

ORIGINAL

Prevención desde atención primaria de la trombosis venosa profunda

Parrilla Ruiz F¹, Vargas Ortega D², Cárdenas Cruz D¹, Martínez Cabezas S², Cárdenas Cruz A³, Díaz Castellanos MA⁴.

¹ Médico de Familia. Unidad de Urgencias; ² MIR MFyC; ³ Médico Intensivista. Cuidados Críticos y Urgencias; ⁴ Médico Intensivista. D.A.I.G. Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

PREVENCIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

Objetivos: Analizar los factores de riesgo que presentan los pacientes con Trombosis Venosa Profunda (TVP) como objetivo principal. Determinar la positividad y la cuantificación del Dímero D en la TVP como prueba diagnóstica, y el tratamiento inicial y preventivo de la TVP, como objetivo secundario.

Diseño: Estudio transversal descriptivo.

Emplazamiento: Unidad de Urgencias. Empresa Pública Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Población y muestra: Todos los pacientes que fueron diagnosticados de Trombosis Venosa Profunda mediante Eco-Doppler durante el periodo de estudio (1998-2002).

Intervenciones: Se recogieron de las historias clínicas las siguientes variables: Edad, Sexo, Enfermedades actuales, Dímero D (DD), Tratamiento inicial y de mantenimiento. Análisis estadístico mediante SPSS.

Resultados: En el periodo de estudio se diagnosticaron en nuestra Unidad de Urgencias mediante Eco-Doppler 196 TVP. El 74% de los pacientes eran varones y el 26% mujeres. La edad media era de $67 \pm 7,5$ años. Las enfermedades más frecuentes que padecían estos enfermos eran, por orden de frecuencia: Hipertensión arterial (HTA): 35%, Diabetes Mellitus (DM): 24%, Dislipemia: 19%, Episodios anteriores de TVP: 13%, Asma bronquial/ EPOC: 13%, Cardiopatía Isquémica: 12%, Cirugía reciente (menos de un mes): 10%, Neoplasia: 9%. Sólo el 9% de los pacientes no presentaba enfermedad asociada. Se solicitó el DD al 59% de los pacientes, siendo positivo (mayor a 500 ng/ml) en el 100%. El 100% de los pacientes se trató inicialmente en Urgencias con Heparina de bajo peso molecular (HBPM) a dosis terapéuticas. El 56% actualmente está en tratamiento con acenocumarol, el 35% está sin tratamiento y el 9% con Ácido acetil salicílico (AAS). Tras análisis estadístico se encontró asociación estadísticamente significativa entre la TVP y el padecer enfermedades asociadas como HTA/ DM/ Dislipemia ($p = 0,04$).

Conclusiones: La Trombosis venosa profunda es más frecuente en Hombres entre 60-80 años, que presentan como antecedentes personales HTA, DM, Dislipemia y Episodios anteriores de TVP. El DD es una prueba eficiente ante la sospecha diagnóstica de Trombosis Venosa Profunda. El tratamiento inicial de la TVP se realizó con Heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas, continuando con acenocumarol para la prevención de nuevos episodios. Desde Atención primaria debemos actuar sobre los factores de riesgo como prevención primaria y secundaria.

Palabras Clave: Trombosis Venosa Profunda. Dímero D. Heparina de bajo peso molecular.

Correspondencia: Francisco M. Parrilla Ruiz. Calle de las Olimpiadas, n.º 2, 1.º 6, Edificio Playa Príncipe. 04740 Roquetas de Mar (Almería). Teléfono: 699846790 / 699487848 / 950321103. E-mail: parrilola@terra.es

Recibido el 10-03-2003; aceptado para publicación el 03-09-2003.

Medicina de Familia (And) 2003; 3: 177-183

PREVENTING DEEP VENOUS THROMBOSIS AT THE PRIMARY CARE LEVEL

Objectives: The main goal is to analyse risk factors involved in patients who suffer from Deep Venous Thrombosis (DVT). The secondary goal is to determine the positivity and quantity of D-dimer in DVT so that this blood test can be used as diagnostic proof for initial and preventive treatment of DVT.

Methodology: Descriptive cross sectional study.

Setting: Emergency Unit. The publicly owned Poniente Hospital of El Ejido, Almería.

Population and Sample: All patients that were diagnosed with DVT by means of a Doppler ultrasound exam in the period under study (1998-2002).

Interventions: The following variables were collected from patients' case histories: age, sex, current diseases, D-dimer (DD), initial and follow-up treatment. Statistical analysis by SPSS.

Results: 196 DVT were diagnosed at our Emergency Unit by means of a Doppler ultrasound exam during the period under study. 74% of the patients were men and 26% women. The average age was 67 ± 7.5 years. The most frequent diseases that these patients suffered were (in order of frequency): high blood pressure (HBP), 35%; Diabetes Mellitus (DM), 24%; high cholesterol levels, 19%; previous episodes of DVT, 13%; bronchial asthma/chronic obstructive pulmonary disease, 13%; ischaemic cardiopathy, 12%; recent surgery (less than a month), 10%; and neoplasm, 9%. Only 9% of the patients did not show an associated disease. DD was requested in 59% of the patients, being positive (more than 500 ng/ml) in 100%. All the patients were initially treated in the Emergency Room with low molecular weight heparin in therapeutic doses. 56% of them are currently under treatment with acenocoumarol, 35% are without treatment, and 9% are being treated with acetylsalicylic acid (AAS). After the statistical analysis, some significance was encountered among DVT and the existence of suffering from associated diseases, such as HBP/MD/ high cholesterol level ($p = 0,04$).

Conclusions: Deep Venous Thrombosis is more frequent among men between 60-80 years of age who have a history of HBP, MD, high level of cholesterol and previous episodes of DVT. DD can provide efficient proof for diagnosis in cases where Deep Venous Thrombosis is suspected. Initial treatment of DVP involved low molecular weight heparin in therapeutic doses. To prevent new episodes, treatment was continued with acenocoumarol. At the primary care level we must act on risk factors as primary and secondary prevention.

Key words: Deep Venous Thrombosis, D-dimer. Low molecular weight heparin.

Introducción

Moser englobó a la Trombosis Venosa Profunda junto con el Tromboembolismo Pulmonar (TEP) en el término Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETV)¹, que constituye un fenómeno de trombosis del sistema venoso profundo. La incidencia de esta enfermedad está en discusión, en Europa tras una reunión de expertos establecieron 160 casos de TVP anuales por cien mil habitantes². Extrapolando estas cifras a 40 millones de españoles, obtenemos 64.000 casos de TVP; sin olvidar las complicaciones que provoca, como 24.000 muertes por TEP al año³.

Los factores etiológicos de la TVP se agrupan en predisponentes (predisposición individual genética o adquirida de hipercoagulabilidad) y precipitantes (enfermedades médicas o quirúrgicas que obligan al reposo absoluto), esto sumado a la asociación de algún factor de riesgo (Edad > 40 años, género masculino, obesidad, enfermedades (HTA, Dislipemia...) etc.) favorece la aparición de la TVP^{4, 5}. Como médicos de familia debemos actuar no sólo para diagnosticarla y tratarla precozmente, sino para prevenirla, adquiriendo en nuestra actividad diaria un compromiso educador de los factores de riesgo.

El objetivo de nuestro trabajo es analizar las enfermedades asociadas que presentan los pacientes con TVP como objetivo principal. Determinar la positividad y la cuantificación del Dímero D en la TVP como prueba diagnóstica y el tratamiento inicial y preventivo de la TVP como objetivo secundario.

Material y métodos

Diseño: Análisis retrospectivo transversal, mediante recogida de datos de las historias clínicas de la Unidad de Urgencias, así como del informe de alta hospitalaria del servicio de cirugía de nuestro hospital, que fueron diagnosticados en urgencias de TVP.

Periodo del estudio: De 1998 al 2002.

Ámbito del estudio: Unidad de Urgencias, perteneciente al Área Integrada de Gestión de Cuidados Críticos y Urgencias. Empresa Pública Hospital de Poniente (Hospital de Primer Nivel de la Junta de Andalucía). El Ejido. Almería.

El ámbito poblacional asignado al Hospital de Poniente está conformado por una población de 155.229, según el padrón Municipal de Habitantes de 1998. Media de urgencias atendidas al mes: 298.

Sujetos: *Criterios de inclusión:* Pacientes que acudieron a urgencias por iniciativa propia o derivados desde atención primaria que tras exploración y realización de eco doppler es diagnosticado de TVP. *Criterios de exclusión:* Pacientes ingresados en planta hospitalaria por otra causa que durante el periodo de encamamiento sufren una TVP.

Muestra: 196. ($p = 0,5$, error alfa = 0,05, precisión 0,07).

Mediciones: La recogida de datos se realizó de la historia clínica de urgencias así como del informe de alta hospitalaria por facultativo adscrito a la unidad de urgencias. Las variables analizadas para cada paciente fueron:

- *Edad*
- *Género*
- *Enfermedades previas:* Tras la recogida de datos se seleccionaron las enfermedades más frecuentes y se excluyeron las que aparecían en menos de un 1% de los pacientes.
- *Cuantificación del Dímero D.* (Mediante la técnica de látex. Se considera positivo > a 500 ng/ml). Se cuantificó en intervalos internacionales, que nos

indicaba el grado de probabilidad de TVP: < 500: Negativo, 500-1.000: Baja probabilidad, 1.000-2.000: Media probabilidad, 2.000-4.000: Alta probabilidad, 4.000-8.000: Muy alta probabilidad.

- *Tratamiento inicial.*
- *Tratamiento de mantenimiento*

Métodos estadísticos:

Para atender a los objetivos de este trabajo, se llevo a cabo un análisis estadístico con las observaciones disponibles, que se resume en los siguientes pasos:

- Para el conjunto de los individuos se llevo a cabo un análisis descriptivo para todas las variables; para cada variable se obtuvo su tabla de frecuencia y en los casos que fue posible se usaron medidas clásicas de resumen como, la media, mediana, cuartiles, el rango y la desviación típica.
- La comparación se realizó de doble manera, si la variable era cuantitativa se empleó Análisis de la Varianza de una vía, si daba significativo, se llevaban a cabo comparaciones por parejas según metodología de Bonferrini. Si la variable era cualitativa se realizó tabla de contingencia y el estadístico Chi-cuadrado y Test exacto de Fisher para tablas de contingencia.
- En todos los casos se aplicó el programa estadístico SSPS.V.8.0.
- Definimos en todos los casos significación estadística $p < 0,05$.

Resultados

En nuestra Unidad de Urgencias durante el periodo de los 4 últimos años se atendieron aproximadamente a 350.000 pacientes. De los cuales 196 (< 1%) se diagnosticaron de TVP mediante la técnica no invasiva de Eco Doppler.

El 74% de los pacientes eran varones y el 26% mujeres. La edad media fue de 67 años (DE 7,5). La edad media por sexo: Varón $66 \pm 5,3$ años, Mujer: $61 \pm 4,2$ años. Según grupos de edad y género (**Gráfica 1**).

Las enfermedades previas más frecuentes que padecían los pacientes eran (como se muestra en la **Tabla I**, por orden de frecuencia); HTA, DM, Dislipemia, Episodios anteriores de TVP, Asma bronquial/ EPOC, Cardiopatía Isquémica, Cirugía reciente (menos de un mes), Neoplasia, Insuficiencia Venosa Periférica, así como otros procesos menos frecuentes: Obesidad, Anticonceptivos orales, Hipotiroidismo, Osteoporosis, Síndrome prostático. etc. Sólo el 9% de los pacientes no presentaban ninguna enfermedad asociada.

En el 48% de los pacientes se pudo constatar alguna causa que obligaba al reposo absoluto, en el resto de las historias no se indicaba dicha situación.

Se cuantificó el Dímero D en 115 (59%) pacientes. Tras el análisis fue positivo en el 100% y su cuantificación según intervalos: entre 500-1.000: 16%, entre 1.000-2.000: 22%, 2.000-4.000: 42%, 4.000-8.000: 16%, mayor 8.000: 4% (**Gráfica 2**).

Tras ser diagnosticados de TVP mediante Eco Doppler, el 100% de los pacientes se trató inicialmente con HBPM (enoxaparina o nadroparina) a dosis terapéuticas.

Tras el cuadro agudo el paciente mantiene un tratamiento de mantenimiento con acenocumarol en el 56%, el 35% está sin tratamiento, un 9% con AAS.

Tras el análisis estadístico encontramos que los pacientes con HTA, DM, Dislipemia tienen más predisposición a tener episodios de TVP ($p = 0,04$).

Discusión

La TVP, según bibliografía, tiene una frecuencia de 160 casos anuales por cien mil habitantes², en nuestro estudio es más baja, 33 casos/cien mil habitantes/año. Como vemos existe una gran diferencia, creemos que se debe a las características de la población. El poniente almeriense es una zona que demanda una gran oferta de trabajo, debido a la agricultura intensiva, provocando en los últimos años la llegada de emigrantes, constituyendo una población mayoritariamente joven.

Los factores de riesgo más frecuentes en la TVP son: Edad ≥ 40 años (80%), Inmovilización > 5 días (entre el 12-40%), Obesidad (17-37%), Antecedente de TVP (22-27%), Neoplasia (6-22%), Cirugía Mayor (11%), Insuficiencia Cardíaca (8%), Varices en MMII (5-19%), Fractura de fémur y cadera (4%), Anovulatorios (2-5%), Ictus (2%), Politraumatismos (1%), Parto (1%), IAM (1%). En el 90% de las TVP aparece uno de estos factores de riesgo, y dos o más en el 70%⁶. Como vemos en nuestro estudio los resultados son similares, los pacientes con TVP tienen una edad media de 67 años, estaban en reposo por distintas causas, pero destacar que los factores de riesgo más frecuentes que padecían eran la HTA, DM, Dislipemia. Comprobamos cómo estos factores son constantes en nuestro trabajo diario y debemos seguir insistiendo como Médicos de Familia en la prevención y control de estas enfermedades.

Basándose en todos estos factores de riesgo se han diseñado clasificaciones de riesgo de ETV para pacientes hospitalizados⁷, pero debido a la actual posibilidad de tratamiento domiciliario con HBPM, ha hecho que el médico de atención primaria individualice el riesgo en los pacientes ambulatorios, para establecer medidas preventivas, esto a desembocado en la realización de tablas para el cálculo del riesgo acumulativo de la ETV^{5,8} (**Tabla II**).

La TVP es una entidad muy frecuente y su principal complicación el TEP tiene una mortalidad elevada, el 90% se produce por coágulos de extremidades inferiores, y el 50-65% de las TVP se complican con un TEP. Esto hace que sea prioritario diagnosticar precozmente esta patología en pacientes de riesgo⁹. El diagnóstico clínico es muy complicado, la clínica típica es muy inespecífica, frecuentes en la población general y puede deberse a numerosas causas no trombóticas¹⁰, en algunas series entre el 25-50% de los casos con clínica de TVP, se confirmó mediante pruebas complementarias y hasta el 50% de las TVP confirmadas cursaron de forma asintomática¹¹. Actualmente se han desarrollado modelos de probabilidad clínica que permi-

ten establecer una aproximación diagnóstica de TVP con alto grado de fiabilidad¹², de las cuales la más extendida es la Wells^{13, 14} (**Tabla III**), sumado a la aparición en la última década de la cuantificación del DD¹⁵, ha favorecido al médico de familia en el diagnóstico de la TVP, evitando derivaciones innecesarias al hospital para la realización de otras pruebas complementarias¹².

El DD se caracteriza por la alta sensibilidad y alto valor predictivo negativo superior al 97%, con lo que cifras menores a 500 ng/ml descarta la ETV sin necesidad de otras exploraciones más costosas. En cambio posee una especificidad del 66% ya que aumenta en otras patologías como infecciones, traumatismos, neoplasias, etc.^{16, 17, 18, 19}.

Varios estudios concluyen que en pacientes con sospecha de TVP la combinación de los modelos de probabilidad clínica y del dímero D supone un riesgo inferior al 1% de que una TVP no sea diagnosticada^{20, 21}.

En nuestro estudio comprobamos cómo en la totalidad de las TVP diagnosticadas mediante Eco Doppler en nuestra Unidad de Urgencias que se le solicitó el DD, éste fue superior al valor normal (> 500 ng/ml), comprobando que la sospecha clínica más la positividad del DD conlleva que el facultativo solicitase una Eco-Doppler confirmando así el diagnóstico de TVP. (Pensamos que al resto de los pacientes no se solicitó debido a que la Unidad de Análisis de nuestro hospital carecía de dicha prueba hasta hace 2 años y/ o a la claridad de la sospecha clínica que el facultativo desestimaba la solicitud del Dímero D).

Tras la valoración de los factores de riesgo, sospecha de TVP mediante la aplicación de los modelos clínicos / determinación del DD, la prueba diagnóstica de elección es la Eco Doppler color^{2, 9, 12}.

El tratamiento de elección de la TVP es la HBPM, siendo la enoxaparina la más utilizada, a dosis de 1mg/kg peso/12h o en dosis única subcutánea. Se debe comenzar inmediatamente tras confirmar el diagnóstico. Al mismo tiempo se inicia el tratamiento con anticoagulantes orales/ACO (acenocumarol o warfarina). La HBPM se debe mantener hasta 24 horas después de alcanzar un INR = 2-3. El tratamiento con ACO se debe mantener en un primer episodio de TVP de 3 a 6 meses, en episodios recidivantes de forma indefinida^{3, 22}. Esto concuerda con los resultados de nuestro estudio, donde todos los pacientes fueron tratados inicialmente con HBPM.

A partir de 1996 aparecieron varios estudios considerando el tratamiento de la TVP en régimen domiciliario, debido a las características de la HBPM, que pone de manifiesto una sencilla administración vía subcutánea hasta por el propio paciente o familiar. Actualmente se está realizando en varias zonas de España con buenos resultados, requiriendo un gran esfuerzo por parte de Atención Primaria, ya que tienen que asumir el seguimiento del

paciente y los primeros controles de INR. Cuando nos encontramos con la posibilidad de realizar un tratamiento domiciliario tenemos que tener en cuenta lo siguiente: Criterios de inclusión y exclusión (**Tabla IV**), el paciente comprende la importancia del tratamiento y su forma de administración, informarle de las complicaciones y dónde acudir, requerir del paciente un «consentimiento informado» de que accede al tratamiento ambulatorio y que ha recibido las instrucciones oportunas^{23, 24, 25, 26}.

Como hemos comprobado en la bibliografía, la TVP es una enfermedad frecuente y con alta morbilidad siendo la consulta de Atención Primaria la puerta de entrada más frecuente. Como Médicos de Familia debemos trabajar en el control de los factores de riesgo, en el diagnóstico precoz de pacientes susceptibles de padecer ETV, instauración de medidas preventivas, sospecha clínica, derivación hospitalaria para confirmación, control de los pacientes ya coagulados y probablemente en un futuro cercano asumir el tratamiento ambulatorio con HBPM de la TVP.

Agradecimientos

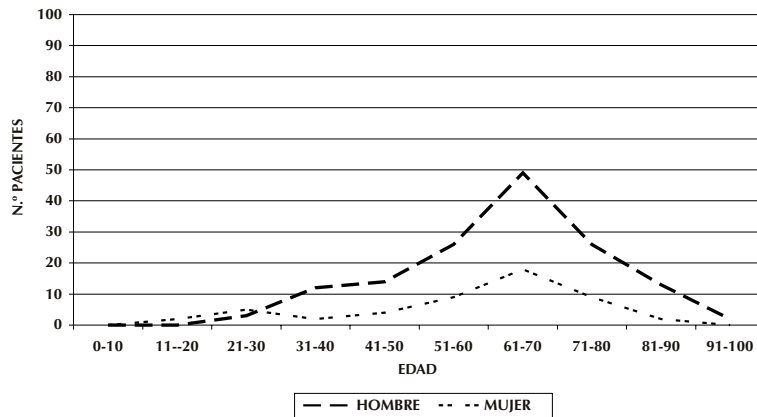
Estamos agradecidos a todo el personal de la Unidad de Urgencias. Área Integrada de Gestión de Cuidados Críticos y Urgencias, así como a la Unidad de Hematología, Empresa Pública Hospital de Poniente. El Ejido. Almería, por su colaboración y a la inestimable ayuda de nuestro amigo D. José Miguel Rodríguez Nieto por la realización al inglés del resumen.

Bibliografía

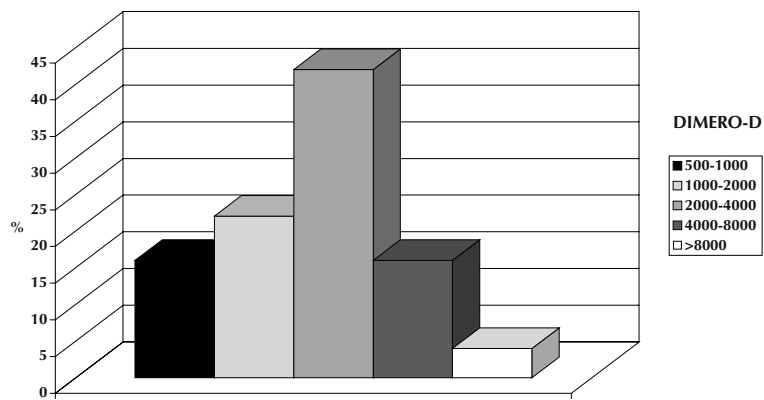
1. Moser KM. Venous thromboembolism: state of de art. *Am Rev Respir Dis* 1990; 141: 235-49.
2. European Consensus Statement. Windsor (UK). Prevention of venous throembolism. *International Angiol* 1992; 11: 151-9.
3. Moya Mir MS. Papel de las heparinas de bajo peso molecular en la enfermedad tromboembólica venosa. *Emergencias* 2002; 14: S35-S37.
4. Moya Mir MS, Calabrese Sánchez S. Enfermedad tromboembólica venosa en urgencias. *Emergencias* 1999; 11: 118-31.
5. Díaz Sánchez S, Andrade Rosa C, Martínez Crespo J. Trombosis venosa profunda. *FMC* 1998; 2: 77-88.
6. Anderson FA, Wheeler HB. Physician practices in the management of venous thromboembolism: a community-wide survey. *J Vasc Surg* 1992; 15: 707-14.
7. Tromboembolic risk factor consensus group. Risk of and prophylaxis for venous thromboembolism in hospital patients. *Br Med J* 1992; 205: 567-74.

8. Comité de Profilaxis de la Enfermedad Tromboembólica. Boletín de Profilaxis de la Enfermedad Tromboembólica 1992; 3: 6-9.
9. Cronan J. Venous thromboembolic disease: the role of US. *Radiology* 1993; 186: 619-30.
10. Anand SS, Wells PS, Hunt D, Brill-Edwards P, Cook D, Ginsberg JS. Does this patient have deep vein thrombosis? *JAMA* 1998; 279: 1094-9.
11. Haeger K. Problems of acute deep venous thrombosis. The interpretation of signs and symptoms. *Angiology* 1969; 20: 219-23.
12. Páramo JA. Nuevos planteamientos en el diagnóstico de la trombosis venosa profunda de extremidades inferiores. *Med Clin* 2000; 114: 53-5.
13. Wells PS, Hirsch J, Anderson D, Lensing A, Foster G, Kearon C. Accuracy of clinical assessment of deep vein thrombosis. *Lancet* 1995; 345: 1326-30.
14. Wells PS, Hirsch J, Anderson DR, Lensing AW, Foster G, Kearon C et al. A simple clinical model for the diagnosis of deep-vein thrombosis combined with impedance pletysmography: potential for an improvement in the diagnosis process. *J Intern Med* 1998; 243: 15-23.
15. Aguilar Franco F, Martínez Benedicto A, Martínez Santabárbara A, Del Río Mayor C, Del Villar Sordo V, Vázquez Salvado M, Rodríguez Recio FJ. Valor diagnóstico del dímero D en pacientes con baja probabilidad clínica de trombosis venosa profunda en miembros inferiores. *Med Clin* 2002; 118: 539-42.
16. Becker DM, Philbrick JT, Bachhuber TL, Humphries JE. D-Dimer testing and acute venous thromboembolism. A shortcut to accurate diagnosis? *Arch Intern Med* 1996; 156: 939-46.
17. Freyburger G, Tillaud H, Labrousche S, Gauthier P, Javorsdri S, Bernard P, et al. D-Dimer strategg in thrombosis exclusion. *Thromb Haemos* 1998; 79: 32-7.
18. Perrier A, Demarais S, Goehring C, de Moerloose P, Morabia A, Unger PF, et al. D-dimer testing for suspected pulmonary embolism in outpatients. *Am J Resp Crit Care Med* 1997; 156: 492-6.
19. Janssen MC, Wollersheim H. Rapid D-dimer assays to exclude deep venous thrombosis an pulmonary embolism: current status and new developments. *Semin Thromb Hemost* 1998; 24.
20. Lennox AF, Delis KT, Serunkuma S, Zarka ZA, Daskalopoulou SE, Nicolaides AN. Combination of a clinical risk assessment score and rapid whole blood D-dimer testing in the diagnosis of deep vein thrombosis in symptomatic patients. *J Vasc Surg* 1999; 30: 794-803.
21. Wells PS, Anderson DR, Bormanis J, Guy F, Mitchell M, Lewandowski B. SimpliRED D-dimer can reduce the diagnostic test in suspected deep vein thrombosis. *Lancet* 1998; 351: 1405-6.
22. Fandos Olona JM, Descarrega Queralt R. Nuevas heparinas. *FMC* 1994; 4: 254-8.
23. Díaz Sánchez S. Tratamiento domiciliario de la TVP. Indicaciones de las HBPM en Atención Primaria. Barcelona; Ediciones Doyma; 2000.
24. Grau E, Real E, Pastor E, Terró JA, Garay M. Tratamiento domiciliario de las trombosis venosas profundas con heparina de bajo peso molecular. *Rev Clin Esp* 1997; 197: 3-1.
25. Martín Carbonero L, Salgado X, Pedrajas JM, Armengol JG, Jiménez Rodríguez – Madrideojos R, Fernández Cruz A. Evolución a corto y largo plazo de la trombosis venosa profunda, tratada por una unidad de hospitalización a domicilio. *Rev Clin Esp* 2002; 202: 428-32.
26. Álvarez Nebreda ML, Pérez Tamayo I, Brañas Baztán F, Rada Martínez S, Serra Rexach, González Ramallo V et al. Tratamiento de la trombosis venosa profunda en pacientes mayores de 60 años en una unidad de hospitalización a domicilio. *Rev Geriatr Gerontol* 2002; 37: 254-9.

N.º PACIENTES POR GRUPOS EDAD/GÉNERO



GRÁFICA 1. EDAD/GÉNERO DE LOS PACIENTES CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA



GRÁFICA 2. CUANTIFICACIÓN DEL DÍMERO D

TABLA I. ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA(TVP)

ENFERMEDADES ASOCIADAS	% DE PACIENTES QUE LA PADECEN
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	35%
DIABETES MELLITUS	24%
DISLIPEMIA	19%
EPISODIOS ANTERIORES DE TVP	13%
CARDIOPATÍA ISQUEMICA	12%
CIRUGÍA RECIENTE < 1MES	10%
NEOPLASIA	9 %
INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA	6%
OTROS (Obesidad, Hipotiroidismo, Anticonceptivos orales, Osteoporosis, S. Prostático, etc.)	< 3%

TABLA II. VALORACIÓN DEL RIESGO TROMBOEMBÓLICO EN PACIENTES AMBULATORIOS

FACTORES PREDISPONENTES		FACTORES DESENCADENANTES	
Hipertensión arterial	1	Inmovilización:	
Enfm. Pulmonar obstructiva crónica	1	Por enfermedad:	2
Artritis	1	Posquirúrgica:	2
Dislipemia	1	Por fractura de Miembros inferiores:	4
Anovulatorios	1		
Embarazo	1		
Obesidad	2		
Varices	2		
Cardiopatía	2		
Neoplasias	2		
Trombocitosis	2		
Policitemia vera	2		
Accidente Cerebrovascular	3		
Infarto agudo de miocardio	3		
Trombofilia	3		
Edad > 40 años	3		
Puerperio	3		
Carcinoma de páncreas	4		
Insuficiencia cardíaca congestiva	4		
Carcinoma con metástasis	6		
Quemados	6		
Parapléjicos, Hemipléjicos	6		
Puntuación	Riesgo tromboembólico		
1-5	Bajo		
6-11	Moderado		
12	Alto		

Fuente: Díaz Sánchez S, Andrade Rosa C, Martínez Crespo J. Trombosis venosa profunda. FMC 1998;2:77-88.

TABLA III. SISTEMA DE PUNTUACIÓN DE WELLS PARA LA SOSPECHA CLÍNICA DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

Cáncer activo(tratamiento en curso o durante los 6 meses previos o paliativo)	1
Parálisis, paresia o inmovilización reciente de una extremidad inferior	1
Encamamiento reciente > 3días o cirugía mayor durante las 4 semanas previas	1
Dolor a la palpación en trayecto venoso	1
Edema de toda la extremidad inferior	1
Edema de pantorrilla > 3 cm(medidos 10 cm por debajo de la tuberosidad tibial anterior)	1
Edema con fóvea en extremidad sintomática	1
Venas superficiales dilatadas(en ausencia de varices)	1
Diagnóstico alternativo tan probable o más que el de Trombosis Venosa Profunda	1

Probabilidad pretest: alta 3 puntos, moderada 1-2, y baja < 0 puntos.

Fuente: Wells PS, Hirsch J, Anderson D, Lesing A, Foster G, Kearon C. Accuracy of clinical assessment of deep vein thrombosis. Lancet 1995; 345: 1326-30.

TABLA IV. TRATAMIENTO INICIAL DOMICILIARIO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Paciente sin afectación general.	Absolutos
Bajo riesgo de hemorragias.	Evidencia de Tromboembolismo pulmonar o trombosis de cava.
Garantía de correcta administración de Heparina de bajo peso molecular.	Flegmasía alba o cerulea dolorosa.
Garantía de monitorización de Anticoagulación oral...	Insuficiencia cardíaca, respiratoria o renal.
Adecuado sistema de vigilancia médica.	Asociación a otros procesos graves.
	Cirugía reciente.
	Relativos
	Embarazo.
	Edad avanzada.
	Estados de hipercoagulabilidad conocidos.