

## 333/5 - TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA: CONTROL TRAS ALTA HOSPITALARIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

L. Muñoz Olmo<sup>1</sup>, R. García Escalante<sup>2</sup>, A. Padial Baone<sup>3</sup>, M. Turégano Yedro<sup>4</sup>, A. Kramer Ramos<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Cádiz. <sup>2</sup>Enfermera. Hospital Puerta del Mar. Cádiz. <sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud La Merced. Cádiz. <sup>4</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Jorge. Cáceres. <sup>5</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sangonera La Verde. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 59 años. No RAMc. Obeso y dislipémico. Dado de alta desde urgencias hospitalarias tras diagnosticársele trombosis venosa profunda (TVP) a nivel poplíteo y tercio medio de la vena femoral superficial en miembro inferior derecho. Le han prescrito enoxaparina 80 mg x 12h x 5 días y continuar 80 mg x 24h (Imagen 1). Le asocian ibuprofeno 600 mg/8h, oxerutinas 1 sob/24h, y control en Atención Primaria (AP).

**Exploración y pruebas complementarias:** En consulta, edema desde raíz del miembro derecho hasta tobillo (Imagen 2), acompañándose de empastamiento y dolor en muslo y región poplítea ipsilateral. Pulso conservados. Aumento del perímetro respecto a contralateral. Aporta eco-doppler miembro inferior derecho: TVP a nivel poplíteo y tercio medio de la vena femoral superficial.

**Juicio clínico:** TVP miembro inferior derecho.

**Diagnóstico diferencial:** Trombosis venosa superficial. Quiste de Baker. Celulitis.

**Comentario final:** En base a la mejor evidencia actual, el tratamiento de la TVP se basa en medidas no farmacológicas y en una correcta anticoagulación. Respecto a la primera medida, no se le ofrece ninguna al alta. Desde AP recomendamos reposo 48 h y movilización precoz, prescribimos medias de compresión fuerte e informamos sobre la evolución natural del cuadro y posibles complicaciones. A nivel farmacológico optimizamos dosis de enoxaparina a 1.5 mg/kg (100 Kg, 150 mg/24h s.c) y comprobamos técnica de administración. Desaconsejamos AINEs y pautamos paracetamol o metamizol si dolor. Sin evidencia sobre beneficios de oxerutinas en TVP. Precisa derivación a Medicina Interna y Hematología para estudio etiológico. Reevaluaremos en 1-2 semanas.

### Bibliografía

Mazzolai L, Aboyans V, Agostoni W et al. Diagnosis and management of acute deep vein thrombosis: a joint consensus document from the European society of cardiology working groups of aorta and peripheral vascular diseases and pulmonary circulation and right ventricular function. Eur Heart J 2017; 17: 1-13.

Kearon C, Akl EA, Ornelas J et al. American College of Chest Physicians. Antithrombotic Therapy for VTE Disease. CHEST Guideline and Expert Panel Report. Chest 2016, 149 (2):315-352.

**Palabras clave:** Trombosis venosa. Anticoagulación. Atención Primaria.