

CARTA CLÍNICA

Riesgo de trombosis venosa profunda en el paciente domiciliario con enfermedad aguda. ¿Valoramos correctamente el riesgo desde Atención Primaria? Comparativa de 2 casos



Deep venous thrombosis risk in the outpatient with acute disease. Do we correctly assess the risk from Primary Care? A comparison of 2 cases

Una de las principales competencias del médico de Atención Primaria (AP) es atender al paciente en su domicilio, de forma urgente o programada, con motivo de una enfermedad aguda, previamente atendida o no, en el mismo u otro nivel asistencial y con la responsabilidad de valorar la situación actual, prevenir complicaciones y conciliar el tratamiento farmacológico y no farmacológico pautado.

El conocimiento del personal sanitario respecto al paciente en riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda (TVP), la importancia de la enfermedad tromboembólica (ETV) en el paciente no quirúrgico y respecto a las medidas preventivas farmacológicas y no farmacológicas adecuadas es heterogéneo en nuestro país. Son escasos los estudios epidemiológicos de calidad. Aun así, en el año 2008 se presentaron datos del Sistema Nacional de Salud que alertaban de 103 casos por 100.00 habitantes de ETV como diagnóstico secundario tras alta hospitalaria por cualquier motivo, principalmente a partir de enfermedades agudas médicas (75%) del aparato respiratorio, circulatorio y nervioso¹. En el mismo año, el estudio ENDORSE, incluyendo a 68.183 pacientes y realizado en 358 hospitales de 32 países diferentes, concluyó que la tromboprofilaxis estaba universalmente infrautilizada, llegando a estar omitida hasta en el 60% de los pacientes médicos en riesgo². Posteriormente, y con relación a la infrautilización de la tromboprofilaxis, apareció URGENTV, un estudio epidemiológico, observacional, retrospectivo y multicéntrico en 50 servicios de urgencias de España que valoraba cómo era la tromboprofilaxis de pacientes médicos que no querían ingreso hospitalario. De 2.280 pacientes evaluables, el 81,1% tenía riesgo tromboembólico moderado-alto, dándose alta domiciliaria sin tromboprofilaxis al 42,1% (779 pacientes)³.

En este artículo presentamos a 2 pacientes en riesgo de TVP, de alta domiciliaria tras valoración por enfermedad aguda en el Servicio de Urgencias hospitalarias, y en el que la atención por el médico de AP fue determinante en el devenir del proceso tromboembólico.

Caso 1: hombre, 70 años, fumador de 10 cigarros/día y EPOC moderada de años de evolución, con tratamiento broncodilatador. Hipertensión arterial en tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. Dado de alta hace 3 días por una reagudización moderada-severa de EPOC, optimizándose broncodilatadores y añadiendo prednisona por vía oral y antibioterapia. Solicita valoración domiciliaria por continuar con disnea a mínimos esfuerzos, vida cama-sillón y sensación de pesadez en miembros inferiores (MMII). Sin signos de complicación en MMII, se potencian inhaladores, aconsejándose elevar los MMII y deambulación progresiva.

Caso 2: mujer, obesa, de 74 años, con buena calidad de vida, en tratamiento con AINE a demanda por gonartrosis bilateral y diabetes tipo II tratada con metformina. Sufre caída accidental en vía pública, atendándose en urgencias hospitalarias y cursando alta con diagnóstico de gonalgia izquierda postraumática sin signos radiológicos de fractura. Se le recomienda reposo domiciliario y analgesia según dolor. Acudimos a valorarla, observando dificultad para la deambulación debido al cuadro doloroso sin datos de alarma actualmente. Se plantea anticoagulación profiláctica.

La TVP se define como la presencia o formación de un trombo dentro del sistema venoso profundo, pudiendo desarrollar un tromboembolia pulmonar como complicación más grave y potencialmente mortal en hasta un 30-50% de los casos diagnosticados de TVP⁴. Los factores de riesgos implicados en la formación del trombo son todos aquellos que intervienen en la conocida «triada de Virchow»: estasis venosa (embarazo, insuficiencia cardíaca, inmovilidad) o hipercoagulabilidad (trombofilias, enfermedades autoinmunes, paciente oncológico, embarazo) o daño endotelial (traumatismos, cirugía, parto). Se comporta como una entidad silenciosa (sintomatología muy poco sensible y poco específica), haciéndose imprescindible para el médico de AP identificar al paciente en riesgo de desarrollarla, realizar una correcta historia clínica atendiendo a los diversos factores de riesgo y aplicar las medidas necesarias (farmacológicas o no farmacológicas) en la prevención primaria de los eventos tromboticos. No debemos olvidar la realización de un correcto seguimiento clínico, incluso apoyándonos en

los equipos de ultrasonidos de los centros de salud, pues nos permiten un adecuado diagnóstico de imagen y la realización de un control exhaustivo respecto a la progresión del trombo⁵.

A pesar de las similitudes de la población crónicamente inmovilizada con los pacientes médicos ingresados, solo hay unos pocos estudios que valoren el riesgo de presentar una ETV en los primeros. Para la valoración del riesgo tromboembólico de los pacientes médicos, en los casos que existan dudas, el American College of Chest Physicians (ACCP) recomienda la aplicación de la denominada escala de Padua^{6,7}, estableciendo un puntaje de riesgo a partir de diversas características del paciente en el momento de la valoración. Se justifica la utilización de esta escala en el hecho de estar validada, aunque solo parcialmente, de forma prospectiva, si bien el escaso número de eventos limitaba su capacidad diagnóstica. Existen otras muchas escalas de valoración del riesgo tromboembólico para pacientes médicos ingresados que no son consideradas en las guías del ACCP. En recientes trabajos^{8,9} se demuestra la validez de esta escala frente a la valoración clínica. El documento de consenso sobre profilaxis, diagnóstico y tratamiento de la ETV CEFyL-SEMERGEN¹⁰ también recomienda el uso de la escala de Padua en estos pacientes.

Los 2 casos presentados ponen de manifiesto 2 situaciones diametralmente opuestas. En el primer caso, nos encontramos ante un paciente con una infección aguda que implica insuficiencia respiratoria y situación de inmovilidad de al menos 3 días con clínica en MMII indicativa de insuficiencia venosa. Aplicando la escala de Padua nos informa como alto riesgo de TVP, que no se consideró. Cursó ingreso en las 24 h siguientes por dolor y aumento del perímetro del miembro inferior izquierdo con diagnóstico al alta de TVP.

En el segundo caso, mujer mayor de 70 años que sufre traumatismo en la rodilla izquierda (imposibilitándole la deambulación), la escala de Padua nos informa también de un alto riesgo de TVP, que sí se consideró y permitió iniciar anticoagulación y medidas físicas⁶ ante la posibilidad de desarrollar una TVP.

Como hemos podido observar, el abordaje a 2 pacientes claramente definidos y con un riesgo de TVP establecido puede ser muy dispar entre los profesionales de AP, traduciendo ello en mayor comorbilidad y tasa de ingresos y complicaciones. Por ello, es muy importante desde AP sospechar la ETV y realizar una correcta aplicación de escalas validadas como la de Padua.

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Gallardo P, Guijarro R, Vallejo V, Sánchez D, Villalobos A, Perelló JI, et al. Assessment of venous thromboembolism risk in hospitalized medical patients Concordance between PRETEMED guide and the recommendations of the viii conference of the American College of Chest Physicians. *Med Clin (Barc)*. 2012;139:467–72.
- Nieto JA. Riesgo de enfermedad tromboembólica venosa y profilaxis antitrombótica en los pacientes ingresados en hospitales españoles (estudio ENDORSE). *Med Clin (Barc)*. 2009;133:1–7.
- Jiménez S, Martínez S, Merlo M, Fernández JM, Ruiz F, García P. Tromboprofilaxis en los servicios de urgencias hospitalarios de pacientes con enfermedad médica que no requieren ingreso: estudio URGENTV. *Emergencias*. 2012;24:19–27.
- Salgado C, Estebarán MJ, Florit JA. Patología vascular periférica aguda II: Enfermedad tromboembólica venosa. En: Julián A, compilador. *Manual de protocolos y actuación en Urgencias*. 4.ª ed. Toledo: Grupo SANED; 2016.
- Fernández-Rodríguez T, Oviedo-García A, Tolmos-Estefanía MT, Rodríguez-Lorenzo A. Trombosis venosa profunda tras tennis leg. Papel de la ecografía en atención primaria. *Medicina de Familia. Semergen*. 2014;40:157–9.
- Kearon C, Akl EA, Ornelas J, Blaivas A, Jiménez D, Bounameaux H, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease. *CHEST Guideline and Expert Panel Report*. *Chest*. 2016;149:315–52.
- Barbar S, Noventa F, Rossetto V, Ferrari A, Brandolin B, Perlati M, et al. A risk assessment model for the identification of hospitalized medical patients at risk for venous thromboembolism: The Padua Prediction Score. *J Thromb Haemost*. 2010;8:2450–7.
- Martín Asenjo M, et al. Áreas de mejora en la tromboprofilaxis de pacientes médicos hospitalizados. *Rev Clin Esp*. 2018;218:111–3.
- Germini F, Agnelli G, Fedele M, Galli MG, Giustozzi M, Marcucci M, et al. Padua prediction score or clinical judgment for decision making on antithrombotic prophylaxis: A quasi-randomized controlled trial. *J Thromb Thrombolysis*. 2016;42:336–9.
- Reina Gutiérrez L, Carrasco Carrasco JE, Aicart MD, Archilla J, Barrio CA, Baztán JJ, et al. Recomendaciones sobre profilaxis, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa en Atención Primaria Documento de Consenso CEFyL-SEMERGEN. 1.ª ed. Madrid: EDIMSA; 2014.

L. Muñoz Olmo^{a,*}, R. García Escalante^b y A. Kramer Ramos^c

^a *Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Ribera del Muelle, Puerto Real, Cádiz, España*

^b *Grado de Enfermería, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España*

^c *Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Sangonera La Verde, Sangonera La Verde, Murcia, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Luismo44@hotmail.com

(L. Muñoz Olmo).