



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

**“ENFERMEDAD TROMBOEBOICA VENOSA
PROFUNDA”**

DOCENTE: DR. SAUL PERAZA MARIN.

MATERIA: CARDIOLOGÍA.

ALUMNO: MIGUEL VELASQUEZ CELAYA

TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.

ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA PROFUNDA.

La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) es un trastorno clínico que cursa con trombosis venosa profunda (TVP) y/o embolismo pulmonar (EP).

La trombosis es una enfermedad multigénica que cada vez se observa con mayor frecuencia asociada a múltiples factores de riesgo en pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos.

La trombosis es un problema de salud pública mundial y en México representa una de las primeras causas de mortalidad, sin embargo, se desconoce la cifra precisa del número de casos de trombosis, pero basado en estimaciones mundiales, en México pueden existir de entre 400,000 y 500,000 casos de trombosis por año. De tal manera que el conocimiento de los medicamentos antitrombóticos es trascendental a efecto de efectuar medidas de prevención primaria y secundaria adecuadas.

La TVP es secundaria a la formación de coágulos sanguíneos en las venas grandes, casi siempre en las extremidades inferiores.

Factores principales que favorecen la enfermedad trombo embólica venosa.

Los pacientes con una historia de trauma o cirugía ortopédica, trauma mayor, daño en médula espinal, tienen un riesgo alto para eventos tromboembólicos, ya sea trombosis venosa profunda (TVP) o tromboembolia pulmonar (TEP).

Los pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor, por ejemplo reemplazo articular tienen un riesgo de tromboembolismo venoso entre el 50% y 80% con un riesgo de TEP del 10%.

“Tríada de Virchow”, estos factores son:

- Lesión endotelial.
- Estasis venosa.
- Alteraciones en el componente sanguíneo o hipercoagulabilidad.

Factores de riesgo generales relacionados con enfermedad trombo embólica venosa.

- Edad: >40 años.
- Sedentarismo.
- Inmovilización prolongada.
- Cirugía Ortopédica (grandes articulaciones).
- Fracturas de miembros inferiores (huesos largos y pelvis).
- Uso prolongado de torniquete neumático.

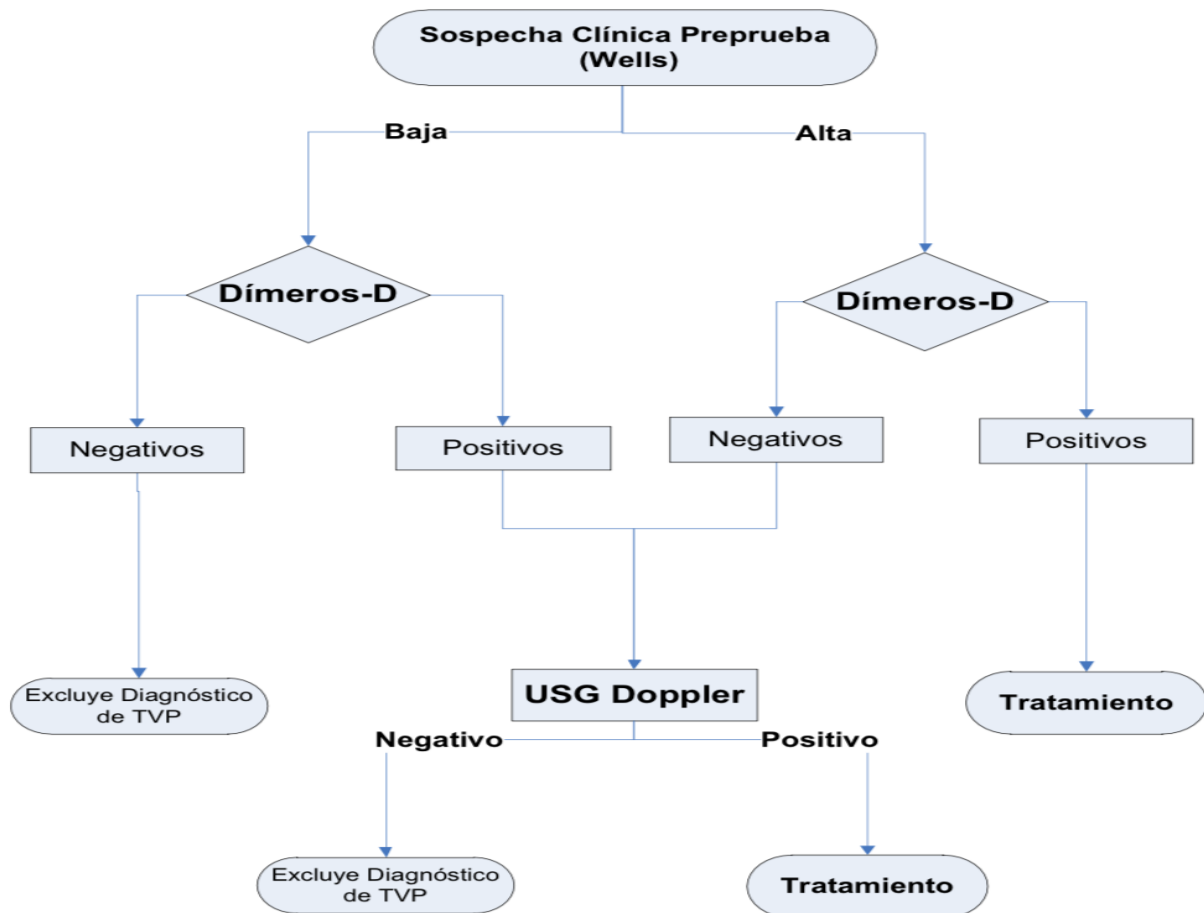
- Trauma vascular.
- Uso de hormonales.
- Embarazo y puerperio.
- Insuficiencia venosa profunda.
- Cáncer.
- Lupus eritematoso generalizado, síndrome de anticuerpos antifosfolípidos.
- Obesidad mórbida.
- Catéter venoso central.
- Cirugía bariátrica.
- Tabaquismo.

Manifestaciones clínicas.

- Dolor en el miembro afectado.
- Edema de la extremidad afectada.
- Eritema.
- Calor local.
- Dificultad o imposibilidad para la deambulaci3n.
- Hipersensibilidad en la pantorrilla.

¿C3mo se diagn3stica la trombosis venosa profunda?

- El diagn3stico de la ETEV se fundamenta en la clínica, aunque hay un porcentaje de pacientes que presenta una enfermedad silenciosa, la frecuencia depende de la serie de pacientes estudiados, pero puede ser de 20- 40%.
- En la exploraci3n f3sica se puede palpar el trayecto venoso referido como cord3n venoso.
- Índice de Wells.
 - A) Alto riesgo: sensibilidad 56.6%(51-62.1).
 - B) Riesgo intermedio: sensibilidad 32.2% (28-36.1).
 - C) Bajo Riesgo: 11.1% (8.4-13.8%).
- Concentraci3n del dímero D (<500 µg/ml descarta la posibilidad de tromboembolia pulmonar).
 - Ecografía Doppler.
 - TAC.
 - Determinaci3n de ELISA en placa.
 - Flebografía.
 - Angiografía (Gold standard para TP).



Pautas profilácticas de la trombosis venosa profunda

- El recordar al paciente el movilizar sus extremidades inferiores en forma voluntaria.
- Ligero Trendelemburg en la cama.
- Deambulación precoz.
- Corrección de la hipovolemia y el débito bajo.
- Vendaje intermitente de extremidades inferiores y uso de calcetas graduadas.
- Compresión neumática intermitente.
- La compresión de 9 a 12mm Hg es profiláctica.

- Heparina no fraccionada.
- HBPM. (Gold standard Enoxoparina).
- Cumarínicos.
- Fondaparinux (2.5mg sc por día).
- Rivaroxabán (En cirugía de reemplazo articular de cadera o de rodilla).
- Dabigatrán (En cirugía de reemplazo articular de cadera o de rodilla).

Pautas terapéuticas para tratar la trombosis venosa profunda.

Para el tratamiento inicial de una TVP o un EP, pueden utilizarse:

- Heparina convencional (no fraccionada) intravenosa.
- Heparinas de bajo peso molecular (HBPM).
- O Fondaparinux (Pentasacárido), con igual efectividad y seguridad.

En pacientes con TVP o EP, si se decide el empleo de HNF IV, debe iniciarse mediante un bolo inicial de 80 UI/Kg o 5000 U, seguido de una infusión continua IV de 18 U/kg/h o 1,300 UI/hr con ajuste de la dosis de acuerdo al TTPa, el cual debe mantenerse al doble del valor normal (prolongación que corresponde a niveles de heparinemia entre 0.3 y 0.7 UI/mL anti Xa).

El tratamiento de la TVP y EP aguda también puede efectuarse con HBPM a las dosis de enoxaparina 1 mg/kg/12 hrs o 1.5 mg/kg/día (anti Xa 0.5-1 UI/ml) por al menos 5 días, suspendiéndose cuando ya el paciente reciba AVK y el INR este en rangos terapéuticos.

El empleo de cumarínicos se debe iniciar a la brevedad en conjunto con la heparina con el objetivo que entre los 3 a 5 días de tratamiento el paciente mantenga el INR de 2 a 3. Puede iniciarse Warfarina o Acenocumarina, la primera a dosis diaria de 2.5 a 5 mg y la segunda entre 2 y 4 mg al día.

En la fase aguda de la TVP se recomienda el uso de deambulación temprana ya que disminuye el dolor y el edema.

Los pacientes con TVP proximal sin factores de riesgo deben ser tratados por lo menos 3 meses y evaluar el beneficio de continuar la terapia.

Los pacientes con TVP y riesgo de recurrencia por factores de riesgo se recomiendan anticoagulación indefinida.

Los pacientes con TVP y cáncer deben ser tratados por 3 a 6 meses o continuar la terapia si existe actividad tumoral.

Conclusiones finales.

Se recomienda que a la persona que presente un primer evento de ETV se investiguen los factores de riesgo para verificar si son genéticos, adquiridos o ambientales.

Se recomienda reconocer los factores de riesgo para ETV y estratificarlo, sobre todo en el paciente quirúrgico y emplear un esquema de trombopprofilaxis ya sea mecánico, farmacológico o combinado. Así también clasificar el riesgo de acuerdo al grado de probabilidad de trombosis en riesgo alto, intermedio o bajo, de acuerdo a la razón de momios (OR).

Sospechar TVP en la persona que presenta en una extremidad edema inexplicable, con dolor, aumento de calor local, cambios de coloración (eritema o cianosis), dilatación de venas superficiales y signos clínicos de Homans, Lisker y/o Bancroft o Moses, positivos.

Se recomienda utilizar el modelo de probabilidad clínica de Wells para clasificar el riesgo de TVP en bajo, intermedio o alto y evaluar (si están disponibles) en conjunto con los resultados del Dímero D (DD) y ultrasonido (USG).

Se recomienda que en la persona con baja probabilidad clínica del modelo de Wells (puntaje ≤ 0) un DD negativo de alta sensibilidad descarta la TVP, sí el DD es positivo realizar USG dúplex a color. Si no se dispone del DD se sugiere realizar ultrasonido dúplex en toda la pierna.

BIBLIOGRAFÍA.

Harrison: Principios de Medicina Interna, 18 Edición. McGraw-Hill Interamericana de España 2013.

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/437_GPC_Enf_troboembolica_venosa/GRR_Enfermedad_tromboembolica_venosa.pdf.

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/425GRR.pdf>.