

BOLETÍN S.U.E. 061 CEUTA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA ATENCIÓN PRIMARIA

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

DEFINICIÓN:

Es la consecuencia más grave de la trombosis venosa profunda (TVP) considerándose a los dos, aspectos de una misma enfermedad: el tromboembolismo venoso (TEV). Los trombos pueden provenir de las venas superficiales de las extremidades inferiores (EEII), venas prostáticas, uterinas, renales y otras; además las cavidades cardíacas derechas pueden ser también origen de trombos. Pero hay que recordar que más del 95% de los émbolos pulmonares provienen del sistema venoso profundo de las EEII.

FACTORES DE RIESGO:

Tres mecanismos se consideran implicados en la patogenia del TEP: el éstasis venoso, la lesión vascular y la hipercoagulabilidad. Se señalan a continuación los factores de riesgo que favorecen estos mecanismos:

1. Éstasis venoso: Inmovilización prolongada, embarazo, ICC, varices, trombosis previa y obesidad.
2. Lesión vascular: Catéteres endovasculares, quemaduras, sepsis, trauma quirúrgico y contrastes radiológicos.
3. Hipercoagulabilidad: Trauma, cirugía, neoplasias malignas, síndrome nefrótico, anticonceptivos e hipercoagulabilidad primaria.

SÍNDROMES CLÍNICOS:

Hay tres síndromes clásicos de TEP:

1. Síndrome de Embolia de Pulmón no complicada (15-22%).
2. Síndrome de Infarto Pulmonar (65%). Cursa con hemoptisis y/o dolor pleurítico.
3. Síndrome de Colapso Circulatorio (8-19%).

SOSPECHA CLÍNICA:

La probabilidad clínica de TEP se basa en: la historia clínica, la exploración física, radiografía de tórax, gasometría arterial basal (GAB) y electrocardiograma (ECG).

1. Historia Clínica: Interrogar por los factores de riesgo.
Síntomas: disnea (79%), dolor torácico (80%), tos (50%) y síncope.
2. Exploración Física: Taquipnea con frecuencia respiratoria (FR) mayor de 20 (78%), fiebre (50%), estertores (54%), taquicardia (44%), aumento tono pulmonar cardíaco (40%), signos de TVP (26%), cuarto tono (24%), aumento PVC (18%), shock (11%), cianosis (9%) y roce pleural (8%).
3. Rx tórax: Patológica en el 84% de los casos. Lo más frecuente son las atelectasias o infiltrados pulmonares (68%) y el derrame pleural que nunca supera 1/3 del hemitórax (48%).
4. ECG: Normal en un 27% de TEP. Los hallazgos más frecuentes son las alteraciones de la repolarización (inversión de la onda T y alteraciones inespecíficas del segmento ST). El bloqueo de rama derecha, la desviación del eje derecho y el pseudoinfarto se asocian más a TEP con alteración hemodinámica.
5. GAB: Lo más frecuente es encontrar hipoxemia con o sin hipercapnia. Aún así, un 26% de pacientes con TEP se presentan con $pO_2 > 80$ mmHg.

El 97% de pacientes con TEP presentan disnea y/o taquipnea (FR>20) y/o dolor pleurítico. Siempre debemos buscar signos de TVP, pero es más probable tener TEP sin evidencia clínica de TVP que con ella.

Ante la sospecha clínica se debe comenzar tratamiento anticoagulante si no existe contraindicación.

DIAGNÓSTICO:

El TEP es una entidad de difícil diagnóstico debido a su similitud con otros procesos (neumonía, angina de pecho, arritmias auriculares, ICC, reagudización EPOC, pleuresía viral o neumotórax), a la dificultad intrínseca del diagnóstico y a la falta de disponibilidad de toda la tecnología diagnóstica en la mayoría de los hospitales.

Ante la sospecha clínica de TEP se debe solicitar Gammagrafía Pulmonar y/o TAC helicoidal y Eco-doppler de EEII. Si ambas pruebas son normales se buscará otro diagnóstico. Si la Gammagrafía es de alta probabilidad o el Eco-Doppler positivo se instaurará tratamiento específico.

El Dímero D es un producto de degradación de la fibrina. Tiene especificidad baja en pacientes hospitalizados ya que puede estar aumentado también en otros procesos como infecciones, enfermedades inflamatorias y neoplasias. Su determinación mediante el método ELISA rápido es más sensible y específico; lo más interesante es su valor predictivo negativo (VPN) del 91%; pero en esta enfermedad lo ideal es un VPN del 100% dado el riesgo de no tratar un paciente con TEP.

TRATAMIENTO:

Cuando existe sospecha clínica de TEP se debe comenzar inmediatamente tratamiento anticoagulante, salvo contraindicación expresa. Valorar tra-

tamiento fibrinolítico en UCI en los pacientes con TEP que presenten inestabilidad hemodinámica o arritmias. Valorar colocación de Filtro de Cava en los pacientes con contraindicación de anticoagulación, en los que tengan trombos amenazantes, ya sea por su situación y/o tamaño o por la extensión del TEP, y en aquellos que estando correctamente anticoagulados hagan TEP.

En cuanto al tratamiento anticoagulante se comienza con Heparina y se introduce anticoagulación oral (Sintrom) entre el primer y el tercer día.

Siempre se debe realizar un estudio de coagulación (Actividad de Protrombina y TPTA) antes de iniciar el tratamiento. Si el paciente es menor de 40 años y no tiene aparentemente factor de riesgo es deseable solicitar, antes de comenzar la anticoagulación, un estudio de hipercoagulabilidad.

Si se decide utilizar heparina no fraccionada la pauta puede ser: bolo inicial de 5.000 UI, seguido de perfusión continua habitualmente entre 1.000 y 1.800 UI/h. Se pueden diluir 25.000 UI en 250 ml de suero dextrosado al 5% (1ml = 100 UI) y comenzar con 10-12 ml/h. Se realiza control de TPTA a las 6 horas y según el mismo se ajusta la dosis. El valor de la TPTA debe estar entre 1.5 y 2.5 veces el valor control.

El tiempo de anticoagulación es de al menos tres meses; su prolongación depende con mayor frecuencia de la continuidad en la presencia de los factores de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA:

- Barranco Ruiz, F., Martos López, J., Simón Martos, B. Tromboembolismo pulmonar masivo. En: Principios de Urgencias, Emergencia y Ciudadanos Críticos.
- Valdivia Gutiérrez, R., Vargas Machuca Caballero, J.C., Castro, A. Artículo de Colaboración: Tromboembolismo Pulmonar. Revista de la Sociedad Andaluza de Cardiología 2000.

Direcciones internet:

<http://www.uninet.edu/tratado/c0208i.html>

AUTOR:

D.U.E. D. Víctor Manuel Ríos del Yerro

COLABORADORES:

D.U.E. D^a. Isabel Pomares Arroyo

D.U.E. D^a. M^a Jesús González Ramírez

Recordatorio:

Informamos una vez más, que este boletín está abierto a todo el personal sanitario de Atención Primaria de la Gerencia de Atención Sanitaria de Ceuta que desee publicar algún artículo.



EDITA:

© INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA – DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA

GERENCIA DE ATENCIÓN SANITARIA. Recinto Sur, s/n. – CEUTA

Catálogo general de publicaciones oficiales: <http://www.060.es>

Depósito Legal: CE 25-2005 ISSN: 1699-3837 NIPO: 356-08-003-5