

Enfermedad Tromboembólica Venosa y Tromboembolismo pulmonar

OBJETO: Establecer las actuaciones a seguir ante pacientes que acuden a Urgencias con síntomas/diagnóstico de enfermedad tromboembólica venosa y tromboembolismo pulmonar.

ALCANCE: Pacientes con síntomas de enfermedad tromboembólica venosa o pulmonar que acuden a los Servicios de Urgencias de HM Hospitales.

DEFINICIÓN

Se define el Tromboembolismo Pulmonar (TEP) como el cuadro clínico derivado de la obstrucción de la arteria pulmonar o una de sus ramas por un trombo originado en otra parte del cuerpo (generalmente una extremidad o cavidad abdominal).

JUSTIFICACIÓN

El (TEP) es una forma frecuente de tromboembolismo venoso (TEV) que puede ser mortal.

La presentación clínica del TEP es variable y, a menudo, inespecífica, lo que dificulta el diagnóstico.

OBJETIVOS

1. Realizar una evaluación clínica eficiente y rápida de los pacientes con sospecha de TEP
2. Diagnosticar y tratar los casos de TEP rápidamente.
3. Reducir la morbilidad y mortalidad asociadas al TEP

TIPOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN

1. SEGÚN LA CRONOLOGÍA:

- TEP AGUDO: los síntomas aparecen inmediatamente o antes de 48 horas.
- TEP SUBAGUDO: los síntomas aparecen entre 3 y 14 días.
- TEP CRÓNICO: el que lleva más de dos semanas de evolución.

2. SEGÚN LA SITUACIÓN HEMODINÁMICA Y NIVEL DE RIESGO:

- INESTABLE, MASIVO O DE ALTO RIESGO:
 - Hipotensión ≤ 90 mmHg
 - Caída en la TAS ≥ 40 mmHg desde el inicio durante un período > 15 min.
 - Hipotensión que requiere vasopresores o soporte inotrópico
 - No se explica por otras causas como sepsis, arritmia, disfunción ventricular izquierda por isquemia miocárdica aguda o hipovolemia.
- ESTABLE, DE RIESGO INTERMEDIO ALTO:
 - No cumple los criterios de inestable o alto riesgo.
 - Hay disfunción de ventrículo derecho (VD) + elevación troponina
- ESTABLE, DE RIESGO INTERMEDIO BAJO
 - Cualquier PESI CON disfunción de VD sin elevación de troponina o PESI alto riesgo pero sin disfunción VD ni elevación de troponina
- ESTABLE O DE BAJO RIESGO:
 - PESI de bajo riesgo..
 - No existe disfunción ventricular derecha.

EPIDEMIOLOGÍA

La **incidencia** general es de aproximadamente 112 casos/100.000 habit./año. Es mayor en hombres que en mujeres (56/48 por 100.000).

Aumenta con la edad, particularmente en las mujeres, de modo que tiene una incidencia de >500/ 100.000 después de los 75 años. Las estatinas, el ejercicio regular y un IMC bajo pueden reducir la incidencia.

La **mortalidad** global por TEP es alta, en torno a 4% a los 30 días y el 13% al año. La tasa de letalidad llega al 30% en ausencia de tratamiento y aumenta con la edad. Tras TVP entre 20-50% desarrollan síndrome postrombótico y entre 2 - 4% tras TEP desarrollan hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HTPTEC).

https://www.uptodate.com/contents/overview-of-acute-pulmonary-embolism-in-adults?search=tromboembolismo%20pulmonar&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

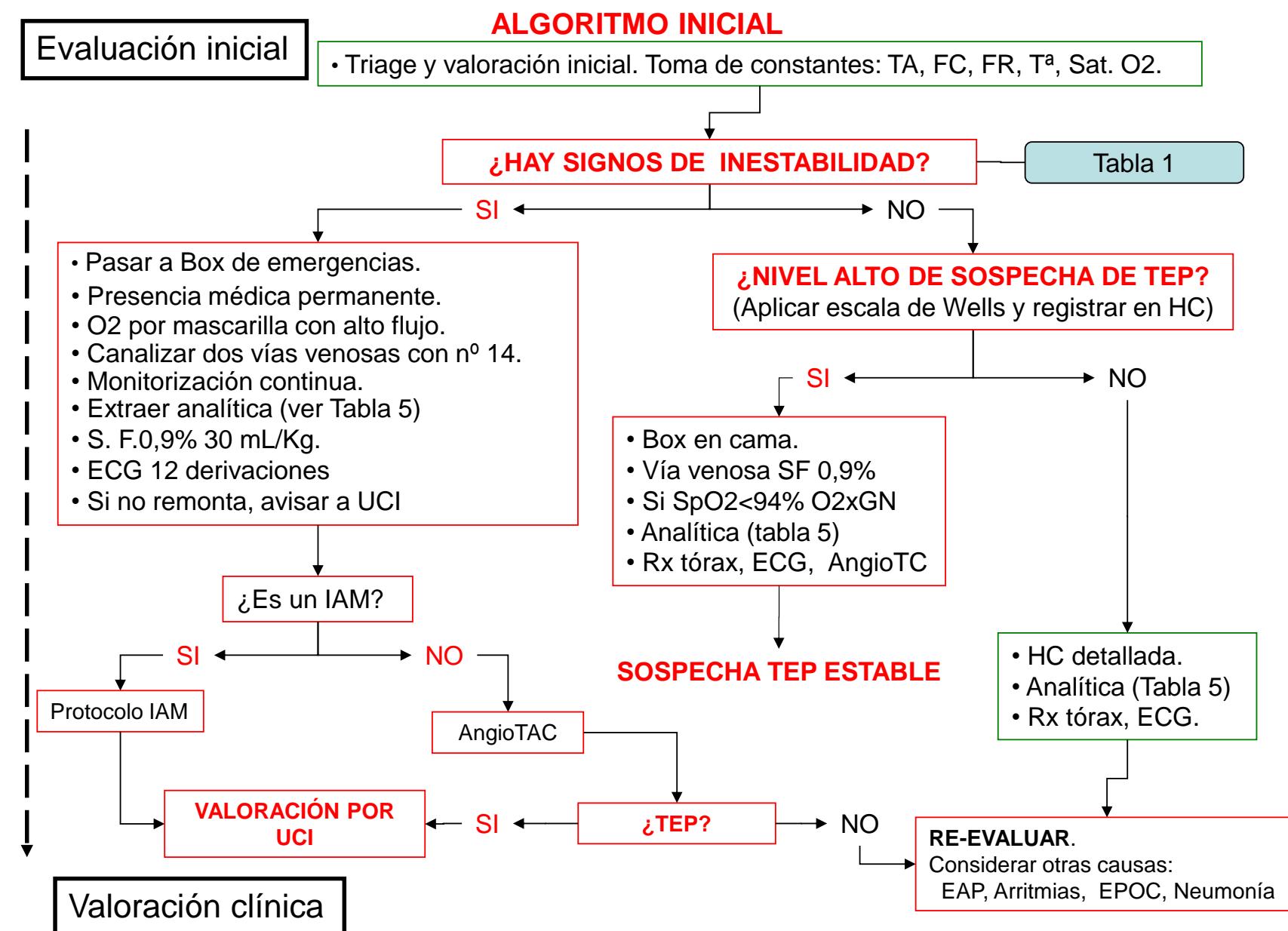
SINTOMATOLOGÍA

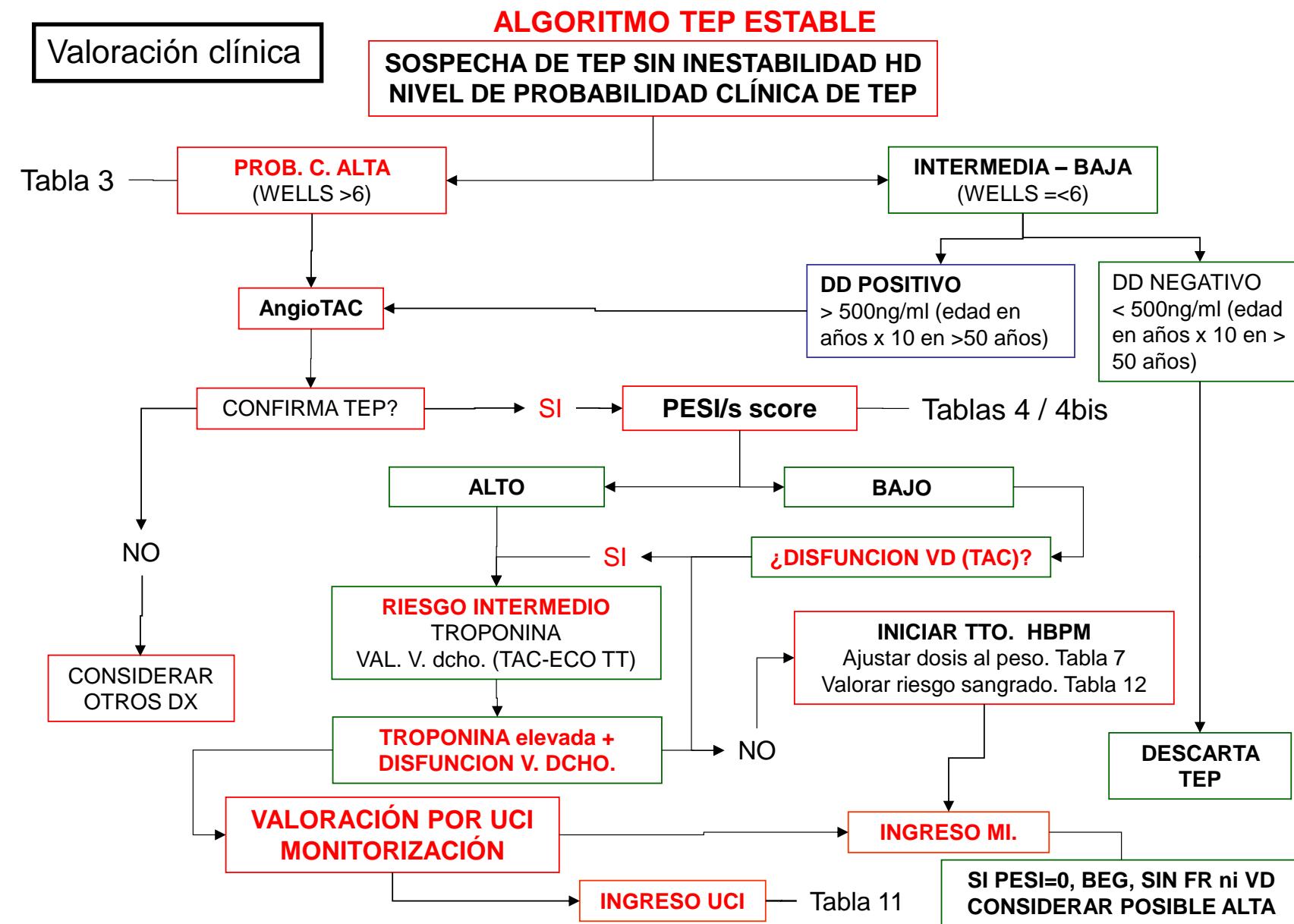
Los síntomas iniciales son muy variados, oscilando entre los casos asintomáticos hasta el paciente en shock o la muerte súbita (ver tabla 2). El síntoma más frecuente es la **disnea** seguido del **dolor torácico**.

Hasta 1/3 de los pacientes con Trombosis Venosa Profunda pueden tener un TEP asintomático. **Si se detecta una TVP es obligado evaluar TEP.**

La impresión clínica sola tiene una sensibilidad del 85% y una especificidad del 51%, por lo que **es fundamental mantener un alto nivel de sospecha hasta disponer de pruebas objetivas que lo descarten.**

https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-evaluation-and-diagnosis-of-the-nonpregnant-adult-with-suspected-acute-pulmonary-embolism?search=tromboembolismo%20pulmonar&source=search_result&selectedTitle=5~150&use_type=default&display_rank=4





Evaluación inicial

- Triage y valoración inicial. Toma de constantes: TA, FC, T^a, Sat. O₂.

¿SOSPECHA TVP?

- dolor, hinchazón o edema en MM.II. de corta evolución.
- Factores de riesgo de ETEV

F. Riesgo
(Tabla 8)

APLICAR REGLA DE WELLS PARA TVP

(Tabla 9)

Valoración clínica

NIVEL DE SOSPECHA CLÍNICA DE TVP

PC BAJA
TVP IMPROBABLE

DÍMERO D

DD BAJO

EXCLUYE TVP

PC INTERMEDIA – ALTA
TVP PROBABLE

ECO-Doppler

CONFIRMA TVP

DD ALTO

EXCLUYE TVP

¿HAY CRITERIOS DE INGRESO?

(Tabla 10)

INGRESO MI CON TTO.
HBPM + Analgesia

Tabla 12

RE-EVALUAR EN CONSULTA CIR. VASC.
1 SEMANA

Modificado de SEMI

TABLA 1

SIGNOS DE SHOCK/INESTABILIDAD HEMODINÁMICA

- **HIPOTENSIÓN (TAS<90 mmHg, TAD<50 mmHg).**
- **TAQUICARDIA (FC>100)**
- **FRECUENCIA RESPIRATORIA >30 O <10 POR MINUTO.**
- **PÚLSO DÉBIL**
- **MALA PERFUSIÓN PERIFÉRICA.**
- **AGITACIÓN, OBNUBILACIÓN.**

TABLA 2

MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN TEP

SINTOMAS	FRECUENCIA
Disnea súbita	80-88%
Dolor torácico agudo tipo pleurítico	70-76%
Dolor torácico agudo inespecífico	14-17%
Ansiedad, inquietud	36-60%
Tos	50-53%
Sudoración	27-40%
Hemoptisis	28-30%
Dolor en la pantorrilla	39%
Síncope	13%
Palpitaciones	10%
SIGNOS	
Taquipnea (>20 rpm)	85-92%
Taquicardia (>100 lpm)	50-58%
Aumento 2º tono pulmonar (S2P)	53-57%
Crepitantes auscultatorios	55-58%
Fiebre (>37,5º)	35-50%
Signos TVP mm.ii.	32-41%
Cianosis	18%
Arritmias	15%
Elaboración propia a partir de datos de (1,2,3,4)	

TABLA 2 BIS

ÍTEMES QUE DEBEN REGISTRARSE OBLIGATORIAMENTE EN LA HC

- ANAMNESIS COMPLETA, INCLUYENDO FACTORES DE RIESGO
- EXPLORACIÓN FÍSICA
- PUNTAJE EN LA ESCALA DE WELLS NIVEL DE PROBABILIDAD
- PUNTAJE DE LA ESCALA SPESI / PESI
- DESCRIPCIÓN DEL ECG
- EN SU CASO, EXISTENCIA DE DISFUCIÓN V. DCHO. EN TC O ECOTT

TABLA 3
Escala de Wells

CRITERIO	PUNTOS
TEP como primera posibilidad diagnóstica diagnóstica	3
Signos de TVP	3
TEP o TVP previas	1.5
Frecuencia cardiaca >100 lpm	1.5
Cirugía o inmovilización en las 4 semanas previas	1.5
Cáncer tratado en los 6 meses previos o en tratamiento paliativo	1
Hemoptisis	1

Probabilidad clínica	PUNTOS
Baja	0-1
Intermedia	2-6
Alta	≥ 7
Improbable	≤ 4
Probable	> 4