

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

TRATAMIENTO CRITERIOS DE INGRESO EN UCE



VALENTIN LISA CATON
SERVICIO DE URGENCIAS
HOSPITAL SAN PEDRO

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

La trombosis venosa profunda (TVP) y el embolismo pulmonar (EP) son las dos manifestaciones de la misma entidad, la enfermedad tromboembólica venosa (ETV)

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

Alta incidencia

**(alrededor de 150 casos por
100.000 habitantes y año)**

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

El EP tiene un **riesgo de muerte** del 1.7% a los 6 meses y representa la tercera causa de muerte cardiovascular, tras la cardiopatía isquémica y el ictus

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

Como complicaciones a largo plazo, la **hipertensión arterial pulmonar crónica** aparece en el 4% de los pacientes que sufren EP, y el **síndrome postflebítico**, en el 43% de los que sufren TVP

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

El tratamiento estándar de la ETV es secuencial, iniciándose con **heparina** los primeros días (de 5 a 10 días), seguido de **antagonistas de Vitamina K** (acenocumarol, warfarina)

El apoyo de recursos como las Unidades de Corta Estancia de Urgencias o la Hospitalización a Domicilio, ha ayudado a las altas precoces y la ambulatorización de procesos



Unidad de Corta Estancia (UCE)



**El protocolo para el
tratamiento de la TVP en la
UCE se implantó en
nuestro centro en 2005.**

DIAGNÓSTICO

LA ETV supone un reto diagnóstico para los médicos de urgencias, porque a menudo cursa con escasos síntomas, o éstos son inespecíficos

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la ETV en urgencias se basa en el cuadro clínico, las pruebas de laboratorio y las técnicas de imagen

Cuadro clínico

El cuadro clínico de la ETV es complejo.

Para la ayuda al diagnóstico, se han elaborado escalas de probabilidad, como la **escala de Wells** para la TVP (tabla 1) o EP (tabla 2) y la **escala de Ginebra** para el EP (tabla 3)

Tabla 1.- Escala de Wells para TVP

- Cáncer activo (diagnóstico o tratamiento en los últimos 6 meses): 1**
- Parálisis, paresia, inmovilización reciente de un miembro inferior: 1**
- Inmovilización > 3 días o cirugía en las últimas 12 semanas: 1**
- Dolor a lo largo del sistema venoso profundo: 1**
- Edema de todo el miembro inferior: 1**
- Edema > 3 cm que en la otra pierna, medido 10 cm por debajo de la tuberosidad tibial: 1**
- Edema con fóvea en la pierna afectada: 1**
- Circulación colateral superficial: 1**
- Antecedente de TVP previa: 1**
- Diagnóstico alternativo igual o más probable que TVP: -2**

Probabilidad clínica:

<1 punto: BAJA

1-2 puntos: INTERMEDIA

>2 puntos: ALTA



Tabla 2.- Escala de Wells para EP

Síntomas y signos de TVP: 3

Diagnóstico alternativo menos probable que EP: 3

Taquicardia > 100 lpm: 1.5

Antecedente de EP o TVP: 1.5

Cirugía o inmovilización en las 4 semanas previas: 1.5

Hemoptisis: 1

Cáncer activo (diagnóstico o tratamiento en los últimos 6 meses): 1

Probabilidad clínica:

<2 puntos: BAJA

2-6 puntos: INTERMEDIA

>6 puntos: ALTA

Tabla 3.- Escala de Ginebra para EP

Edad > 65 años: 1

Antecedente de EP o TVP: 3

Cirugía o fractura menos de un mes antes: 2

Cáncer activo: 2

Dolor unilateral en pierna: 3

Hemoptisis: 2

Frecuencia cardiaca 75-95: 3

Frecuencias cardiaca >95: 5

Dolor y edema unilateral en pierna: 4

Probabilidad clínica:

0-3 puntos: BAJA

4-10 puntos: INTERMEDIA

>10 puntos: ALTA

Pruebas de laboratorio

- **Bioquímica básica, incluyendo test de función hepática.**
- **Hemograma.**
- **Estudio de coagulación.**
- **Determinación de Dímero-D (DD). Esta prueba tiene alta sensibilidad y baja especificidad, lo que le confiere un valor predictivo negativo elevado, que alcanza, unido a una baja probabilidad clínica, hasta un 99.5%. Por ello, un DD normal en un paciente con baja probabilidad, en la práctica, descarta una ETV.**

Técnicas de imagen

Las técnicas disponibles desde el servicio de urgencias para el diagnóstico de ETV son el ecodoppler y el angio-TAC pulmonar

Técnicas de imagen

En el caso de sospecha de TVP, la técnica de elección es el eco-doppler de la extremidad afectada.

Si se sospecha EP, debe realizarse un angio-TAC

Técnicas de imagen

Como alternativa en los casos en que esto no sea posible, por no disponibilidad, o por inestabilidad del paciente que no permita su desplazamiento, puede sustituirse por una ecocardiografía “a pie de cama”, para comprobar la disfunción del ventrículo derecho

Técnicas de imagen

La radiografía de tórax puede realizarse, en los casos en que no se vaya a realizar TAC.

Otras pruebas de imagen tales como arteriografía, gammagrafía o flebografía, habitualmente no están disponibles en urgencias, y no son necesarias para el diagnóstico inicial.

DIAGNÓSTICO

**El esquema diagnóstico
debe adaptarse a la
gravedad del proceso**



ACTUACIÓN EN URGENCIAS

- **Confirmación del diagnóstico de TVP (criterios médicos, dímero D y Eco-Doppler).**
- **Realizar hemograma, estudio de coagulación, recuento de plaquetas y creatinina, RX de tórax y ECG.**
- **Administrar la primera dosis de HBPM.**
- **Evaluación cuidadosa de los criterios de inclusión y exclusión para ingreso en UCE.**

INGRESO EN UCE



CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

POR RAZONES MÉDICAS

CRITERIOS ABSOLUTOS

- Inestabilidad clínica
- EP
- Enfermedad de base que requiera hospitalización
- Riesgo hemorrágico elevado
- Sangrado activo o reciente (menos de un mes)
- Enfermedad hepática severa
- Insuficiencia renal crónica (creatinina > 2.5)
- Flegmasia
- Embarazo

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

POR RAZONES MÉDICAS

CRITERIOS RELATIVOS

- Dolor que precisa analgesia endovenosa
- Peso superior a 120 kg
- Episodios previos de TVP o EP
- Trombocitopenia (<80.000)
- Enfermedades hipercoagulantes
- Enfermedades autoinmunes

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

POR RAZONES DE CUIDADOS DOMICILIARIOS

- **Motivos culturales o sociales que dificulten el seguimiento del tratamiento**
- **Pacientes que viven solos**

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

POR ELECCIÓN DEL PACIENTE

- **Pacientes que no acepten el tratamiento ambulatorio (consentimiento informado)**

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

POR LOGÍSTICA HOSPITALARIA

- **Carencia de asistencia domiciliaria**
- **Pacientes que viven muy lejos del centro hospitalario**

Los pacientes con TVP que no cumplan ninguno de los criterios señalados pueden ingresar en UCE 24 horas y ser tratados después de forma eficaz y segura en su domicilio con HBPM y monitorizar el seguimiento y tratamiento posterior a través de las consultas externas.

**El tratamiento estándar se hará
inicialmente con HBPM,
seguido de tratamiento
anticoagulante oral.**

Múltiples estudios han probado que la HBPM puede ser administrada de forma segura en el domicilio de los pacientes incluso desde el inicio del tratamiento.

Además de reducir costes y aumentar el confort del paciente, se ha observado una disminución de recurrencias y de las hemorragias graves con respecto a los pacientes hospitalizados.

En el caso de los pacientes diagnosticados de EP, que no tienen inestabilidad hemodinámica ni insuficiencia respiratoria, hay estudios que han probado en este grupo de pacientes el alta precoz e incluso el tratamiento completo en domicilio.

INDICE PESI

INDICE PESI

Pulmonary Embolism Severity index

- Edad en años
- Género masculino: 10
- Cáncer: 30
- Fallo cardiaco: 10
- EPOC: 10
- Frecuencia cardiaca ≥ 110 : 20
- Frecuencia respiratoria > 30 : 30
- Temperatura $< 36^{\circ}\text{C}$: 20
- Alteración del estado mental: 60
- Saturación de oxígeno $< 90\%$: 20

Clases de riesgo:

- I. Muy bajo: < 65
- II. Bajo: 66-85
- III. Intermedio: 86-105
- IV. Alto: 106-125
- v. Muy alto: > 125

Aunque el tratamiento es el mismo que en la TVP, no hay todavía evidencia suficiente para recomendar de forma general el tratamiento ambulatorio inicial en estos pacientes, por lo que, de momento el diagnóstico de EP obliga a hospitalizar al paciente.

ACTUACIÓN EN UCE

- Tratamiento del proceso y vigilancia de las complicaciones iniciales.
- Tratamiento del dolor.
- Realizar ecografía abdominal.
- Información clara al paciente y a la familia sobre la enfermedad, posibilidades de tratamiento , administración de la medicación, signos de alarma, etc.
- Instruir sobre la administración de HBPM.
- Comprobar la existencia de un teléfono de contacto.
- Remitir a consulta de Cirugía Vasculuar en 10-15 días.
- Solicitar un hemograma de control previo a esta cita.

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección será con Heparina de bajo peso molecular (HBPM).

Todas las HBPM poseen efectividad y seguridad similar y sus diferencias en los ensayos clínicos no alcanzan significación estadística

TRATAMIENTO

Dosis de HBPM disponibles en nuestro centro:

BEMIPARINA:

- Menos de 50 Kg: 5000 UI/24h.
- 50-70 Kg: 7500 UI/24 horas.
- 70-100 Kg: 10000 UI/24 horas
- Más de 100 Kg: 115 UI/Kg/24 horas

ENOXAPARINA: 1,5 mg/kg cada 24 horas; máximo 180 mg/día.

- Menos de 60 Kg: Forte 90 mg/24 h.
- 61-80 Kg: Forte 120 mg/24 h.
- más de 81 Kg: Forte 150 mg/24 h.

TRATAMIENTO

No se necesita monitorizar el efecto de las HBPM, aunque es preciso controlar entre el 7^o y el 15^o día la cifra de plaquetas

TRATAMIENTO

A partir de esta fecha se iniciará tratamiento con anticoagulantes orales hasta alcanzar INR entre 2 y 3.

Este proceso se lleva a cabo desde las consultas de Cirugía Vascular y Hematología

TRATAMIENTO

La duración del tratamiento dependerá de cada paciente. En principio se mantendrán los anticoagulantes orales 3 MESES en las trombosis distales, 6 MESES en las proximales y secundarias a una causa identificada que ya ha desaparecido (como una intervención quirúrgica o la inmovilización con una escayola) y 6 MESES en los pacientes en los que no se ha identificado la causa.

TRATAMIENTO

A partir del segundo episodio de trombosis, déficit de antitrombina III o anticuerpos anticardiolipina, se recomienda prolongar el tratamiento con anticoagulantes orales durante 1 año o de forma indefinida.

En casos oncológicos tratamiento con HBPM durante 6 meses.

AÑO 2014

DIAGNOSTICOS DE TVP

- PACIENTES INGRESADOS POR TVP EN EL HOSPITAL: 96**
- INGRESOS EN UCE: 59 (61.5%)**

INGRESOS EN UCE

- **EDAD MEDIA: 66.6 AÑOS**
- **RANGO: 23-93 AÑOS**
- **HOMBRES: 30 (50.8%)**
- **MUJERES: 29 (48.2%)**

Sólo tres pacientes ingresados en UCE precisaron hospitalización convencional tras su ingreso en la unidad:

■ **Un EP**

■ **Una masa hepática**

■ **Una sospecha de masa ginecológica.**

CONCLUSIONES

- EL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA TVP ES SEGURO Y EFICIENTE
- LA UCE DE NUESTRO HOSPITAL SE HA MOSTRADO ADECUADA PARA FACILITAR EL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LOS PACIENTES CON TVP
- ALTO GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

CONCLUSIONES

- NO SE HAN DETECTADO PROBLEMAS EN LA RELACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS IMPLICADOS
- MEJORA EN LA ATENCIÓN: DISMINUCIÓN DE ESTANCIAS Y COSTES CON UNA CALIDAD PERCIBIDA, AL MENOS, SIMILAR

**MUCHAS GRACIAS POR
VUESTRA ATENCIÓN**

