

Factores de riesgo generales relacionados con enfermedad tromboembólica venosa.

Un factor de riesgo, es un elemento predisponente a la aparición de una enfermedad que se presenta con un aumento de la incidencia en comparación con la media de la población normal

• Sexo

Se presenta con más frecuencia en las mujeres en vida reproductiva y en los hombres durante la vejez y que va en aumento.

• Edad e inmovilización

La frecuencia es baja en menores de los 40 años y después de esta edad se duplica cada 10 años. Se presenta, además en 1 de 1 000,000 individuos de 15 años o menos, comparado con 1 en 100 por encima de los 80 años.

• Enfermedad tromboembólica venosa previa

Es 3 veces más frecuente cuando no hay otros factores de riesgo y 6 veces más cuando existen factores de riesgo asociados.

• Traumatismo, tabaquismo y obesidad

Aproximadamente 20 % de los politraumatizados pueden presentar tromboembolismo masivo. Se ha demostrado una frecuencia de TEP en pacientes con fractura de pelvis, tibia, fémur y columna

• Neoplasias

Los aparatos que más se relacionan con trombosis son: sistema digestivo, genitourinario, pulmón, próstata y páncreas, determinando un riesgo de 1,7 a 6,7%.^{10,11}

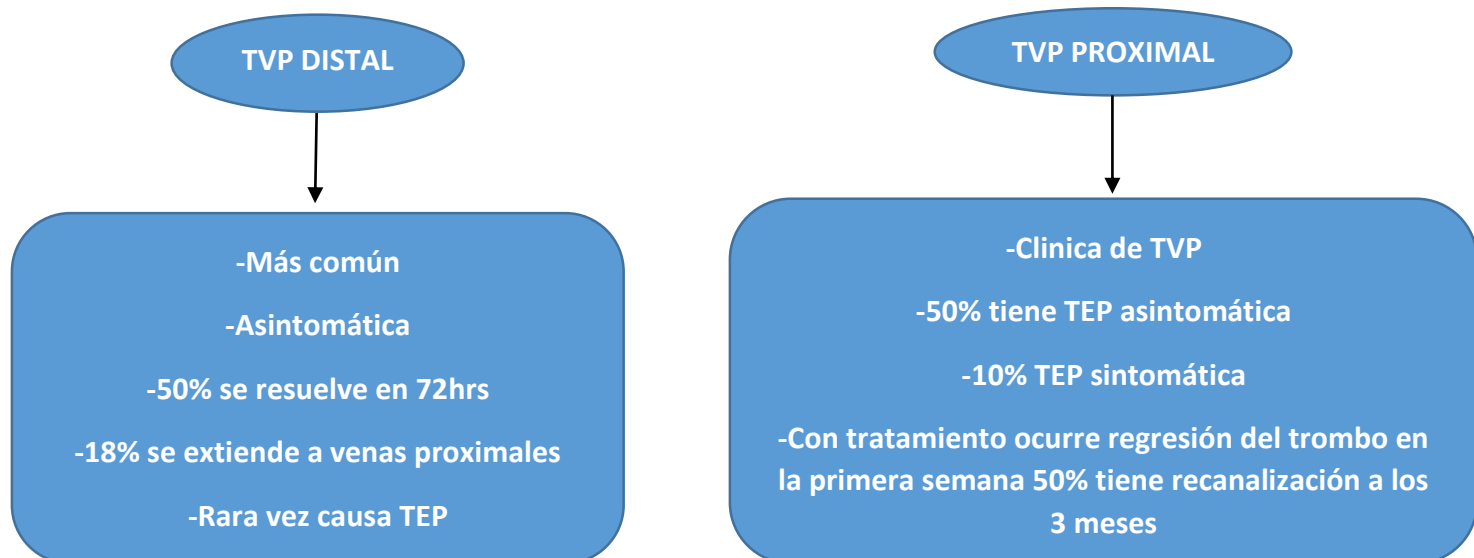
• Diabetes y enfermedad cardíaca

Se señala que en pacientes con diabetes es 1,4-2,3 veces mayor la presencia de TEP y puede relacionarse con el grado del daño vascular que acompaña esta entidad clínica

Tabla 1. Estados de hipercoagulabilidad heredados y adquiridos

<p>Hereditarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Frecuentes: <ul style="list-style-type: none"> • Mutación G1691A del gen del factor V (factor V Leiden). • Mutación G2021A del gen de la protrombina (factor II). • Homocigóticos para la mutación C677T del gen de la metileno tetrahidrofolato reductasa. — Raros: <ul style="list-style-type: none"> • Deficiencia de antitrombina. • Deficiencia de la proteína C. • Deficiencia de la proteína S. — Muy raros: <ul style="list-style-type: none"> • Disfibrinogenemia. • Homocigóticos para la homocistinuria. <p>Probablemente hereditarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Aumento de los niveles de factor VIII, f. IX, f. XI, o fibrinógeno. <p>Adquiridos:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Cirugía y traumatismos. — Inmovilización prolongada. — Edad avanzada. — Cáncer. — Enfermedades mieloproliferativas. — Trombosis previas. — Embarazo y puerperio. — Utilización de anticonceptivos hormonales o terapia hormonal sustitutiva. — Resistencia a la proteína C activada que no depende de alteraciones del gen del factor V. — Anticuerpos antifosfolípido. — Hiperhomocisteinemia leve-moderada. — Fármacos (heparina...).

Evolución natural de la trombosis venosa



FACTORES DE RIESGO

Generales

- Edad: mayor a partir de los 40 años
- Inmovilización prolongada: incidencia del 13% si es > 8 días
- TVP o embolias pulmonares previas
- Insuficiencia venosa crónica
- Embarazo y posparto
- Traumatismos
- Obesidad
- Viajes prolongados

Fármacos

- Anticonceptivos orales
- Terapia hormonal sustitutiva
- Tamoxifeno
- Quimioterapia

Asociados a cirugía

- Cirugía ortopédica
- Cirugía mayor, sobre todo abdominal, neuroquirúrgica o pélvica
- Portadores de vía venosa central

Landaw SA, Bauer KA. Approach to the diagnosis and therapy of deep vein thrombosis. Up To date. Disponible en: <http://uptodateonline.com>

DIAGNÓSTICO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)

Sospecha clínica

Los síntomas y signos que hacen pensar en una TVP son muy inespecíficos: el dolor, tumefacción, edema con fovea, enrojecimiento, impotencia funcional son datos que podemos encontrarnos en otras entidades sin relación con la patología trombotica venosa.

La importancia de la estratificación y ponderación de la sospecha clínica viene de esa inespecificidad clínica que lleva al uso abusivo de los recursos diagnósticos. En este sentido, la escala de estratificación de la sospecha clínica de las TVP más usada y validada en diferentes trabajos ha sido la de Wells

Técnicas ecográficas

Entre las técnicas por ultrasonidos para la exploración venosa de los miembros inferiores existen: la ecografía venosa compresiva; la ecografía dúplex, que es la incorporación a la ecografía en modo B del examen Doppler del flujo venoso y el eco-Doppler color, que incorporan la imagen en color según la dirección del flujo sanguíneo.

El principal criterio diagnóstico de trombosis es la falta de compresibilidad venosa ejercida con la presión con una sola mano a través del transductor

Flebografía

Es la técnica de referencia diagnóstica de las TVP; permite la visualización directa del trombo. Su carácter invasivo, el uso de contrastes yodados y el desarrollo de otras técnicas han hecho que su empleo haya caído en descenso

Tabla 1. Modelo de predicción clínica de TVP (Wells)

Variable	Puntos
Edema con fovea	1
Inflamación desde la raíz del miembro	1
Dolor	1
Inflamación de la pantorrilla > 3 cm que el miembro asintomático (medido a 10 cm bajo la tuberosidad tibial)	1
Circulación colateral venosa superficial (no varicosa)	1
Inmovilización > 3 días o cirugía en las 12 semanas previas	1
Parálisis, paresias o inmovilización reciente de miembros inferiores	1
Antecedente de TVP previa	1
Neoplasia (en tratamiento, tratada en los últimos 6 meses o en cuidados paliativos)	1
Diagnóstico alternativo más probable que la TVP	-2

*Baja probabilidad: suma de menos de 1 punto.
Moderada probabilidad: suma entre 1-2 puntos (inclusive).
Alta probabilidad: suma de más de 2 puntos.
Improbable: < 2; probable: > o = 2.
(Wells PS, Anderson DR, Bormanis J et al. Value of assessment of pretest probability of deep-vein thrombosis in clinical management. Lancet 1997; 350: 1795-8.)*

Pautas profilácticas de la trombosis venosa profunda

Consiste en la aplicación de medidas físicas y/o farmacológicas para prevenir el TEV y sus complicaciones en pacientes con patologías y factores de riesgo que favorecen la aparición de trombosis. La duración y tipo de profilaxis depende de los factores de riesgo trombotico que presenta cada paciente y se basa en la aplicación de 3 recomendaciones principales:

1.- MOVILIZACION PRECOZ: Movilización activa o pasiva y mantenimiento de las extremidades elevadas

2.- METODOS MECANICOS: Consiste en el empleo de medidas elásticas de compresión gradual y botas de compresión neumática intermitente

3.- METODOS FARMACOLOGICOS: Administrativos por vía subcutánea de heparina no fraccionada o bajo peso molecular, pentasacarido. Lo más

recomendable es la de HBPM sc en dosis, única diaria, sin necesidad de monitorización de laboratorio

Pautas terapéuticas para tratar la trombosis venosa profunda

Técnicas de reeducación

La indicación de las técnicas físicas se evaluará cada vez en función del riesgo global de TVP y del tipo de tratamiento anticoagulante asociado:

Kinesiterapia activa (Cinesiterapia):

Esta kinesiterapia analítica se efectuará alternativamente en clinostatismo y en ortostatismo de forma que se estimule la vasomotricidad. Se basa en primer lugar en la verticalización y en la reanudación de la marcha (si es posible con apoyo) precoces. Se asociará el trabajo analítico, centrado en la musculatura crural: movimientos de flexión-extensión, eversión-inversión de los pies, asociados a la elevación de las extremidades inferiores. Estos movimientos deben ser repetidos en series, en sinergia con ejercicios respiratorios que estimulen de forma amplia y lenta el par diafragma-banda abdominal. Las sesiones deben repetirse durante la jornada, siendo deseable la educación del paciente para que se haga cargo él mismo.