



Grupo de Trabajo de Urgencias Samfyc

Lorena Arboleya Álvarez
Especialista MFyC, médica adjunta del Hospital
Universitario de Cabueñes



TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

- ¿Cuándo la sospechamos?
- ¿Qué exploraciones hacemos?
- ¿Qué pruebas complementarias solicitamos?
- ¿Tratamiento ambulatorio/hospitalización?
- ¿Revisiones?



SINTOMAS

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



CELULITIS



TROMBFLEBITIS
SSUPERFICIAL



QUISTE DE BAKER



DESGARROS
MSUCULARES CON
HEMATOMA



LINFEDEMA



ARTRITIS

TABLA 2. Modelo de Wells de probabilidad clínica pretest de trombosis venosa profunda

Parámetro clínico	Puntos
Cáncer activo	1
Parálisis o inmovilización reciente de un miembro inferior	1
Inmovilización reciente de más de 3 días o cirugía mayor en el último mes	1
Dolor en trayecto venoso profundo	1
Tumefacción en toda la extremidad inferior	1
Aumento del perímetro de la extremidad afectada 3 cm respecto a la asintomática (medido 10 cm bajo la tuberosidad tibial)	1
Edema con fovea (mayor en la extremidad sintomática)	1
Presencia de circulación venosa colateral superficial (sin varices preexistentes)	1
Diagnóstico alternativo tan probable o más que la trombosis venosa profunda (TVP)	-2

La probabilidad clínica pretest de TVP se clasifica en:

- Probabilidad alta: ≥ 3 puntos (el 75% tendrá TVP)
- Probabilidad intermedia: 1-2 puntos (el 17% tendrá TVP)
- Probabilidad baja: 0 puntos (el 3% tendrá TVP)

TABLA 1. Factores de riesgo de trombosis venosa profunda

Generales

Edad > 40 años
 Inmovilización prolongada
 Trombosis venosa profunda o embolias pulmonares previas
 Insuficiencia venosa crónica
 Embarazo y posparto
 Traumatismos
 Obesidad
 Viajes prolongados

Fármacos

Anticonceptivos orales
 Terapia hormonal sustitutiva
 Tamoxifeno
 Quimioterapia
 Otros: hidralazina, procainamida, fenotiazinas

Cirugía

Cirugía ortopédica
 Cirugía mayor, sobre todo abdominal, neuroquirúrgica o pélvica
 Vía venosa central

Situaciones médicas

Neoplasias
 Infarto agudo de miocardio
 Insuficiencia cardíaca congestiva
 Ictus isquémico, preferentemente en miembro hemipléjico
 Síndrome nefrótico
 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
 Hemoglobinuria paroxística nocturna
 Quemaduras
 Enfermedad inflamatoria intestinal

Alteraciones congénitas o adquiridas que produzcan hipercoagulabilidad

Mutaciones en el factor V de Leiden
 Deficiencia congénita de proteína C, proteína S y antitrombina III
 Resistencia a la proteína C activada
 Hiperhomocistinemia
 Disfibrinogenemia
 Presencia de anticuerpos antifosfolípido
 Síndromes mieloproliferativos (policitemia vera, trombocitosis esencial)

PROBABILIDAD



BAJA O MEDIA : D-DIMERO



ALTA: ECOGRAFIA

D-DIMERO



ALTA SENSIBILIDAD PERO BAJA
ESPECIFICIDAD



ELEVADO EN EMBARAZADAS,
ONCOLÓGICOS Y EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS.

ECOGRAFÍA

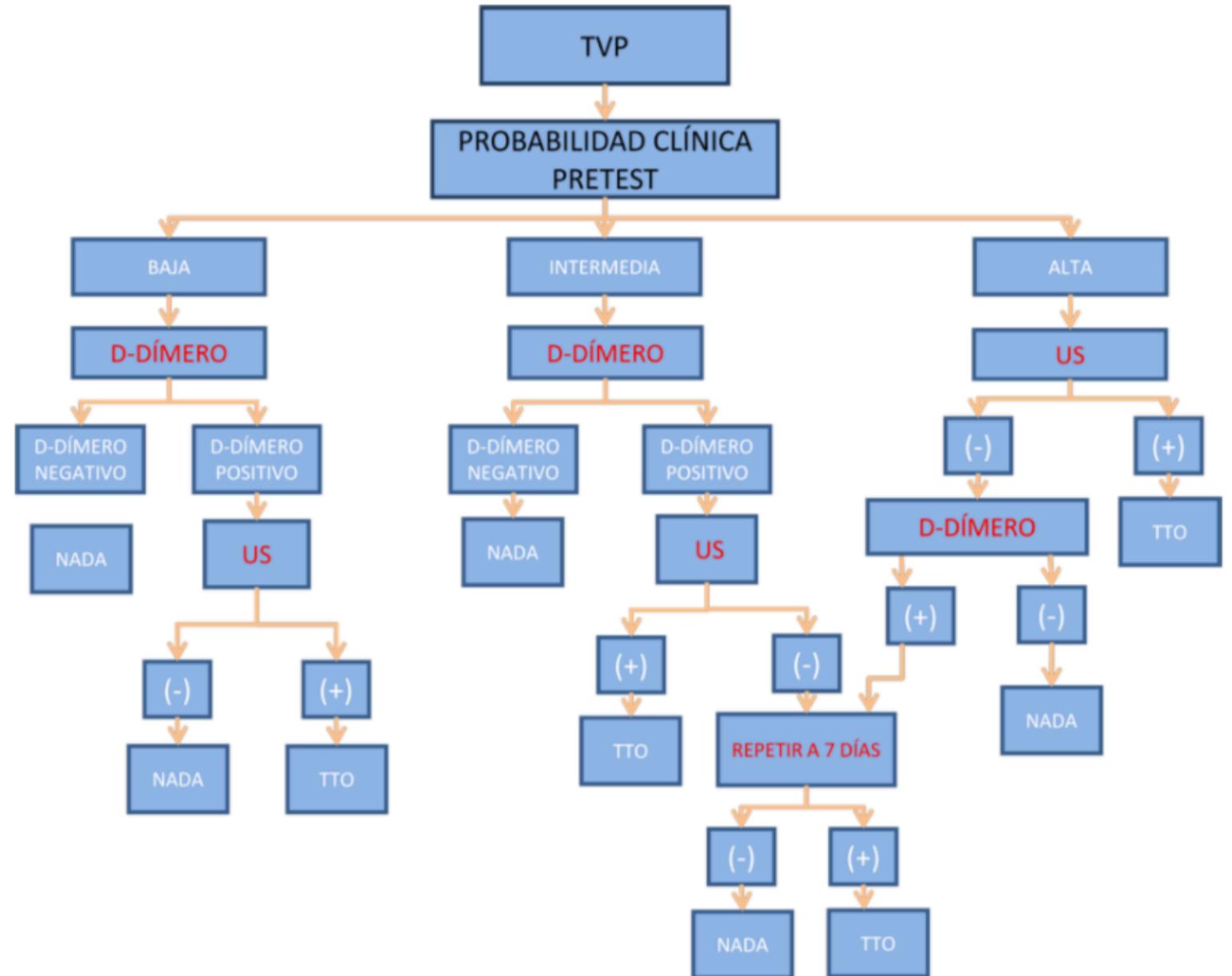


ALTA SENSIBILIDAD Y
ESPECIFICIDAD



DISMINUYE LA SENSIBILIDAD
EN TROMBOS DISTALES

DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO DE LA
ENFERMEDAD
TROMBOEMBOLICA
VENOSA protocolo
HUCA 2018







No hay evidencia de que la actividad temprana aumente el riesgo de desplazamiento del coágulo y de TEP

TRATAMIENTO

TODOS LOS PACIENTES
DEBERÁN SER VALORADOS
POR CIRUGIA VASCULAR

INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA	1
FILTRADO GLOMERULAR <60 < 30	1 3
SANGRADO MAYOR RECIENTE	1
PLAQUETAS < 100000 o > 450000	1
INMOVILIZACIÓN MAYOR DE 4 DÍAS	1
CÁNCER SIN METÁSTASIS CÁNCER CON METÁSTASIS	1 2
	BAJO RIESGO igual o menor a 1

TRATAMIENTO AMBULATORIO



TVP distal (infrapoplitea)



Grandes comorbilidades:
neoplasia avanzada, añosos con
comorbilidades asociadas,
encamados.

HEPARINAS

- HBPM
 - enoxaparina sc 1mg/kg cada 12h o
 - Bemiparina
 - < 50 kg 5000 UI/24h
 - 50-70kg 75000 UI/24H
 - 70-100KG 10000 UI/DIA
 - >100KG 115 UI/24H
- Si IR avanzada, trombocitopenia, alergia: Fondaparinux 1 dosis al día
- Peso <50kg 5mg sc
- Entre 50-100 7,5mg sc
- > 10mg sc

ANTICOAGULANTES ORALES

- En el caso de Dabigatran y Edoxabán ha de comenzarse el tratamiento junto con heparinas durante al menos 5 días
- Dabigatran 150mg/12h 3 meses o más
- Edoxaban 60mg/24h 3 meses o más
- Rivaroxaban 15mg/12h 3 semanas y 20mg /dia a partir de la 3ª semana
- Apixaban 10mg/12h 1 semana luego 5mg/12h 6 meses y luego 2,5 mg/12h

ANTICOAGULANTES ORALES

- En el caso de los AVK
- Se debe iniciar junto con HBPM manteniéndolo 5 días y hasta que el INR sea > 2 durante 24h
- Debe iniciarse con dosis bajas.
- No precisan ajuste de dosis en pacientes con Insuficiencia renal.

Tratamiento agudo (1 semana)	Tratamiento a largo plazo (1 semana a 3 meses)	Tratamiento extendido (Más de 3 meses)
Anticoagulante parenteral		
Antivitamina K (INR 2-3)		

Tratamiento agudo (1 semana)	Tratamiento a largo plazo (1 semana a 3 meses)	Tratamiento extendido (Más de 3 meses)
Anticoagulante Parenteral	Dabigatran 150 mg/12 horas	
Anticoagulante Parenteral	Edoxabán 60 mg/24 horas	

Tratamiento agudo	Tratamiento a largo plazo	Tratamiento extendido (Más de 3 meses)
Rivaroxaban: 15 mg/12 horas durante 3 semanas	20 mg al día a partir de la tercera semana	
Apixaban 10 mg /12 horas una semana	5 mg cada 12 horas durante 6 meses	2,5 mg cada 12 horas

TRATAMIENTO SEGÚN LOCALIZACION

DOS SEMANAS

TVP DISTAL POCO SINTOMÁTICA Y SIN RIESGO DE EXTENSION

REPETIR IMAGEN A LAS 2 SEMANAS

AL MENOS TRES MESES

TVP DISTAL SINTOMATICA O CON RIESGO DE PROGRESION

INDEFINIDO

TVP RECIDIVANTE

INGRESO



PROBLEMA SOCIAL



TVP EN PERSONAS
JÓVENES PARA ESTUDIAR



TVP DE MMSS



TVP ILIACA,
ILEO/FEMORAL



TROMBOFLEBITIS/ TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL

- ¿Qué es?
- Novedades en el tratamiento
- Completar estudios a posteriori

TROMBOSIS
VENOSA
SUPERFICIAL

FLEBITIS

TROMBOFLEBITIS

VARICOFLEBITIS

PERIFLEBITIS

PARAFLEBITIS

FLEBOTROMBOSIS

TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL

- SOBRE VENA VARICOSA
88%

- SOBRE VENA SANA 12%

FACTORES DE RIESGO

Venas varicosas y su tratamiento

Situaciones que dañen la pared (inyecciones, catéter, trauma venoso)

Inmovilización

Cirugía

Embarazo, puerperio

Obesidad

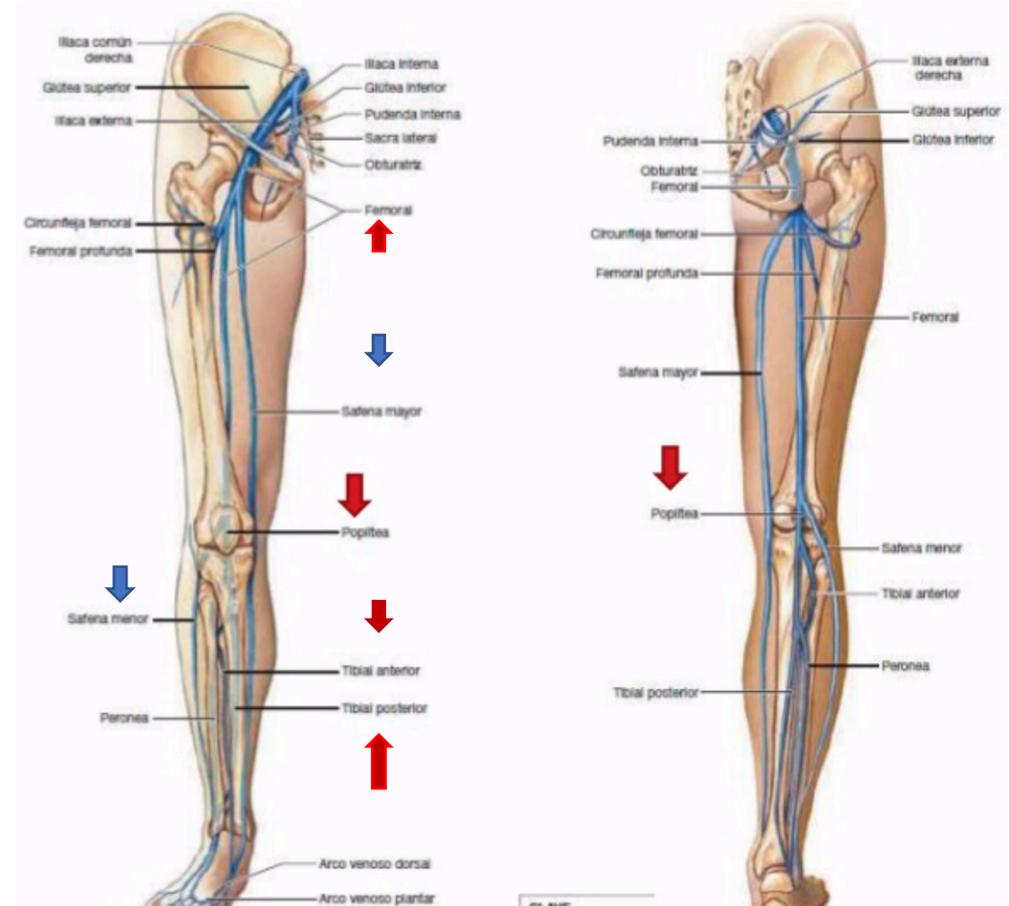
Cáncer

Enf autoinmunes

EDEV anterior

SISTEMA VENOSO DE LA PIERNA

- Sistema venoso **PROFUNDO**:
- Vena iliaca
- Vena femoral
- Vena poplítea
- Vena tibiales anterior y posterior
- Vena peronea
- Sistema venoso **SUPERFICIAL**:
- Vena safena interna y externa
- Sistema venoso **PERFORANTE**



INDICACIONES DE ECOGRAFÍA PREFERENTE

- TVS cercanas (≤ 5 cm) al sistema de venas profundas.
- Por encima de la rodilla
- cercanas a los cayados safeno-poplíteo y safeno-femoral o a una vena perforante.
- *Longitud (>5 cm), que afecte a varias venas o segmentos venosos*
- *TVS sobre venas no varicosas*
- *Clínica severa.*
- *Empeoramiento de los síntomas clínicos, a pesar del tratamiento.*
- *En pacientes obesos*

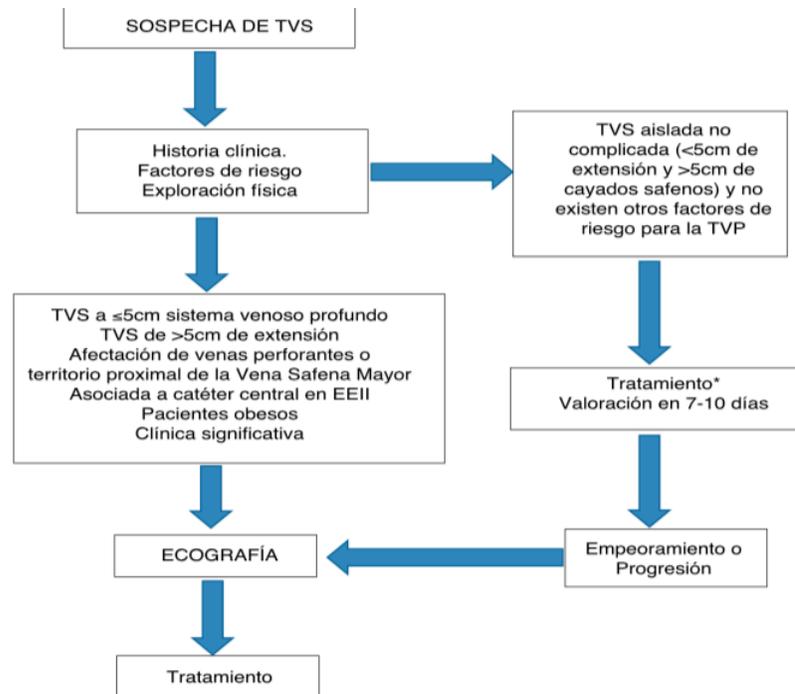


Tabla 3 Factores de riesgo para la aparición de una complicación trombótica en la TVS (desarrollo de ETEV o recurrencia o extensión de la TVS)

Trombosis extensas (≥ 5 cm)

Localización por encima de la rodilla TVS en vena sana

Proximidad anatómica de la TVS al sistema venoso profundo (≤ 5 cm de la unión safeno-femoral o safenopoplíteo)

Afectación de la vena safena mayor

Síntomas severos

Factores de riesgo médicos para la TVP (sexo masculino, ETEV previa, historia familiar de ETEV, trombofilia, neoplasia, cirugía o trauma reciente, terapia con estrógenos, embarazo).

ETEV: enfermedad tromboembólica venosa; TVP: trombosis venosa profunda; TVS: trombosis venosa superficial.

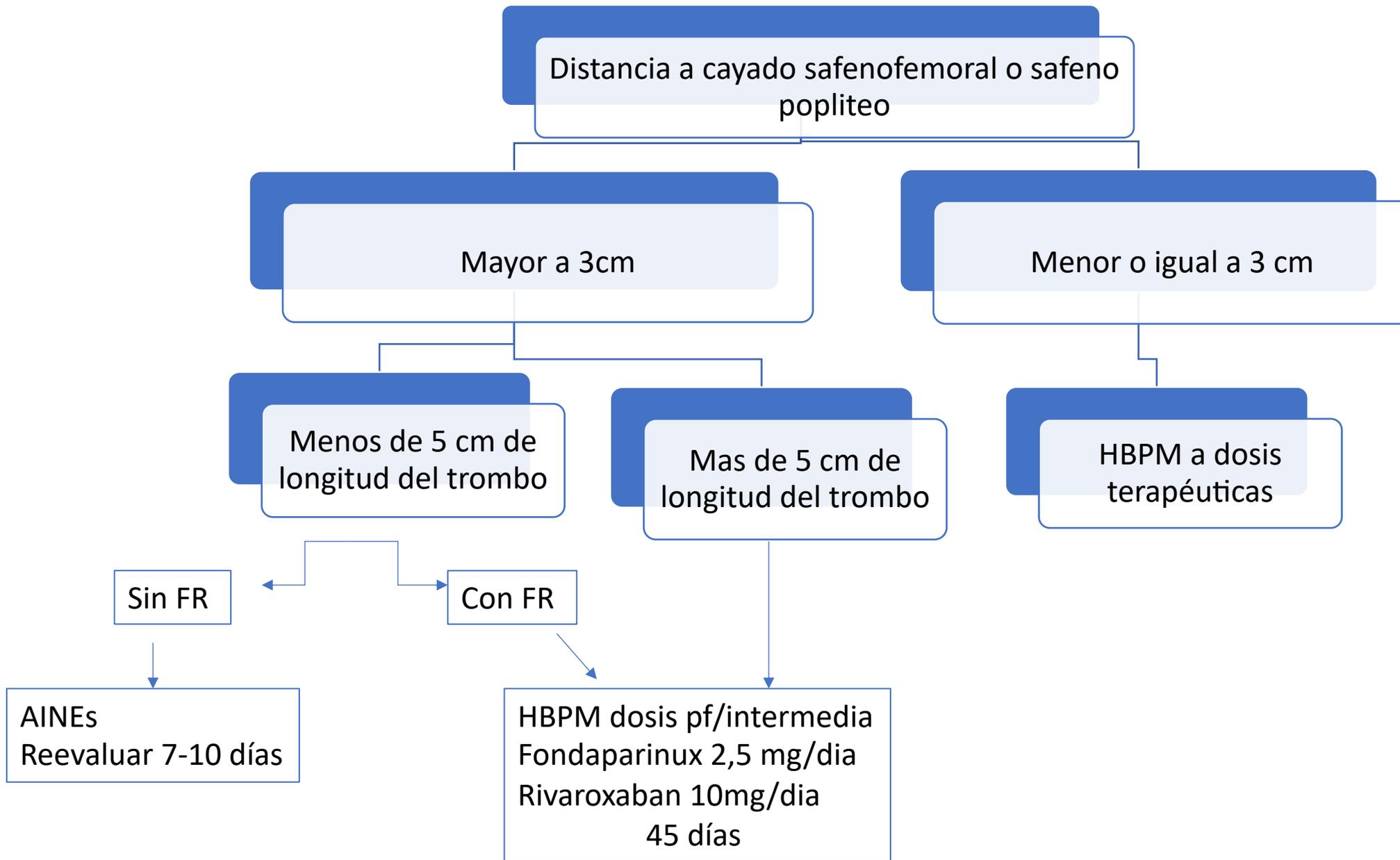
TRATAMIENTO. MEDIDAS GENERALES

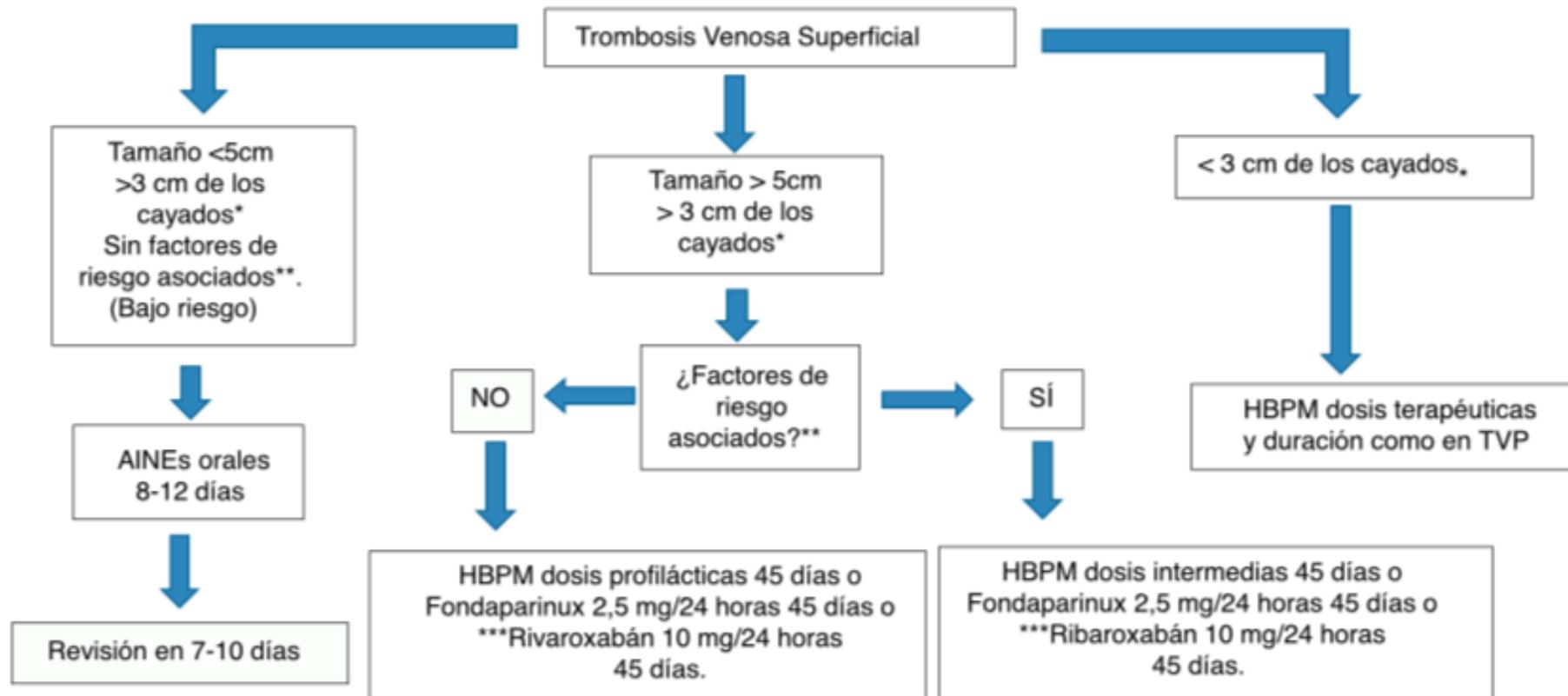
DEAMBULACION
PRECOZ

Compresas tibias o
frías y tratar el dolor

Terapia compresiva.
Medias de
compresión normal

AINEs





TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

HBPM. Un mes (a dosis profilácticas mayor número de eventos trombóticos) en el primer mes, no hubo diferencia en tratamiento a largo plazo de 3 meses.

HBPM + medias compresión

Fondaparinux

Nuevos anticoagulantes : estudio entre fondaparinux vs rivaroxaban redujo no significativamente los eventos de ETEV.

Derivación a cirugía vascular

En la fase aguda, las TVS cercanas a la unión safenofemoral o safenopoplítea pueden ser considerados para iniciar la anticoagulación o intervención quirúrgica.

Una vez que la fase aguda ha pasado, la derivación es útil para valorar la intervención venosa superficial electiva con el fin de reducir el riesgo de recurrencia.

Recidiva, mala evolución: derivación preferente.

Duda diagnóstica: derivación preferente.

Sospecha de TVP asociada: derivación urgente. Considerar anticoagulación previamente.

Los pacientes subsidiarios de terapias intervencionistas deben ser valorados por un servicio de Cirugía Vascular.

