐
	Cirugía laparoscópica > 45 min	☐
Si su paciente tiene 1 o mas de estos factores de riesgo, cada uno representa, 3 PUNTOS	Neoplasias	☐
	Confinado a cama > 72 hrs. post quirúrgico	☐
	Inmovilización con yeso	☐
	Acceso venoso central	☐
	Edad > 75 años	☐
	Historia de TVP	☐
	Historia familiar de TVP	☐
	Factor V Leiden	☐
	Protombina 20210A	☐
Si su paciente tiene 1 o mas de estos factores de riesgo, cada uno representa, 5 PUNTOS	Anticoagulante lúpico	☐
	Anticuerpos anticardiolipinas	☐
	Hemocisteinemia elevadas	☐
	Tromocitopenia inducida por heparina	☐
	Otras trombofilias congénitas	☐
Si su paciente tiene 1 o mas de estos factores de riesgo, cada uno representa, 5 PUNTOS	Stroke (< 1 mes)	☐
	Artroplastia electiva	☐
	Fractura pelvis, piernas, cadera	☐
	Daño medular agudo < 1 mes	☐
TOTAL DE PUNTOS: 6		RIESGO: ALTO

Categoría de Riesgo quirúrgico	Score	Riesgo estimado de flebotrombosis en ausencia de profilaxis mecánica o farmacológica
Muy bajo riesgo	0	Mínima probabilidad
Bajo riesgo	1 - 2	Mínima probabilidad
Moderado riesgo	3 - 4	0.7%
Alto riesgo	5 - 6	1.8%
Alto riesgo	7 - 8	4.0%
Muy alto riesgo	Igual o > a 9	10.7%

Medidas Preventivas Indicadas:

MAE: Profilaxis tromboembólica: Nombre y/o firma médico

Medidas Preventivas Indicadas: