

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

Formación de una masa anormal dentro del sistema vascular a partir de componentes sanguíneos
Cursa con trombosis venosa profunda o Tromboembolia pulmonar

TRIADA DE VIRCHOW

- Lesión endotelial
- Estasis venosa
- Estado de hipercoagulabilidad

FACTORES DE RIESGO

- Cirugía mayor
- Ca activo
- Inmovilización prolongada

3º causa de muerte

96% tienen factor de riesgo

25% en pacientes quirúrgicos hospitalizados

PREVENCIÓN DE TROMBOSIS

Cuadro 5. Métodos de tromboprofilaxis para pacientes encamadas

Método	Prescripción	Dosis y ruta
Mecánico	Medias de compresión graduadas	Presión de las medias de 16-20 mmHg
	Compresión neumática intermitente	Repetir inflación (11-12 segundos) y desinflar (60 segundos)
Profilaxis farmacológica	Heparina bajo peso molecular	0.2-1 mg/kg SC/día
	Heparina no fraccionada	5,000 U SC cada 8-12 h
	Antagonistas vitamina K	Ajustar dosis para mantener INR entre 1.5-2.5
	Ribaxabán	10 mg VO/día
	Dabigatránil	150 mg VO/día
	Apixabán	2.5 mg VO cada 12 h
	Aspirina	100 mg VO diariamente

Px con cx ortopédica mayor dar anticoagulantes x 10-14 días

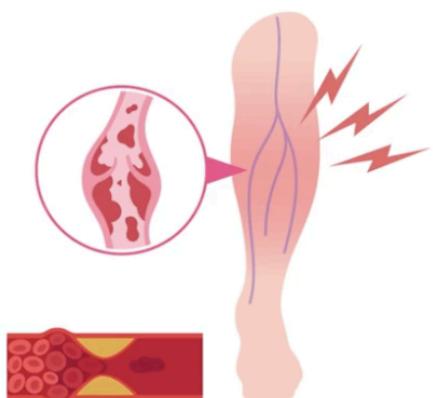
CLÍNICA

TVP

EDEMA 80%

DOLOR 65%

CALOR Y ERITEMA 40%



TEP

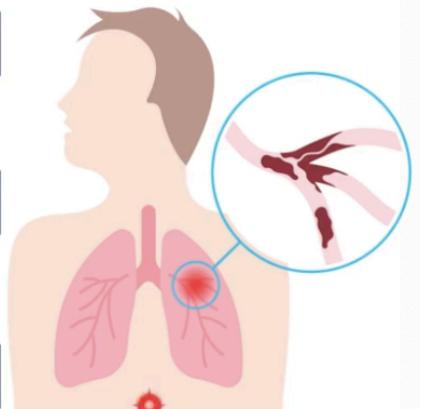
DISNEA Y SINCOPE

DOLOR TORACICO PLEURITICO

TOS Y HEMOPTISIS

90% en piernas

40% de pacientes con TVP proximal



DIAGNÓSTICO TVP

<p>Signo de Olow</p>  <p>Dolor a la opresión de los músculos de la pantorrilla contra el plano óseo.</p>	<p>Signo de Homans</p>  <p>Dolor en pantorrilla o tendón de Aquiles a la dorsiflexión del pie con pierna extendida.</p>	<p>Signo de Pratt</p>  <p>Aparición de tres venas centinela en la región pretibial al elevar pierna 45°.</p>
--	--	--

Modelo clínico probabilístico de Wells - Hallazgos clínicos	Puntaje
• Cáncer activo (o que haber recibido quimioterapia en los últimos 6m o esté en tratamiento paliativo).	1
• Parálisis, paresia, colocación de férula en miembro inferior reciente.	1
• Postrado en cama por más de 3 días o cirugía mayor en las primeras 4 semanas.	1
• Sensibilidad localizada en el trayecto del sistema venoso profundo.	1
• Extremidad inferior edematizada.	1
• Aumento de volumen de pantorrilla con diferencia de 3 cm de contralateral asintomática.	1
• Edema con fóvea en extremidad afectada.	1
• Venas superficiales colaterales (no varicosas).	1
• Otras probabilidades diagnósticas no relacionadas a tromboembolismo venoso.	-2
Probabilidades clínicas de riesgo	Total
• Baja	≤ 0
• Intermedio	1-2
• Alta	≥ 3
• La trombosis venosa profunda es improbable con ≤ 1 punto y probable para aquellos casos con ≥ 2	

Criterios de Wells

Dímero D (realizar a todos) > 500

USG doppler completo

- Wells > 1 dímero D > 500

DIAGNÓSTICO TEP

1º:CRITERIOS DE WELLS
2º DIMERO D
3º DEFINITIVO: ANGIO TAC

CARACTERÍSTICA	PUNTAJE
CÁNCER ACTIVO O QUIMIO ULTIMOS 6 MESES	1
POSTRADO EN CAMA > 3 DIAS O CIRUGIA MAYOR <4 SEMANAS	1.5
ANTECEDENTE DE TVP O TEP	1.5
HEMOPTISIS	1
FC<100	1.5
EL DIAGNOSTICO DE TEP ES EL MAS PROBABLE	3
SIGNS Y SINTOMAS DE TVP	3

**REALIZAR A TODOS WELLS Y
DIMERO D**

**REALIZAR ANGIO TAC SI
WELLS >6 PROBABILIDAD ALTA
DIMERO D POSITIVO**

**>6 PROBABILIDAD ALTA
2-6 PROBABILIDAD INTERMEDIA
<2 BAJA PROBABILIDAD**



TRATAMIENTO TVP - hospitalario

1. Anticoagulantes
 - a. Anticoagulantes orales
 - b. Antagonistas de vit K (warfarina)
 - c. Heparina no fraccionada (HBPM si cáncer)

FASE	TIEMPO	FARMACOS
AGUDA	7 DIAS	HBPM / FONDAPARINUX
LARGO PLAZO	7 DIAS – 3 MESES	AOAD / AVK / HBPM
EXTENDIDA	> 3 MESES	AOAD / AVK / HBPM

3 MESES SI TVP DE PIERNA MINIMO.
VALORAR TERAPIA EXTENDIDA SI RIESGO BAJO
O MODERADO DE SANGRADO



Se recomienda elegir entre estas opciones de tratamiento para una anticoagulación extendida (≥ 3 meses):

- AVK (manteniendo INR entre 2-3).
- HBPM
- AOAD.

Terapia trombolítica sistemática y guiada por catéter se recomienda solo en casos de TVP extensa de miembro inferior

TRATAMIENTO PARA TEP

- | |
|---|
| 1.- MANEJO INICIAL Y ESTABILIZACION
2.- TRATAMIENTO ANTICOAGULANTES
3- TERAPIA DE REPERFUSION (ALTEPLASA) 100MG EN 2 HRS /
TROMBOLISIS POR CATETER / EMBOLECTOMIA QUIRURGICA |
|---|

Enoxaparina (HBPM)

Gravedad	TEP de bajo riesgo	TEP de riesgo intermedio	TEP de alto riesgo
Presentación:	TA normal y VD normal, sin daño al miocardio	Disfunción VD o daño miocárdico con TA normal	Presenta hipotensión o estado de shock
Mortalidad:	Menos del 1%	Entre el 3 – 15%	Más del 15%
Manejo:	Ambulatorio	Vigilancia hospitalaria	Cuidados intensivos
Tratamiento:	Anticoagulación	Anticoagulación	Fibrinólisis y anticoagulación

FNADMAD

Tipo de Anticoagulante	Ejemplo	Mecanismo de Acción	Uso Principal
Antagonistas de vitamina K	Warfarina	Inhiben factores II, VII, IX, X dependientes de vitamina K.	Profilaxis de TVP, fibrilación auricular.
Inhibidores indirectos (HNF/HBPM)	Enoxaparina, HNF	Potencian la acción de antitrombina III sobre trombina y factor Xa.	TVP, embolia pulmonar, síndrome coronario agudo.
Inhibidores directos de trombina	Dabigatrán	Inhiben directamente la trombina.	Profilaxis en fibrilación auricular.
Inhibidores directos del factor Xa	Rivaroxabán, apixabán	Inhiben directamente el factor Xa.	TVP, embolia pulmonar, profilaxis de EVC.
Fibrinolíticos	Alteplasa, estreptocinasa	Activan plasminógeno a plasmina para degradar fibrina.	IAM, embolia pulmonar masiva.
Inhibidores del factor tisular	Fondaparinux	Inhiben específicamente el factor Xa.	Profilaxis y tratamiento de TVP.