



ARTÍCULO ESPECIAL

Consenso sobre la profilaxis y tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa en la lesión medular y en el daño cerebral adquirido



M. Barrio-Alonso^{a,*}, R. Conejero-Gómez^b, A. Craven-Bartle Coll^b, J. Martín-Cañuelo^b, E. García-Turrillo^b, S. Laxe-García^c, A. Morales-Mateu^c, A. Torrequebrada-Giménez^d, J. Benito-Penalva^c, N. Cívicos-Sánchez^e, M.L. Jauregui-Abrisqueta^e, A. Montoto-Marqués^f, F.J. Juan-García^a y M. Rodríguez-Piñero^b

^a Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Gerencia de Gestión Integrada de Vigo, Vigo, España

^b Unidad de Gestión Clínica de Angiología y Cirugía Vasculard, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

^c Institut Guttmann de Neurorrehabilitacion, Badalona, España

^d Servicio de Rehabilitación, Hospital Universitari Mutua Terrassa, Barcelona, España

^e Unidad de Lesionados Medulares, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Universitario Cruces, Baracaldo, España

^f Unidad de Lesionados Medulares, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, La Coruña, España

Recibido el 29 de julio de 2014; aceptado el 23 de octubre de 2015

Disponible en Internet el 2 de diciembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Enfermedad tromboembólica venosa;
Tromboprofilaxis;
Lesión medular;
Ictus;
Traumatismo craneoencefálico

Resumen La enfermedad tromboembólica venosa es un proceso patológico que abarca tanto la trombosis venosa profunda como el tromboembolismo pulmonar. Son muchos los estudios que recogen la alta incidencia de esta enfermedad en pacientes afectos de lesiones neurológicas como la lesión medular, el traumatismo craneoencefálico o el ictus, todos ellos pacientes susceptibles de ingreso en centros de rehabilitación.

En la literatura publicada existe controversia acerca de la necesidad de *screening* de enfermedad tromboembólica venosa en estos pacientes, el tiempo de mantenimiento de la profilaxis o los fármacos a utilizar tanto en la profilaxis como una vez se establece la sospecha o el diagnóstico definitivo de dicha enfermedad.

Con esta revisión de la literatura pretendemos hacer un consenso para intentar aclarar dudas y establecer unas directrices de sospecha, diagnóstico y tratamiento que nos ayuden en la práctica clínica diaria.

© 2015 SEACV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Manuela.barrio.alonso@sergas.es (M. Barrio-Alonso).

KEYWORDS

Venous thromboembolism;
Thromboprophylaxis;
Spinal cord injury;
Stroke;
Traumatic brain injury

Prevention and treatment of venous thromboembolism in spinal cord injury and acquired brain injury

Abstract Venous thromboembolism is a disease that includes both deep vein thrombosis and pulmonary embolism. Many studies reflect the high incidence of this disease in patients with neurological injuries such as, spinal cord injury, traumatic brain injury, or stroke, and all these patients are candidates for admission to rehabilitation centres.

There is controversy in the published literature on the need for screening of deep vein thrombosis in these patients, time on prophylaxis drug maintenance or the drugs to use for prophylaxis once suspected or when the definite diagnosis of this disease is established.

A review of the literature is presented in order to attempt to clarify these doubts and establish guidelines for suspicion, diagnosis and treatment to help us in daily clinical practice.

© 2015 SEACV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) es un proceso patológico que abarca tanto la trombosis venosa profunda (TVP) como el tromboembolismo pulmonar (TEP). Es una importante causa de morbimortalidad en los pacientes con lesión neurológica, en fase de rehabilitación aguda y crónica¹.

La incidencia de las ETE diagnosticadas y no diagnosticadas varía ampliamente según la población que sea estudiada y los métodos diagnósticos empleados. Los TEP clínicos ocurren entre un 26% y un 67% de las TVP proximales no tratadas, y se asocian con una mortalidad de un 11% a un 23%. Si fuesen tratadas, estas cifras descenderían a un 5% y 1% respectivamente².

En cuanto a la lesión medular, un reciente metaanálisis data la incidencia de TVP en lesionados medulares del 5,3% al 38,6% con una incidencia media del 16,9%; la mayoría de los datos han sido analizados en Norteamérica y Europa³. Otros estudios, en diferentes áreas geográficas, muestran incidencias desde 4,8% al 40%, siendo la más baja en la población asiática⁴.

En pacientes con ictus sin profilaxis se ha estimado una prevalencia de hasta un 50% en las 2 primeras semanas. En muchos casos la TVP se desarrolla en la primera semana. La edad avanzada, la gravedad de la parálisis de las extremidades y la presencia de deshidratación son factores de riesgo importantes en su desarrollo. Alrededor del 15% de pacientes con una TVP no tratada sufre un TEP, una importante causa de mortalidad en estos pacientes. La mayoría de casos fatales se produce entre la segunda y la cuarta semana^{5,6}.

La relación entre la ETE y los traumatismos craneoencefálicos (TCE) ha sido reconocida desde hace más de un siglo. Sin embargo, es difícil ofrecer unas cifras exactas sobre su incidencia⁷. La incidencia de la ETE varía según la literatura revisada y oscilan entre un 10% y un 90%⁷.

El objetivo del presente trabajo es resumir el consenso realizado por un grupo de expertos sobre la profilaxis y tratamiento de la ETE en la lesión medular y el daño cerebral adquirido, auspiciado por el Capítulo Español de Flebología y Linfología de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascolar.

Tabla 1 Predicción clínica de trombosis venosa profunda (puntuación de Wells)

Cáncer activo	1
Parálisis, paresia o inmovilización de miembros inferiores	1
Postración en cama más de 3 días	1
Sensibilidad localizada de distribución en venas profundas	1
Hinchazón completa de un miembro	1
Hinchazón unilateral de la pantorrilla mayor de 3 cm	1
Edema unilateral	1
Venas superficiales colaterales	1
Diagnóstico alternativo tan o más probable que trombosis venosa	-2

Interpretación ≥ 3 puntos riesgo elevado, 1 a 2 puntos riesgo moderado, < 1 punto bajo riesgo.

Presentación clínica

Clínica de trombosis venosa profunda

Los signos y síntomas incluyen el edema de pantorrilla, tirantez, *pitting*, venas superficiales dilatadas, aumento de temperatura y eurritmia. El signo de Homans es inespecífico y poco sensible. Con la rodilla en flexión realizar dorsiflexión forzada de tobillo, el dolor en la pantorrilla es sugestivo de TVP. Se observa solo en el 33% de los pacientes de media. La mayoría de los expertos creen que es poco específico, insensible y poco fiable. Existen protocolos y escalas con criterios clínicos para facilitar el diagnóstico de TVP. La más importante de ellas es la escala de Wells (tabla 1).

Trombosis venosa profunda en los miembros superiores

La trombosis en los MMSS supone del 1% al 4% de todos los episodios, clasificadas como primarias o secundarias,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2867287>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2867287>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)