

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

UNAN-MANAGUA.



PROTOCOLO DE TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA.

TEMA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES INGRESADOS CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ESCUELA DR. ANTONIO LENIN FONSECA EN EL PERÍODO COMPRENDIDO DE LOS AÑOS 2013-2014.

AUTOR:

DR. KEVIN JOSÉ RUIZ ROJAS.

TUTOR:

DR. OSCAR MAXIMILIANO GÓMEZ HERNÁNDEZ

MÉDICO CARDIOLOGO

DR. JAIRO GÓMEZ

ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA.

MANAGUA, FEBRERO, 2016

AGRADECIMIENTO.

- **A los pacientes:**

Quienes pacientemente se prestaron para ser nuestro libro de aprendizaje.

- **A los profesores:**

Quienes dedicaron parte de su tiempo para mí formación y por poder llegar a optar a la especialidad de Medicina Interna.

DEDICATORIA.

- **A Dios:**

Por regalarnos la vida, la sabiduría, la inteligencia y las armas necesarias para culminar nuestra carrera.

- **A mi madre:**

Por ser el pilar fundamental en mí vida, por su esfuerzo y sacrificio constante para que logre alcanzar mis metas.

- **A los doctores involucrados en este trabajo:**

Por acompañarme en mi posgrado, por enseñarme el camino, por conducirme, por darme sus ejemplos y por compartir sus experiencias; por saber ser maestros.

RESUMEN

Sólo una minoría de los pacientes con sospecha de trombosis venosa profunda (TVP) tiene la enfermedad y requieren anticoagulación. Esto ilustra la importancia del uso de algoritmos validados para evaluar a los pacientes con sospecha de TVP, junto con las pruebas objetivas para establecer el diagnóstico.

Ante la sospecha del diagnóstico

El diagnóstico de la TVP se sospecha en un paciente con un cordón palpable (que refleja una vena trombosada), dolor en la pantorrilla, edema ipsilateral o hinchazón con una diferencia de diámetros de la pantorrilla, calidez, sensibilidad, eritema, y / o dilatación venosa superficial en una o ambas extremidades inferiores.

Pre-test de probabilidad

La probabilidad clínica de TVP se puede determinar mediante el uso de la puntuación de Wells

- Los pacientes con una baja probabilidad según el score de Wells y un dímero D negativo son poco probable que tenga la TVP y no es necesario realizar más pruebas.
- Los pacientes con una puntuación moderada o alta probabilidad según el score de Wells deben realizarse un examen no invasivo para el diagnóstico de TVP. Ecografía de compresión es el método no invasivo de elección para el diagnóstico de pacientes con un primer episodio de sospecha de TVP.

La confirmación del diagnóstico

Un estudio no invasivo positivo en pacientes con un primer episodio de trombosis venosa profunda suele establecer el diagnóstico. Si el estudio inicial es negativa y la sospecha clínica de TVP es alta, un estudio de repetición se debe obtener en el día 5 a 7.

La detección de las condiciones de hipercoagulabilidad

La detección de un estado de hipercoagulabilidad, no se recomienda en general, a menos que los resultados sean susceptibles de cambiar el tratamiento posterior de los miembros de la familia o del paciente.

Tratamiento

La terapia anticoagulante está indicada para pacientes con TVP proximal sintomática, ya que la embolia pulmonar se produce en aproximadamente el 50 por ciento de los individuos no tratados, con mayor frecuencia en cuestión de días o semanas del evento

- El tratamiento inicial debe iniciarse de forma aguda. Disponible decisiones aprobadas incluyen la heparina no fraccionada , heparina de bajo peso molecular, fondaparinux , rivaroxaban , o dabigatrán . Si se elige una preparación de heparina o fondaparinux, el tratamiento debe continuarse durante al menos cinco días y anticoagulación oral con un antagonista de la vitamina K, se superponen con uno de estos agentes para al menos cuatro o cinco días.
- El uso de agentes trombolíticos o trombectomía es individualizado. Los pacientes con embolia pulmonar hemodinámicamente inestables o trombosis iliofemoral masiva y un bajo riesgo de sangrado son los candidatos más apropiados.
- Se recomienda la colocación del filtro en la vena cava inferior cuando existe una contraindicación o una complicación del tratamiento anticoagulante en un individuo con, o en alto riesgo de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar.

INDICE

Introducción.....	7
Antecedentes.....	8
Justificación.....	9
Planteamiento del problema.....	10
Objetivo general.....	11
Objetivo específico.....	11
Marco teórico.....	12
Diseño Metodológico.....	28
Análisis de resultado.....	30
Conclusiones.....	33
Recomendaciones.....	34
Bibliografía.....	35
Anexos.....	37

INTRODUCCIÓN

Introducción Enfermedad trombo embolica se traduce en una elevada morbilidad y mortalidad en todo el mundo. El riesgo de trombo embolismo venoso (TEV) es influenciada por factores relacionados con el paciente y el clínico. El manejo óptimo requiere el establecimiento de medidas preventivas adecuadas y el reconocimiento oportuno de una trombosis venosa establecida, seguida de un tratamiento adecuado. Se han hecho grandes progresos en los últimos decenios en establecer los factores de riesgo, dar medidas diagnósticas oportunas, prevención y tratamiento de trombosis venosa profunda (TVP) y la embolia pulmonar (EP), siendo la primera la que trataremos de abordar en este trabajo para así hacer un mejor énfasis en el manejo adecuado de dicha enfermedad la cual representa un gran reto e incluso para expertos en la materia.

ANTECEDENTES

Acerca del tema de trombosis venosa profunda y terapia de anticoagulación existen muchos estudios tales como: medicina basado en evidencia sobre el uso de nuevos anticoagulantes, el uso de estos mismos en los diferentes tipos de cirugía e incluso su uso en el periodo peri operatorio, etc., pero no hay estudios que evalúen o describan las características clínicas junto al empleo de la terapia con anticoagulantes en nuestra población atendida.

En el que hacer a diario con nuestros pacientes, estos son manejados de acuerdo al conocimiento científico y empírico adquirido por el personal médico, ya que no contamos con una guía o protocolo para el manejo de los pacientes con TVP.

JUSTIFICACIÓN

Dado que se trata de una enfermedad relativamente poco frecuente, pero con un gran impacto en la morbi-mortalidad y de la carencia de un protocolo como guía para el manejo de la TVP es necesario la realización de este trabajo ya que por medio de el obtendremos los conocimientos necesarios para el manejo correcto de los pacientes. Al mismo tiempo dicho trabajo se podrá utilizar como protocolo para el manejo de estos pacientes, asegurando así una atención de calidad y segura para los mismos y será el primer antecedente realizado por la institución, el cual servirá de base para las generaciones futuras con interés en el tema.

PROBLEMA

¿Cuáles son las características clínicas, abordaje diagnóstico y terapéutico de los pacientes ingresados con trombosis venosa profunda en el servicio de Medicina Interna del hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca en el período comprendido de los años 2013-2014?

OBJETIVOS.

GENERAL:

Describir las características clínicas, abordaje diagnóstico y terapéutico de los pacientes ingresados con trombosis venosa profunda en el servicio de Medicina Interna del hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca en el período comprendido de los años 2013-2014.

ESPECÍFICOS:

- 1- Enumerar los principales factores de riesgos de la enfermedad.
- 2- Describir el cuadro clínico de los pacientes con trombosis venosa profunda.
- 3- Valorar si el diagnóstico se realizó de acuerdo al 9ª ed: American College of Chest Physicians Guías de Práctica Clínica Basada en la Evidencia.
- 4- Determinar los principales factores que llevaron al retraso del diagnóstico según la 9ª ed: American College of Chest Physicians Guías de Práctica Clínica Basada en la Evidencia.
- 5- Describir el tratamiento empleado y si este se realizó de acuerdo al 9ª ed: American College of Chest Physicians Guías de Práctica Clínica Basada en la Evidencia.
- 6- Mostrar las complicaciones que presentaron dichos pacientes.

MARCO TEÓRICO

La trombosis venosa profunda (TVP) se define como una masa sólida que se forma en el interior del corazón o de los vasos, constituida por los elementos de la sangre, si esta se desprende puede llegar a dar una embolia.

La Enfermedad Tromboembólica Venosa es un conjunto de alteraciones que abarcan:

1. Tromboembolismo pulmonar.
2. Trombosis venosa profunda.
3. Síndrome post trombótico. (1)

Hay una serie de preguntas que surgen cuando se sospecha que un paciente padece trombosis venosa profunda (TVP) de la extremidad inferior. Éstas incluyen:

¿Cuál es el diagnóstico diferencial y cuáles son los posibles factores de riesgo para la trombosis venosa profunda?

¿Cuál es la mejor manera de diagnosticar o excluir la TVP?

¿Cuál es el tratamiento inicial adecuado para la trombosis venosa profunda; cuando no se requiere hospitalización?

¿Cuál es el tratamiento a largo plazo recomendado para la trombosis venosa profunda (por ejemplo, agentes a usar según el tipo de anticoagulación, cuánto tiempo necesita durar el tratamiento)?

¿Cuándo se debe realizar test para detectar la presencia de un estado de hipercoagulabilidad, no sólo en el paciente, sino también en miembros de la familia?
(1)

Epidemiología

- Incidencia en población general del 1,92 por 1.000 habitantes/año.
- Más elevada en hombres que en mujeres y aumenta en ambos sexos a medida que lo hace la edad (1,9 veces por década).
- En el 1-8% de los pacientes se desarrolla una embolia pulmonar.

- El 40% presentará un síndrome postrombótico.
- Tercer enfermedad vascular más frecuente.
- 600.000 casos de TEV por año en EE.UU
- 200.000 casos de Embolia Pulmonar al año.
- Principal causa de muerte evitable en el hospital. (2)

Investigación Longitudinal de etiología del tromboembolismo (LITE), que combina la información de dos estudios prospectivos de cohorte, el Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) y el Cardiovascular Health Study (CHS), determinó la incidencia de TVP sintomática y la embolia pulmonar en 21.680 participantes \geq edad 45 años que fueron seguidos durante 7.6 años. Se hicieron las siguientes observaciones:

- La incidencia estandarizada por edad de la tromboembolia venosa por primera vez fue 1,92 por 1.000 personas-año. Las tasas fueron más altas en los hombres que en las mujeres, y aumentaron con la edad en ambos sexos.
- De los 366 eventos de TEV, la mayoría de los 191 casos de TEV secundario se asociaron con más de una condición subyacente. Estos incluyen el cáncer (48 por ciento), hospitalización (52 por ciento), la cirugía (42 por ciento), y trauma mayor (6 por ciento). No había antecedente de trauma, la cirugía, la inmovilización o el diagnóstico de cáncer en 48 por ciento de los casos. (3)

Factores de riesgos

➤ *Generales*

1. Edad: mayor a partir de los 40 años
2. Inmovilización prolongada: incidencia del 13% si es superior a 8 días
3. TVP o embolias pulmonares previas
4. Insuficiencia venosa crónica
5. Embarazo y posparto
6. Traumatismos

7. Obesidad
8. Viajes prolongados
- *Fármacos*
 1. Anticonceptivos orales
 2. Tratamiento hormonal sustitutivo
 3. Tamoxifeno
 4. Quimioterapia
- *Situaciones médicas*
 1. Neoplasias malignas
 2. Infarto agudo de miocardio
 3. Insuficiencia cardíaca congestiva
 4. Ictus isquémico, preferentemente en miembro hemipléjico
 5. Síndrome nefrótico
 6. EPOC
 7. Hemoglobinuria paroxística nocturna
 8. Quemaduras
- *Alteraciones congénitas o adquiridas*
 1. Mutaciones en el Factor V de Leiden
 2. Deficiencia congénita de proteína C, proteína S y antitrombina III
 3. Resistencia a la proteína C activada: presente en el 5% de la población general y en el 20-40% de los enfermos con TVP
 4. Hiperhomocistinemia
 5. Disfibrinogenia
 6. Presencia de anticuerpos antifosfolípido
 7. Síndromes mieloproliferativos
- *Asociados a cirugía*
 1. Cirugía ortopédica
 2. Cirugía mayor, sobre todo abdominal, neuroquirúrgica o pélvica
 3. Portadores de una vía venosa central (4)

Etiopatogenia.

Existe una tríada etiopatogénica de Virchow:

- Estasis venosa: asociada a la permanencia prolongada de pie o sentado, siendo más frecuente en personas sedentarias y obesas, en pacientes postrados, como en enfermedades graves, traumatismos o postoperatorios. En los pacientes quirúrgicos, el riesgo comienza, durante la inducción anestésica debido a los efectos hemodinámicos que producen desde la disminución del gasto cardíaco hasta la venodilatación y desaparición de los mecanismos de la bomba muscular.
- Coagulopatías o estados de hipercoagulabilidad: donde el sistema de coagulación está alterado incluyen enfermedades neoplásicas, embarazo y diferentes terapias hormonales. En estos casos se produce un aumento del fibrinógeno y de algunos factores de la coagulación (VII, VIII, IX y X). Algunas patológica cursan con déficit en los inhibidores de la coagulación (proteínas C y S anti-trombina III), favoreciendo los procesos tromboticos.
- Lesiones endoteliales: activan las vías intrínsecas y extrínsecas de la coagulación. Se favorece la adhesividad de las plaquetas, con la liberación de sustancias capaces de estimular la coagulación en contacto con el colágeno subendotelial. Esto altera el equilibrio entre factores agregantes y antiagregantes, desapareciendo los factores sistema fibrinolítico, como sucede en los traumatismos, vías centrales y marcapasos. Además existen zonas turbulentas en el árbol venoso que facilitan la formación de un trombo, tales como los senos valvulares.(5)

Clasificación

DISTALES:

- Incluyen: venas gemelares (gastrocnémicas), tronco tibioperoneo (tibiales posteriores y peronéas), tibiales anteriores y venas soleas.
- Asintomáticas en el 75% de los casos.
- Solo un 5% dan lugar a tromboembolismo pulmonar o síndrome postflebítico.
- Sin tratamiento el 20-30% progresan al territorio proximal.

PROXIMALES:

- Incluyen: venas ilíaca externa, venas ilíaca interna, vena femoral común, femoral profunda, femoral superficial y poplítea.
- 90% TEP son causados por émbolos procedentes de TVP proximales. (1)

Manifestaciones clínicas.

Signos y síntomas:

- ❖ Dolor.
- ❖ Edema blando y con fóvea al principio del proceso.
- ❖ Calor local.
- ❖ Cambios en el color de la piel: cianosis, eritema
- ❖ Circulación colateral: dilatación de venas superficiales.
- ❖ Cordón venoso palpable.
- ❖ Signo de Homans: presencia de dolor en la parte alta de la pantorrilla al realizar la dorsiflexión del tobillo con la rodilla flexionada en un ángulo de 30°. Sensibilidad y especificidad baja. (6)

probabilidad clínica de trombosis venosa profunda (puntuación de Wells)

característica clínica	Puntuación
Cáncer activo (tratamiento continuo o dentro de los seis meses anteriores o paliativo)	1
Parálisis, paresia, o reciente inmovilización de yeso de las extremidades inferiores	1
Recientemente postrado en cama durante más de tres días o una cirugía mayor, el plazo de cuatro semanas	1
sensibilidad localizada a lo largo de la distribución del sistema venoso profundo	1
toda la pierna hinchada	1
Becerro hinchazón en más de 3 cm en comparación con la pierna asintomática (medido por debajo de la tuberosidad tibial)	1
El edema con fovea (mayor en la pierna sintomática)	1
venas superficiales colaterales (nonvaricose)	1
diagnóstico alternativo como probable o más que el de la trombosis venosa profunda	-2
Puntuación	
alta probabilidad	3 o mayor
probabilidad moderada	1 o 2
baja probabilidad	0 o menos
Modificación:	
Este modelo clínico ha sido modificado para tener otra característica clínica en cuenta: una trombosis venosa profunda previamente documentada (TVP) se da la puntuación de 1. El uso de este sistema de puntuación modificado, ya sea TVP es probable o no, de la siguiente manera:	
TVP probable	2 o mayor
TVP poco probable	1 o menos

La probabilidad de tener TVP (score de Wells):

- **3** o más puntos: **Alta** (75%)
- **1-2** puntos: **Moderada** (17%)
- **0** puntos: **Baja** (3%)

Este modelo no sirve para embarazadas, pacientes anticoagulados, pacientes con TVP previa, con síntomas de más de 60 días de evolución, ante la sospecha de un tromboembolismo pulmonar y pacientes con un pierna amputada. (7)

Medios diagnósticos:

Dímero D

1. Producto de la degradación de la fibrina.
2. Su determinación mediante ELISA tiene un valor predictivo positivo del 44% y un valor predictivo negativo del 98%.
3. Pacientes con bajo riesgo de TVP según el modelo de Wells y dímero D negativo presentan un valor predictivo negativo suficientemente alto, para descartar la TVP sin necesidad de recurrir a técnicas de imagen. **Grado de recomendación 1A.**

4. Puede estar elevado en pacientes hospitalizados, sobre todo ancianos, cirugía reciente, neoplasias y durante el segundo y tercer trimestre del embarazo.

Ecografía Doppler

1. Es la prueba de imagen de elección para el diagnóstico de la trombosis venosa.
2. La falta de compresibilidad de la vena es el criterio diagnóstico de trombosis.
3. Recomendada en pacientes con probabilidad pretest moderada o alta de TVP.
4. Sensibilidad entre el 89 y el 96% y especificidad entre el 94% y el 99% en el diagnóstico de TVP sintomática que afectan a venas proximales de la extremidad inferior, con un valor predictivo positivo del 97%. **Grado de recomendación 1A.**
5. La sensibilidad es inferior (47-62%) en pacientes asintomáticos; así como en TVP sintomáticas localizadas en la pantorrilla (73%-93%). **Grado de recomendación 2A.**

Otras técnicas

Flebografía

1. Desplazada por la eco-Doppler a causa de las reacciones adversas.

Venografía magnética nuclear

2. Niveles de concordancia diagnósticos semejantes a la flebografía, con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 96%.
3. Elevado coste.
4. Limitada a los casos en los que no se alcanza el diagnóstico por medio de pruebas no invasivas. (8,9,10)

Estrategia diagnóstica

1. Probabilidad clínica pretest según modelo de Wells.
2. Dímero D
 - Probabilidad clínica baja y un dímero D negativo permite descartar la presencia de TVP.
3. Eco-Doppler

La estrategia diagnóstica ideal en pacientes sintomáticos consiste en la combinación de la **probabilidad clínica, el dímero D y la ultrasonografía Doppler. Grado de recomendación 1A.**

Cribado de un estado de hipercoagulabilidad

Estados heredados y adquiridos de hipercoagulabilidad

Un factor de riesgo biológico para la trombosis venosa puede ser identificada en más de 60 por ciento de los pacientes caucásicos menores de 50 años con una primera TVP idiopática. Además, a menudo hay más de un factor en juego en un paciente dado. A modo de ejemplo, 50 por ciento de los eventos trombóticos en los pacientes con trombofilia hereditaria se asocian con un factor de riesgo adquirido adjunto (por ejemplo, cirugía, embarazo, uso de anticonceptivos orales).

Algunos pacientes tienen más de una forma de trombofilia hereditaria o pueden tener combinaciones de herencia, así como los estados trombofílicos adquiridos que están en mayor riesgo de trombosis.

Un estado de trombofilia que conduce a la trombosis venosa puede ser hereditario o adquirido:

- Congénita / hereditaria (por ejemplo, factor V Leiden, la deficiencia de proteína C)
- Adquirida (por ejemplo, después de la cirugía ortopédica, anticuerpos antifosfolípidos)
- Asociados con la enfermedad sistémica (por ejemplo, cáncer)

Quien para poner a prueba

Actualmente no existe consenso en cuanto a quien realizar test para la prueba de trombofilia hereditaria.

Sin embargo, la probabilidad de identificar una trombofilia hereditaria se incrementa varias veces al seleccionar pacientes con uno o más de los siguientes casos:

- Trombosis inicial que ocurre antes de los 50 años sin un factor de riesgo identificado de inmediato (es decir, trombosis venosa idiopática o no provocado)
- Un historial familiar de la enfermedad tromboembólica venosa (es decir, los parientes de primer grado con TEV antes de los 50 años)
- Trombosis venosa recurrente

- La trombosis se produce en los lechos vasculares inusuales, tales como portal, hepáticas, mesentéricas y venas cerebrales
- Una historia de necrosis cutánea inducida por la warfarina, lo que sugiere deficiencia de proteína C

Valor de la detección

Aunque podemos identificar a los pacientes en mayor riesgo de trombofilia hereditaria, no hay ningún valor clínico claro para la detección por las siguientes razones:

- Aunque un estudio diagnóstico de hipercoagulabilidad descubre anomalías que predisponen a la TEV, el factor de riesgo más importante para la recurrencia de TEV es el caso de TEV previo en sí, sobre todo si es idiopática.
- Los pacientes con TEV idiopática, si tienen o no tienen una trombofilia hereditaria que puede ser identificada, se encuentran en alto riesgo de recurrencia (hasta un 7 a 8 por ciento por año en algunos estudios) después que la warfarina se interrumpe, al menos durante los primeros años después de la evento. Por lo tanto, la presencia o ausencia de una trombofilia hereditaria por lo general no cambia la decisión con respecto a la duración de la terapia con warfarina.
- Información de detección se puede utilizar para identificar a los miembros de la familia con una trombofilia hereditaria, pero la profilaxis anticoagulante se recomienda raramente en los miembros de la familia afectados asintomáticos fuera de situaciones de alto riesgo. (11)

Tratamiento de la TVP

Justificación

Los objetivos principales del tratamiento de la TVP son la prevención y / o tratamiento de las complicaciones siguientes:

- Prevenir la extensión adicional de coágulos
- Prevención de la embolia pulmonar aguda
- Reducción del riesgo de trombosis recurrente
- El tratamiento de la trombosis iliofemoral masiva aguda con isquemia de miembros inferiores y / o gangrena venosa (es decir, phlegmasia cerúlea dolens)

- Limitar el desarrollo de complicaciones tardías, como el síndrome post-trombótico, la insuficiencia venosa crónica y la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica.

La terapia anticoagulante está indicada para pacientes con TVP proximal sintomática, ya que la embolia pulmonar se produce en aproximadamente el 50 por ciento de los individuos no tratados, con mayor frecuencia en cuestión de días o semanas del evento.

La terapia inicial

Las siguientes recomendaciones para el tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa aguda están de acuerdo con los basados en la evidencia ACCP directrices de práctica clínica para antitrombótico y la terapia trombolítica del 2012, así como las recomendaciones del Comité Británico de Estándares en Hematología, las directrices conjuntas de la American College of Physicians y la Academia Americana de Médicos de Familia, y la American Heart / Asociación Americana del Colegio de Cardiología. (12,13)

- Los pacientes con trombosis venosa profunda o embolia pulmonar aguda deben ser tratados con heparina de BPM, **el fondaparinux**, heparina no fraccionada intravenosa, subcutánea o heparina de dosis ajustada.
- Requisitos de dosificación para la heparina de BPM son diferentes para cada producto de BPM. Elementos mínimos para el alta temprana y / o el tratamiento ambulatorio con heparina de BPM o **fondaparinux** se muestran a continuación:

Los requisitos mínimos para el alta hospitalaria precoz o el tratamiento ambulatorio de la enfermedad tromboembólica venosa

El médico responsable debe asegurarse de todas las siguientes condiciones:

El paciente es ambulatorio y en condición estable, con signos vitales normales

Hay un riesgo a priori baja de sangrado en el paciente

Insuficiencia renal severa no está presente

Hay un sistema práctico en el lugar durante lo siguiente:

La administración de heparina de BPM y / o warfarina con un seguimiento adecuado, y vigilancia del tratamiento de la TVP recurrente y las complicaciones hemorrágicas.

- Cuando la heparina no fraccionada se utiliza, la dosis debe ser suficiente para prolongar el tiempo de tromboplastina parcial activada (aPTT) a 1,5 a 2,5 veces la media del valor de control, o el límite superior del rango normal aPTT.

Una encuesta de nomogramas basados en el peso disponibles apoya la opinión de que representan una estrategia segura y rentable para la dosificación de la heparina no fraccionada en un número de diferentes entornos de atención de la salud

Ejemplo de un nomograma basadas en peso para infusión de heparina no fraccionada intravenosa para el tratamiento de la tromboembolia venosa y / o embolia pulmonar

dosis inicial	80 unidades / kg de bolo, a continuación, 18 unidades / kg por hora *	
resultado TTPA	Acción	Siguiente TTPA ^Δ
aPTT <35 segundos (<1.2 de control x)	80 unidades / kg de bolo, a continuación, aumentar la velocidad de infusión de 4 unidades / kg por hora	6 horas
aPTT 35 a 45 segundos (1/2 a 1/5 de control x)	40 unidades / kg de bolo, a continuación, aumentar la velocidad de infusión por 2 unidades / kg por hora	6 horas
aPTT 46 a 70 segundos [¶] (1.5 a 2.3 de control x)	Sin cambios (rango terapéutico)	6 horas (cuando dos valores consecutivos están dentro del rango terapéutico, a continuación, junto aPTT en la mañana)
aPTT 71 a 90 segundos (2,3 a 3,0 de control x)	Disminuir la velocidad de infusión por 2 unidades / kg por hora	6 horas
aPTT > 90 segundos (> 3,0 de control x)	Mantenga perfusión de 1 hora, a continuación, disminuir la velocidad de infusión de 3 unidades / kg por hora	6 horas

- El tratamiento con heparina de BPM, el fondaparinux , o heparina no fraccionada se debe continuar por lo menos cinco días y anticoagulación oral con un antagonista de la vitamina K debe coincidir con las heparina de BPM, el fondaparinux, o heparina no fraccionada durante al menos cuatro a cinco días.

- Para la mayoría de los pacientes, la warfarina se debe iniciar de forma simultánea con la heparina, a una dosis oral inicial de aproximadamente 5 mg / día. En pacientes ancianos y en aquellos con alto riesgo de sangrado o que están desnutridos, debilitados, o tienen insuficiencia cardíaca o enfermedad hepática, la dosis inicial debe reducirse a un 50 por ciento. El producto de heparina se puede interrumpir en el día cuatro o cinco si el INR ha sido terapéutico durante dos días consecutivos dado el tiempo de vida media que tienen los factores de coagulación que inhibe la

warfarina.

Factor	Vida media
Protrombina	2,8 – 4,4 días
Factor V	12-36 horas
Factor VII	2-5 horas
Factor IX	20-52 horas
Fibrinógeno	1,5-6,3 días
Factor X	32-48 horas

●Para los pacientes que recibieron heparina no fraccionada (HNF), guías de la ACCP sugieren que se realicen los recuentos de plaquetas, para supervisar el desarrollo de trombocitopenia. La frecuencia y el calendario de tales recuentos dependen de la situación clínica. El producto heparina debe suspenderse si cualquiera de las siguientes situaciones: una caída precipitada o sostenida en el recuento de plaquetas, o una recuento de plaquetas <100.000 / microlitro

●El uso de agentes trombolíticos, trombectomía quirúrgica, o trombectomía mecánica percutánea en el tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa debe ser individualizado. Los pacientes con TEP hemodinámicamente inestables o trombosis iliofemoral masiva (es decir, cerúlea dolens) y que también son de bajo riesgo a sangrar, son los candidatos más adecuados para dicho tratamiento.

●Se recomienda la colocación del filtro en la vena cava inferior cuando existe una contraindicación o un fracaso de la terapia anticoagulante en un individuo con alto riesgo de trombosis venosa profunda o EP. También se recomienda en pacientes con tromboembolismo recurrente a pesar de la anticoagulación adecuada, de embolia recurrente crónica con hipertensión pulmonar, y con la actuación simultánea de embolectomía pulmonar quirúrgica o tromboendarterectomía pulmonar.

●La anticoagulación oral con un antagonista de la vitamina K debe prolongar el INR a un objetivo de 2,5 (rango: 2,0 a 3,0). Si el uso de un antagonista de la vitamina K está contraindicada o tiene algún inconveniente, la terapia a largo plazo puede llevar a cabo, ya sea con dosis ajustadas de heparina no fraccionada , heparina de bajo peso molecular, fondaparinux , o rivaroxaban.

El uso de los nuevos anticoagulantes orales (por ejemplo, dabigatrán, rivaroxaban, apixaban) para la terapia inicial y/o continuación del tratamiento de la TVP se tiene muy poco resultados y están siendo vigilados en los nuevos estudios por lo que no se recomiendan con seguridad por la poca experiencia y falta de evidencia de seguridad acerca su uso. (12,13)

Normograma para administración de warfarina

Día	INR	Dosis (mg)
2	<1,5	5
	1,5-1,9	2,5
	2-2,5	1-2,5
	>2,5	0
3	<1,5	5-10
	1,5-1,9	2,5-5
	2-3	0-2,5
	>3	0
4	<1,5	10
	1,5-1,9	5
	2-3	0-3
	>3	0
5	<1,5	10
	1,5-1,9	7,5-10
	2-3	0-5
	>3	0

Duración del tratamiento

Elección de anticoagulación a largo plazo (primeros 3 meses) y extendido (sin fecha de parada programada).

1. En los pacientes con TVP proximal o embolismo pulmonar (EP), recomendamos anticoagulación a largo plazo (3 meses) que sin terapia de este tipo (grado 1B).
2. En los pacientes sin cáncer con TVP de la pierna o EP, se sugiere terapia anticoagulante a largo plazo (3 meses) con dabigatran, rivaroxaban, apixaban, o endoxaban sobre la terapia con antagonista de vitamina K (grado 2B).
3. Para pacientes sin cáncer con TVP de la pierna o EP quienes no son tratados con dabigatran, rivaroxaban, apixaban, o endoxaban, se recomienda terapia con antagonista de vitamina K sobre las heparinas de bajo peso molecular (grado 2C).
4. En pacientes con TVP de la pierna o EP y cáncer (trombosis asociada a cáncer), terapia de anticoagulación a largo plazo (3 meses), se recomienda las heparinas de bajo peso molecular por encima de la terapia con VKA (antagonista de vitamina K) (grado 2C), dabigatran (grado 2C), rivaroxaban (grado 2C), apixaban (grado 2C), o endoxaban (grado 2C).
5. En pacientes con TVP de la pierna o EP que reciben terapia prolongada, se sugiere no hacer cambio de la anticoagulación seleccionada en los primeros 3 meses (grado 2C).

Duración de la terapia de anticoagulación.

1. En pacientes con TVP de la pierna o EP provocado por cirugía, se recomienda anticoagulación por 3 meses sobre el tratamiento de periodos cortos (grado 1B), tratamientos largos de tiempo limitado (6,9, 12 o 24 meses) (grado 1B) o terapia extendida (grado 1B).
2. En pacientes con TVP de la pierna o EP provocado por un factor de riesgo no quirúrgico transitorio, se recomienda anticoagulación por 3 meses sobre el tratamiento de periodos cortos (grado 1B), tratamientos largos de tiempo limitado (6,9, 12 o 24 meses) (grado 1B) o independientemente cual sea el riesgo de sangrado del paciente (bajo, moderado) (grado 2B) y (alto) (grado 1B).
3. En pacientes con TVP distal aislada de la pierna provocada por cirugía o por un factor de riesgo no quirúrgico transitorio, se recomienda anticoagulación por 3 meses sobre el tratamiento de periodos cortos (grado 2C), tratamientos largos de tiempo limitado (6,9, 12 o 24 meses) (grado 1B) o terapia extendida (grado 1B).
4. En pacientes con TVP no provocada (aislada distal u proximal) de la pierna o EP, se recomienda anticoagulación por 3 meses sobre el tratamiento de periodos cortos (grado 1B), tratamientos largos de tiempo limitado (6,9, 12 o 24 meses) (grado 1B).
5. En pacientes con su primera TVP proximal o EP de causa no provocada y quienes tienen un bajo u moderado riesgo de sangrado, se recomienda terapia de anticoagulación extendida sobre la de 3 meses (grado 2B) y si el riesgo de

sangrado es alto, se recomienda la terapia de anticoagulación de 3 meses sobre la extendida (grado 1B).

6. En pacientes con una segunda TVP no provocada y quienes tienen un bajo riesgo de sangrado, se recomienda la terapia de anticoagulación extendida sobre la de 3 meses (grado 1B), moderado riesgo de sangrado, se recomienda la terapia de anticoagulación extendida sobre la de 3 meses (grado 2B) y 3 meses de terapia de anticoagulación si el riesgo de sangrado es alto (grado 2B).
7. En pacientes con TVP de la pierna o EP y cáncer activo (trombosis asociado a cáncer) y no tienen alto riesgo de sangrado, se sugiere la terapia de anticoagulación extendida sobre la de 3 meses (grado 1B) y si tiene alto riesgo de sangrado de igual forma (grado 2B).

Uso de aspirina para el tratamiento extendido de la enfermedad tromboembólica.

1. En pacientes con TVP proximal no provocada o EP quienes se le detiene la terapia de anticoagulación y no tienen una contraindicación a la aspirina, se sugiere el uso de la misma sobre la ausencia de esta para prevenir la enfermedad tromboembólica recurrente (grado 2B).

Terapia trombolítica en pacientes con TPV de las extremidades superiores.

1. En pacientes con TVP aguda de las extremidades superior que involucra la vena axilar o más proximal a esta, se sugiere sólo terapia de anticoagulación sobre la trombólisis (grado 2C).
2. La duración de la terapia de anticoagulación debe ser la misma tanto para pacientes en quienes se administró trombólisis o no, con TVP aguda de las extremidades superior (grado 1B).

Manejo de TVP recurrente con terapia de anticoagulación.

1. En pacientes con TVP recurrente manejados con VKA en rango terapéutico o con dabigatrán, rivaroxaban, apixaban o endoxaban elegidos con criterio para el paciente, se sugiere cambiar terapia a heparina de bajo peso molecular al menos temporalmente (grado 2C).
2. En pacientes quienes tienen TPV recurrente con un largo uso de heparina de bajo peso molecular, elegida adecuadamente, se sugiere aumento de la dosis de un cuarto a un tercio de la dosis (grado 2C).

En pacientes con TVP sintomática aguda de la pierna, se sugiere el uso de medias de compresión (Grado 2B)

Consideraciones especiales:

1. La dosificación inicial de la heparina IV para VTE es basado en peso (80 unidades / kg de bolo y 18 unidades / kg / h Infusión) o administrado como un bolo de 5.000 unidades seguido de una infusión de al menos 32.000 unidades / día. Si se administra heparina por vía subcutánea para tratamiento de VTE, hay al menos dos opciones:
 - a. Una inicial IV un bolo de 5.000 unidades seguido por 250 unidades / kg dos veces al día; O
 - b. Una dosis subcutánea inicial de 333 unidades / kg seguido de 250 unidades / kg dos veces al día después de eso.
2. Seguimiento: El riesgo de hemorragia asociada con heparina aumenta con la dosis de heparina y con la administración concomitante de agentes fibrinolíticos o inhibidores de la glucoproteína IIb / IIIa. El riesgo de sangrado también se incrementa por cirugía reciente, trauma, procedimientos invasivos o defectos hemostáticos concomitantes. En los pacientes hospitalizados, el aumento del número de comorbilidades, la edad y los tiempos de coagulación supratrapéutica y el empeoramiento de la disfunción hepática aumentan el riesgo de sangrado asociados a los anticoagulantes.
3. Resistencia a la heparina: La resistencia a la heparina es un término utilizado para describir la situación en la que los pacientes requieren dosis inusualmente elevadas de heparina para conseguir un TTPa terapéutico. Varios mecanismos explican la resistencia a la heparina, incluyendo la deficiencia de AT, el aumento de la depuración de heparina, elevaciones en los niveles de proteínas de unión a la heparina y altos niveles de factor VIII y / o fibrinógeno. La aprotinina y la nitroglicerina pueden causar resistencia a la heparina inducida por fármacos, aunque la asociación con nitroglicerina es controvertida.
4. En pacientes con TEV que requirieron dosis elevadas de heparina (35.000 unidades / día), los pacientes que se asignaron al azar a la dosis de heparina en base a los niveles de anti-Xa (rango objetivo entre 0,35-0,7 unidades / mL) presentaron resultados clínicos similares y recibieron dosis más bajas de heparina que los asignados al azar con un ajuste de dosis basado en los valores de aPTT. Teniendo en cuenta estos resultados, es razonable ajustar las dosis de heparina basadas en los niveles de anti-Xa en pacientes con TEV que requieran dosis muy altas de heparina para conseguir un TTPa terapéutico.

DISEÑO METODOLÓGICO.

Tipo de estudio:

Descriptivo, serie de casos.

Área de estudio:

Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, ubicado en la ciudad de Managua, teniendo los departamentos de Cirugía, Ortopedia, Neurocirugía, Fisiatría, Radiología, Patología y Medicina Interna.

Población de estudio:

Todos los pacientes ingresados en el departamento de Medicina Interna del hospital Antonio Lenin Fonseca con el diagnóstico de trombosis venosa profunda o hayan presentado dicha eventualidad durante su estancia hospitalaria en el periodo comprendido de los años 2013-2014.

Definición de caso:

Se entendió por un caso a todo paciente ingresado en el departamento de Medicina Interna del hospital Antonio Lenin Fonseca con el diagnóstico de trombosis venosa profunda o hayan presentado dicha eventualidad durante su estancia hospitalaria en el periodo comprendido de los años 2013-2014.

Criterios de inclusión:

Que cumpliera la definición de caso.

Que se obtuviera la información completa.

Fuente:

Secundaria, ya que los datos serán obtenidos de los expedientes clínicos archivados en el hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca.

Instrumento:

Se elaborará una ficha de recolección de datos.

Aspectos Éticos:

Se solicitará permiso al director del hospital para tener acceso a los expedientes clínicos, previa explicación de los objetivos del estudio.

Procedimiento de recolección de información:

Se visitará la sección de estadística para solicitar el número de expedientes de los pacientes que padecieron trombosis venosa profunda y estuvieron ingresados en el departamento de Medicina Interna, posteriormente se solicitará dichos expedientes en admisión y se revisará para ver si cumple con la definición de caso, luego así se procederá a recoger la información.

Plan de análisis:

Los datos serán procesados de manera automatizada utilizando el programa spss v 12 para Windows. Se calculará frecuencia, porcentaje y los resultados serán presentados en texto y tablas.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

El tromboembolismo venoso es un importante problema de atención de la salud que resulta en una importante mortalidad, morbilidad y gasto de los recursos. En el presente estudio se logró evidenciar que la mayoría de los pacientes estudiados eran del sexo femenino (62.6%) contrario a lo reportado con las estadísticas internacionales ya sea porque la mayoría de los pacientes era mayor de los 40 años y que este grupo tiene mayor riesgo por los antecedentes de embarazos, uso de anticonceptivos y tener trabajos de postura un poco estática.

La edad de la mayoría de los pacientes estudiados corresponde a un corte superior a los 45 años (71.7%), siguiendo en similitud con lo reportado por la literatura ya que a mayor edad hay una mayor relación con enfermedades cardiovasculares.

En el estudio el periodo de tiempo de estancia hospitalaria fue el rango de 5-10 días (37.3%), tiempo óptimo para lograr anti coagular y poder dar alta al paciente con un INR en rango terapéutico según el tiempo necesario de la farmacocinética de estos medicamentos.

Hay que hacer hincapié que las comorbilidades juegan un papel importante como factor de riesgo para el desarrollo de trombosis venosa profunda, siendo el de mayor prevalencia la Diabetes (33.3%) luego la insuficiencia venosa ya como factor de riesgo claro por la estasis sanguínea con un (28.2%) seguido por el (26.2%) sin explicación aparente lo que pudo estar condicionado en el estudio en la falta de búsqueda de otros factores por parte del personal médico.

Dentro de los signos que se presentó con mayor frecuencia fue el dolor y edema, ambas con el (91.9%) cosa que es característico del comportamiento de esta enfermedad, teniendo un bajo porcentaje las pruebas de Hommas y Pratt (8%) y (4%) respectivamente, aunque son poco sensibles, es probable que esto se deba por falta de conocimiento por parte del personal que atiende a la población, pero ante la presencia de estos signos cardinales nunca se pasó por alto la sospecha diagnóstica.

Del sitio que fue más frecuente la trombosis fueron los miembros inferiores con el (99%) cosa similar a lo reportado por los estudios siendo el miembro derecho el más afectado con el (56.5%) esto se piensa que como la población femenina es la más afectada y

durante los estados gravídicos el retorno venoso de dicho miembro es el más afectado por la dextro rotación del útero. La porción proximal del miembro con el (96,9%) fue lo más frecuente.

La forma en la que se estableció el diagnóstico no coincide con las guías de anticoagulación ya que en ningún paciente se le estableció una escala de riesgo, ni se mandó la prueba del dímero –D para descartar la posibilidad de una trombosis si no a los pacientes con los signos y síntomas sugerente se le indicó un doppler venoso (96.9%) para confirmar la sospecha y de esta manera se estableció el diagnóstico. Cabe señalar que somos un hospital escuela en donde se cuenta con la especialidad de Radiología lo que hace factible la realización de dicho medio y se esté sobre utilizando tal recurso a pesar de su alto costo en comparación al dímero-D.

Por fortuna en el 88.8% de los pacientes no hubo retraso alguno para establecer el diagnóstico lo que condicionó que sólo un paciente (1%) sufriera una complicación la cual es muy temida para la trombosis venosa, como es el tromboembolismo pulmonar que por el abordaje que se dio no llegó a un desenlace fatal y aún sobrevive el paciente.

Del tratamiento empleado el más aplicado fue la terapia combinada de Heparina/Warfarina con 42.4% y de este el 71.4% se manejó mal el retiro de la heparina ya que los recomendado por las guías es retirar la heparina en el 4to ò 5to día y no de forma temprana como se hizo en la mayoría; siguiéndole el uso de Heparina sola con 23.2% agregando de forma tardía la Warfarina cometiéndose el error en el 95.6% de hacerlo de forma de traslape o no esperar lo recomendado por la guías que es un periodo de 4-5 días por el efecto procoagulante de la Warfarina al inhibir la proteína C y S.

La mayoría de los pacientes (46.4%) fueron dados de alta con un INR entre el rango de 1-2 algo que no es lo recomendado ya que las guías orientan un rango entre 2-3 para así asegurar que el paciente se encuentra anti coagulado y peor aún un 10.1% al cual no se le tomó INR para su alta lo que lleva a múltiples riesgo a los pacientes como es un trombosis recurrente, potenciar más el riesgo de TEP.

Al 93.9% no se le planteó el tiempo que duraría la terapia con anticoagulación cosa se debe hacerse según las guías de acuerdo a las comorbilidades del paciente, sitio de la trombosis y el número de evento que lleva el paciente.

A la mayoría de los pacientes no se le explicó acerca de las posibles complicaciones de la

terapia o progresión de la enfermedad la cual estaba potenciada por el mal abordaje de los pacientes, lo que es esperado en un porcentaje mínimo a pesar de realizar el abordaje según lo referido por las guías.

CONCLUSIONES

1. El género más frecuente en el estudio fue el sexo femenino.
2. La mayoría de los pacientes en el estudio su edad era mayor de los 45 años.
3. El factor de riesgo para el desarrollo de trombosis venosa profunda sobresaliente fue la insuficiencia venosa.
4. El abordaje de los pacientes no fue el adecuado ya que no se cumplió de acuerdo a las guías como establece el 9no consenso de anticoagulación.

Recomendaciones

1. Realizar un protocolo de acuerdo a las recomendaciones del 9no consenso de anticoagulación sobre el abordaje diagnóstico y terapéutico para la trombosis venosa profunda que sirva de guía para manejar esta patología en los diferentes servicios.
2. Dado que es una enfermedad compleja y durante la evolución de la enfermedad el médico puede enfrentar múltiples retos, debe ser manejado por un equipo multidisciplinario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goodacre S. En la clínica. Trombosis venosa profunda. Ann Intern Med 2008; 149: ITC3.
2. Heit JA. La epidemiología de la enfermedad tromboembólica venosa en la comunidad. Arterioscler Thromb Vasc Biol 2008; 28: 370.
3. Cushman M, Tsai AW, White RH, et al. La trombosis venosa profunda y embolia pulmonar en dos cohortes: la investigación longitudinal de etiología tromboembolismo. Am J Med 2004; 117: 19.
4. Zoller B, Li X, Sundquist J, K. Sundquist por edad y los riesgos específicos de género familiares de tromboembolismo venoso: un estudio epidemiológico a nivel nacional sobre la base de las hospitalizaciones en Suecia. Circulation 2011; 124: 1012.
5. Chung I, Lip GY. Virchow's triad revisited: blood constituents. Pathophysiol Haemost Thromb 2003; 33:449.
6. Qaseem A, Nieve V, Barry P, et al. diagnóstico actual de la enfermedad tromboembólica venosa en atención primaria: una guía de práctica clínica de la Academia Americana de Médicos de Familia y el Colegio Americano de Médicos. Ann Intern Med 2007; 146: 454.
7. Wells PS, Anderson DR, Bormanis J, et al. Valor de la evaluación de la probabilidad pretest de trombosis venosa profunda en la gestión clínica. Lancet 1997; 350: 1795.
8. Birdwell BG, Raskob GE, Whitsett TL, et al. La validez clínica de la ecografía de compresión normal en pacientes ambulatorios con sospecha de trombosis venosa profunda. Ann Intern Med 1998; 128: 1.
9. Huisman MV, Büller HR, ten Cate JW, J. Vreeken pletismografía de impedancia en serie para la trombosis venosa profunda sospecha en pacientes ambulatorios. El estudio médico de Ámsterdam general. N Engl J Med 1986; 314: 823.
10. Casco R, Hirsh J, Sackett DL, et al. La validez clínica de un venograma negativo en pacientes con trombosis venosa sospecha clínica. Circulation 1981; 64: 622.
11. Tamariz LJ, Eng J, Segal JB, et al. Utilidad de la predicción clínica rigie para el diagnóstico de la enfermedad tromboembólica venosa: una revisión sistemática. Am J Med 2004; 117: 676.

12. Kearon C, Kahn SR, Agnelli G, et al. El tratamiento antitrombótico para la enfermedad tromboembólica venosa: American College of Chest Physicians Guías de Práctica Clínica Basada en la Evidencia (8ª Edición). Chest 2008; 133: 454S.
13. Kearon C, Akl EA, Comerota AJ, et al. El tratamiento antitrombótico para la enfermedad de TEV: Terapia antitrombótica y la prevención de la trombosis, 9ª ed: American College of Guías de Práctica Clínica Basada en la Evidencia Chest Physicians. Chest 2012; 141: e419S.

ANEXOS

TABLA N.1

Distribución por sexo de los pacientes ingresados con trombosis venosa profunda en el servicio de Medicina Interna del hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido de los años 2013-2014.

SEXO	CANTIDAD	PORCENTAJE (%)
HOMBRE	37	37.373
MUJER	62	62.626
TOTAL	99	100

GRÁFICO N.1

Distribución por sexo de los pacientes ingresados con trombosis venosa profunda en el servicio de Medicina Interna del hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido de los años 2013-2014. n=99

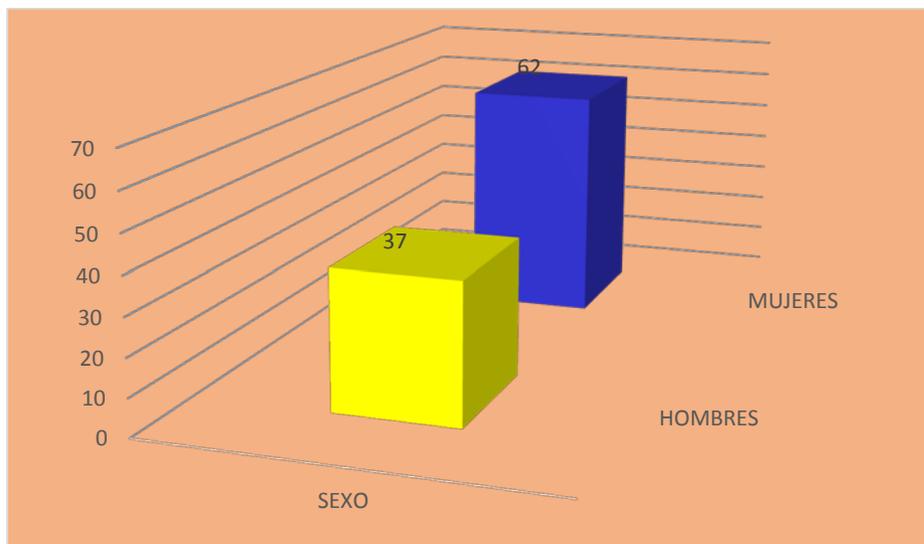


TABLA N.2

Edades de los pacientes ingresados con trombosis venosa profunda al servicio de Medicina Interna del hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido de los años 2013-2014.

EDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE (%)
MENOR O IGUAL A 45	28	28.282
MAYOR DE 45	71	71.717
TOTAL	99	100

GRÁFICO N.2

Edades de los pacientes ingresados con trombosis venosa profunda al servicio de Medicina Interna del hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido de los años 2013-2014.

n=99

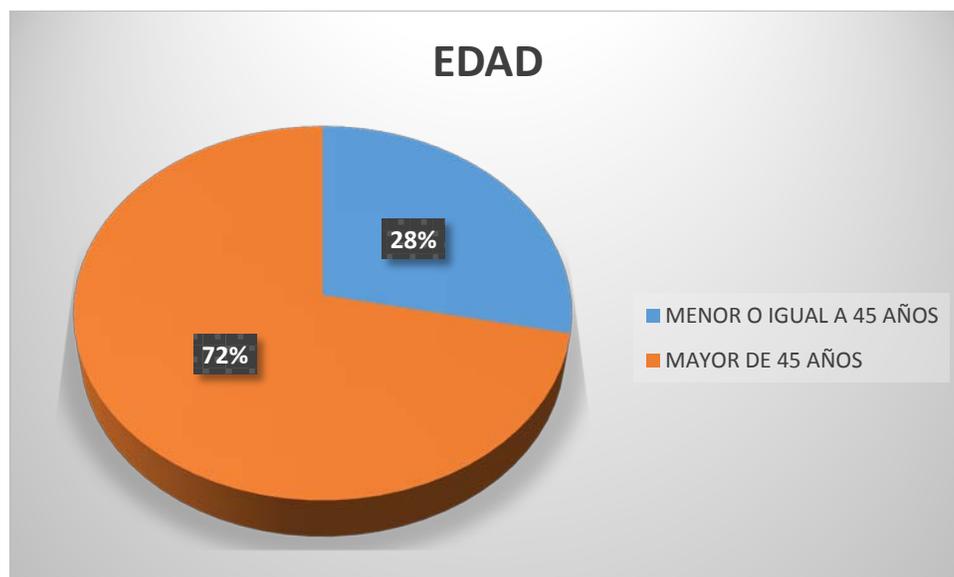


TABLA N.3

Período de estancia de los pacientes ingresados con trombosis venosa profunda en el servicio de Medicina Interna del hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido de los años 2013-2014.

PERIODO DE ESTANCIA	CANTIDAD	PORCENTAJE (%)
MENOS DE 05 DIAS	28	28.282
5-10 DIAS	37	37.373
11-15 DIAS	19	19.191
MAYOR DE 15 DIAS	15	15.151
TOTAL	99	100

GRÁFICO N.3

Período de estancia de los pacientes ingresados con trombosis venosa profunda en el servicio de Medicina Interna del hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido de los años 2013-2014. n=99

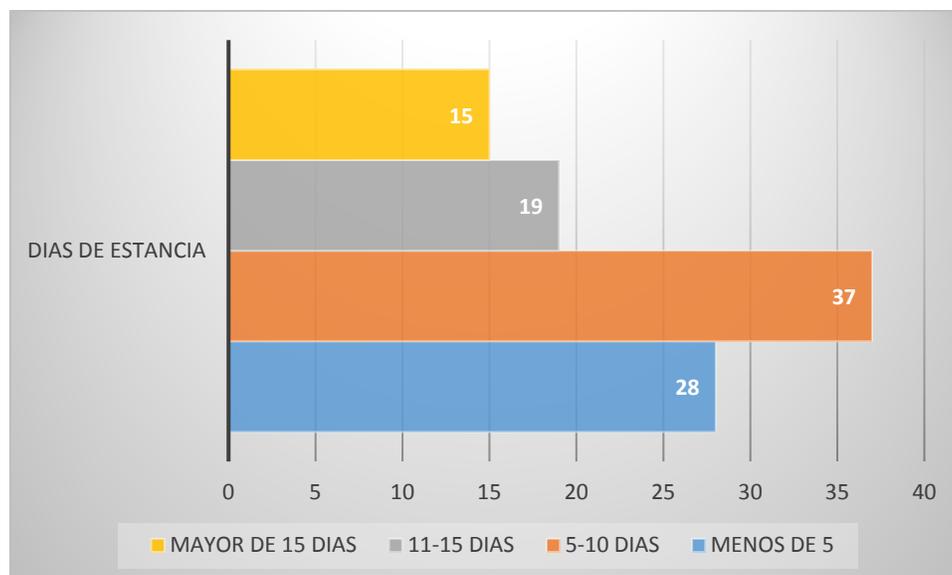


TABLA N.4

Factores de riesgo de los pacientes ingresados con trombosis venosa profunda en el servicio de Medicina Interna del hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca en el período comprendido de los años 2013-2014.

FACTOR DE RIESGO	CANTIDAD	PORCENTAJE (%)
OBESIDAD	5	3.623
ENCAMAMIENTO	7	5.072
CANCER	5	3.623
DIABETES MELLITUS	33	23.913
IRC	12	8.695
INSUFICIENCIA VENOSA	28	20.289
TVP PREVIA	10	7.24
CATETER HEMODIALISIS	2	1.449
TRAUMA	5	3.623
CELULITIS	5	3.623
NINGUNO	26	18.840
TOTAL	138	100

GRÁFICO N.4

Factores de riesgo de los pacientes ingresados con trombosis venosa profunda en el servicio de Medicina Interna del hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca en el período comprendido de los años 2013-2014.

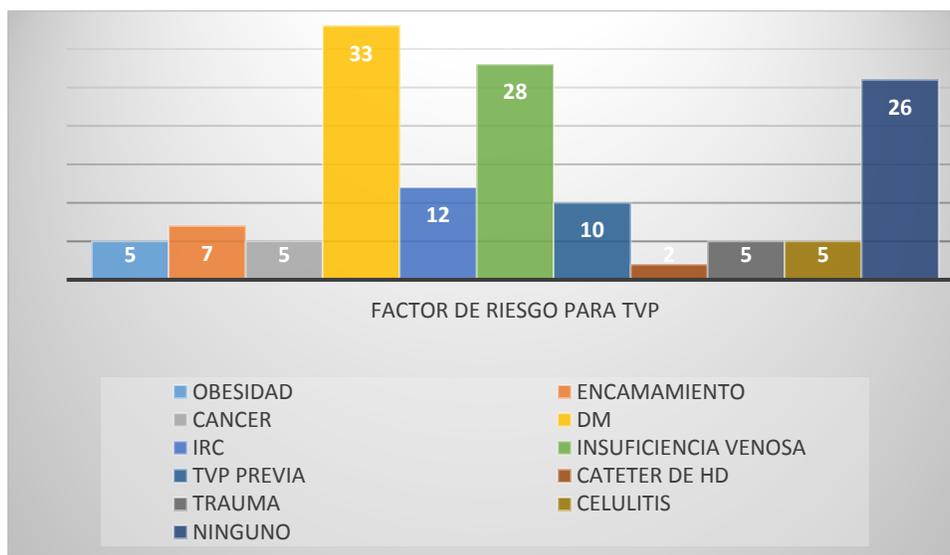


TABLA N.5

Distribución de los signos y síntomas de trombosis venosa profunda en los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca en el período comprendido de los años 2013-2014.

SIGNOS Y SINTOMAS	CANTIDAD	PORCENTAJE (%)
DOLOR	91	42.523
EDEMA	91	42.523
AUMENTO DE CALOR	6	2.803
M. HOMANS	8	3.738
CLAUDICACION	12	5.607
HIPOESTESIA	2	0.934
M. PRATT	4	1.869
TOTAL	214	100

GRÁFICO N.5

Distribución de los signos y síntomas de trombosis venosa profunda en los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca en el período comprendido de los años 2013-2014.



TABLA N.6

Ubicación topográfica del sitio de la trombosis venosa profunda de los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del hospital Dr. Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido de los años 2013-2014.

UBICACIÓN DE LA TROMBOSIS	CANTIDAD	PORCENTAJE (%)
ILIACA	1	1.010
M. INFERIOR DERECHO PROXIMAL	56	56.565
M. INFERIOR IZQUIERDO PROXIMAL	42	42.424
TOTAL	99	100

GRÁFICO N.6

Ubicación topográfica del sitio de la trombosis venosa profunda de los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del hospital Dr. Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido de los años 2013-2014.

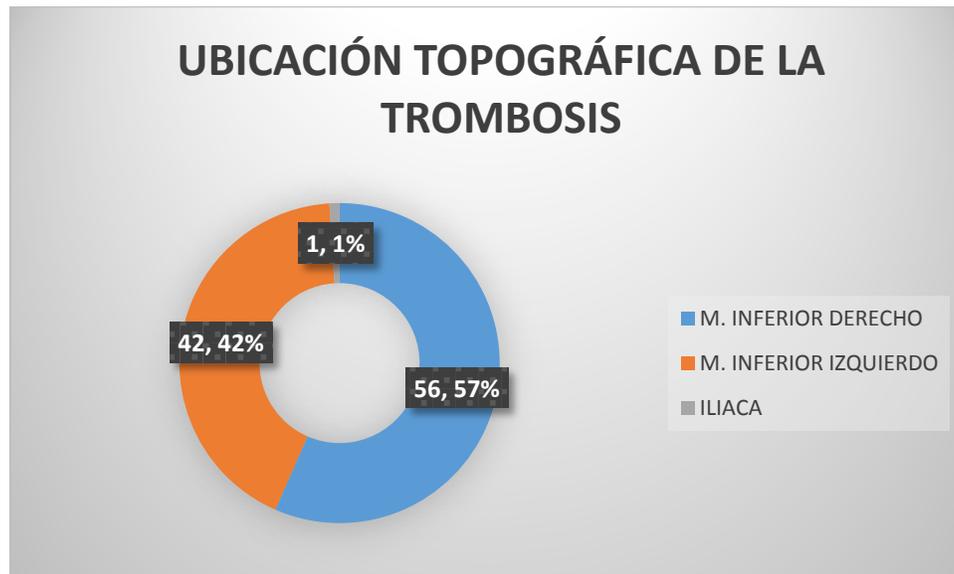


TABLA N.7

Frecuencia según el modo de utilización para el diagnóstico para trombosis venosa profunda en los pacientes ingresados con trombosis venosa profunda, en el servicio de Medicina Interna del hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca en el período comprendido de los años 2013-2014.

MEDIO DIAGNOSTICO	CANTIDAD	PORCENTAJE (%)
CLINICO	1	0.990
DIMERO D	1	0.990
US DOPPLER	2	1.980
CLINICO/DOPPLER	96	95.049
TAC	1	0.990
TOTAL	101	100

GRÁFICO N.7

Frecuencia según el modo de utilización para el diagnóstico para trombosis venosa profunda en los pacientes ingresados con trombosis venosa profunda, en el servicio de Medicina Interna del hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca en el período comprendido de los años 2013-2014.

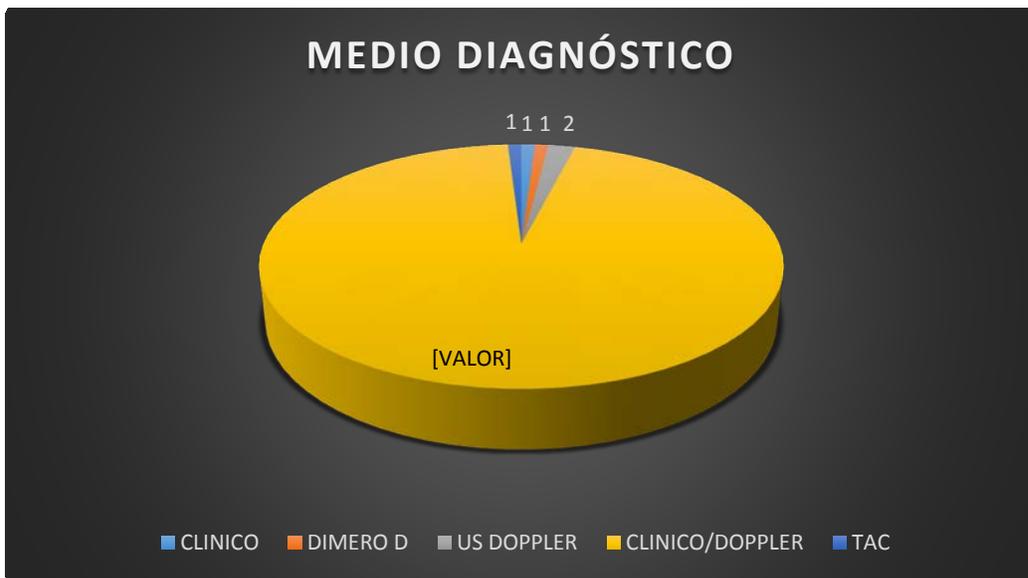


TABLA N.8

Cantidad de pacientes que se les retrasó el diagnóstico de trombosis venosa profunda de los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido de los años 2013-2014

RETRASO DEL DIAGNOSTICO	CANTIDAD	PORCENTAJE (%)
SI	11	11.111
NO	88	88.888
TOTAL	99	100

GRÁFICO N.8

Cantidad de pacientes que se les retrasó el diagnóstico de trombosis venosa profunda de los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido de los años 2013-2014



TABLA N.9

Tratamiento terapéutico de los pacientes ingresados con trombosis venosa profunda en el servicio de Medicina Interna del hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido de los años 2013-2014.

TRATAMIENTO	CANTIDAD	PORCENTAJE (%)
NINGUNA	1	1.020
ENOXAPARINA/WARFARINA	20	20.408
HEPARINA/WARFARINA	42	42.857
ENOXAPARINA	2	2.040
WARFARINA	11	11.224
HEPARINA	23	23.469
TOTAL	99	100

GRÁFICO N.9

Tratamiento terapéutico de los pacientes ingresados con trombosis venosa profunda en el servicio de Medicina Interna del hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido de los años 2013-2014.

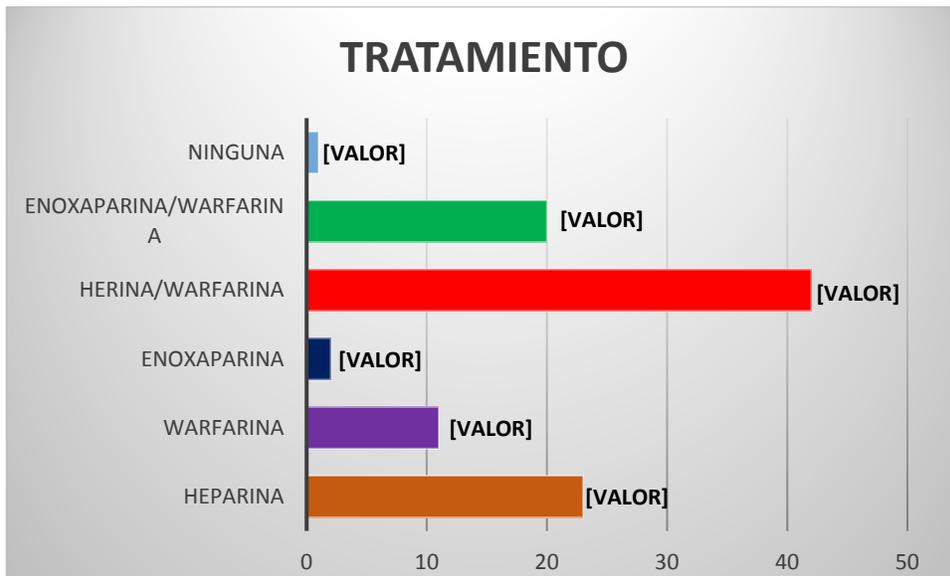


TABLA N. 10

Complicaciones de los pacientes ingresados que recibieron tratamiento para trombosis venosa profunda en el servicio de Medicina Interna del hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido de los años 2013-2014.

COMPLICACIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE (%)
NINGUNA	98	98.989
TEP	1	1.010
TOTAL	99	100

GRÁFICO N.10

Complicaciones de los pacientes ingresados que recibieron tratamiento para trombosis venosa profunda en el servicio de Medicina Interna del hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido de los años 2013-2014.



TABLA N.11

Valor del INR al momento del alta de los pacientes ingresados con trombosis venosa profunda en el servicio de Medicina interna del hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido de los años 2013-2014.

VALOR DEL INR	CANTIDAD	PORCENTAJE (%)
1 A 2	46	46.464
2 A 3	20	20.202
3 A 4	23	23.232
No tomado	10	10.102
total	99	100

GRÁFICO N.11

Valor del INR al momento del alta de los pacientes ingresados con trombosis venosa profunda en el servicio de Medicina interna del hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido de los años 2013-2014.

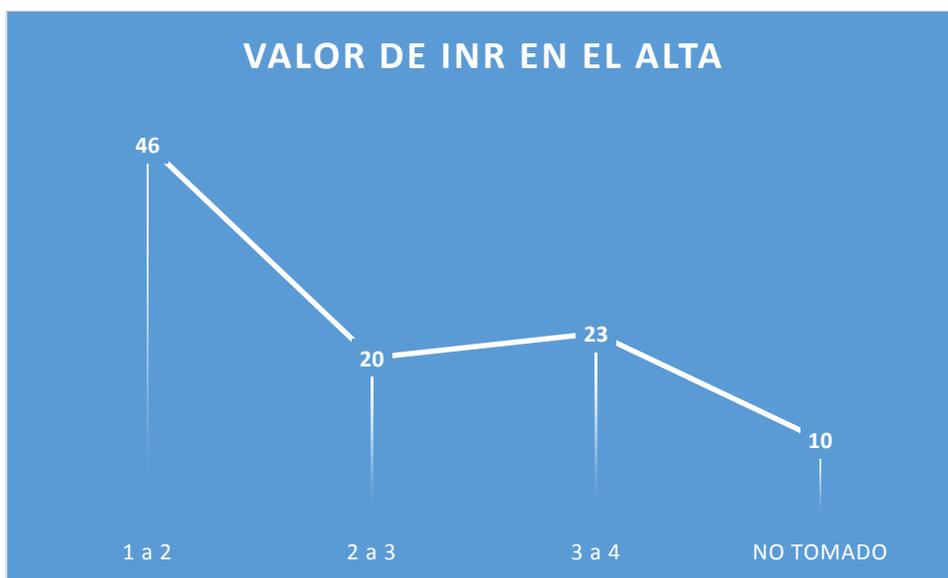


TABLA N.12

Cantidad de pacientes a los que se les definió el período que iban a recibir terapia de anticoagulación de los pacientes ingresados con trombosis venosa profunda en el servicio de Medicina Interna del hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca en el período comprendido de los años 2013-2014.

ANTICOAGULACION	CANTIDAD	PORCENTAJE (%)
DEFINIDO	07	07.070
NO DEFINIDO	92	92.929
TOTAL	99	100

GRÁFICO N. 12

Cantidad de pacientes a los que se les definió el período que iban a recibir terapia de anticoagulación de los pacientes ingresados con trombosis venosa profunda en el servicio de Medicina Interna del hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca en el período comprendido de los años 2013-2014

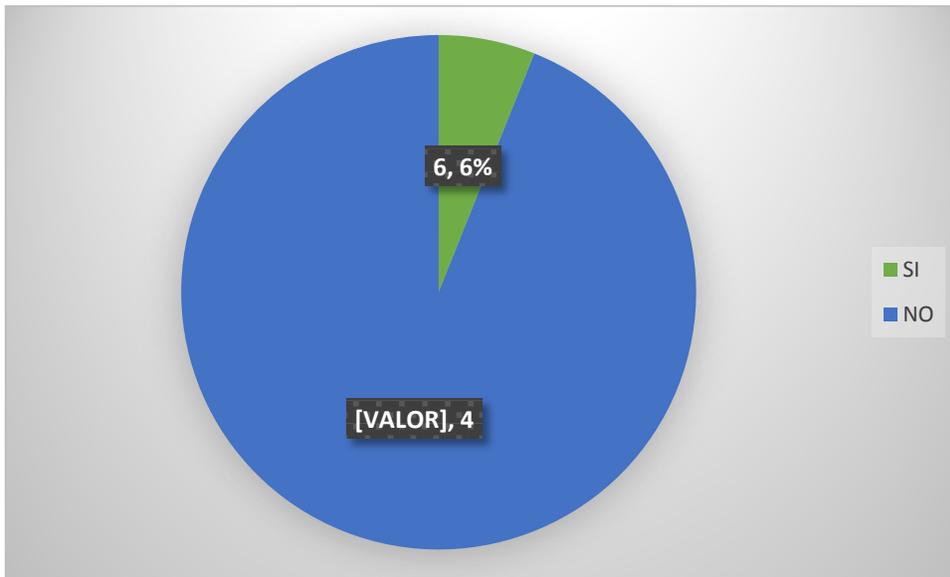


TABLA N.13

Distribución de pacientes según el tiempo para la primera evaluación posterior a su egreso en los pacientes ingresados con trombosis venosa profunda en el servicio de Medicina Interna del hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido de los años 2013-2014.

TIEMPO DE VALORACION	CANTIDAD	PORCENTAJE (%)
1 SEMANA	33	33.333
2 SEMANAS	49	49.494
≥3 SEMANAS	6	6.060
NO VALORADO	11	11.111
TOTAL	99	100

GRÁFICO N.13

Distribución de pacientes según el tiempo para la primera evaluación posterior a su egreso en los pacientes ingresados con trombosis venosa profunda en el servicio de medicina interna del hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido de los años 2013-2014.

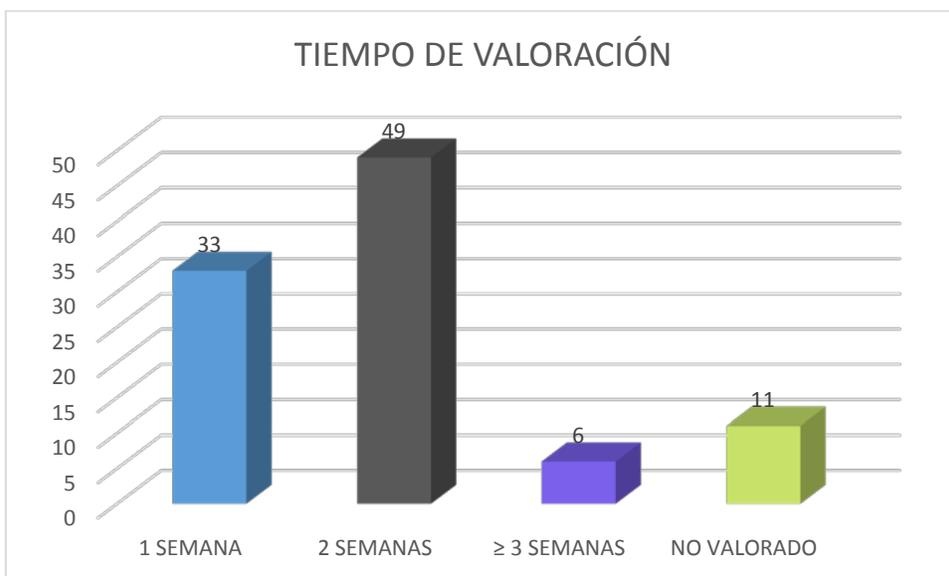


TABLA N. 14

Pacientes que recibieron consejería de las complicaciones del tratamiento y de su enfermedad después de haber sido egresado en los pacientes atendidos con trombosis venosa profunda en el servicio de Medicina Interna del hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido de los años 2013-2014.

CONSEJERIA	CANTIDAD	PORCENTAJE (%)
SI	34	34.343
NO	65	65.656
TOTAL	99	100

GRÁFICO N.14

Pacientes que recibieron consejería de las complicaciones del tratamiento y de su enfermedad después de haber sido egresado en los pacientes atendidos con trombosis venosa profunda en el servicio de Medicina Interna del hospital escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido de los años 2013-2014.

