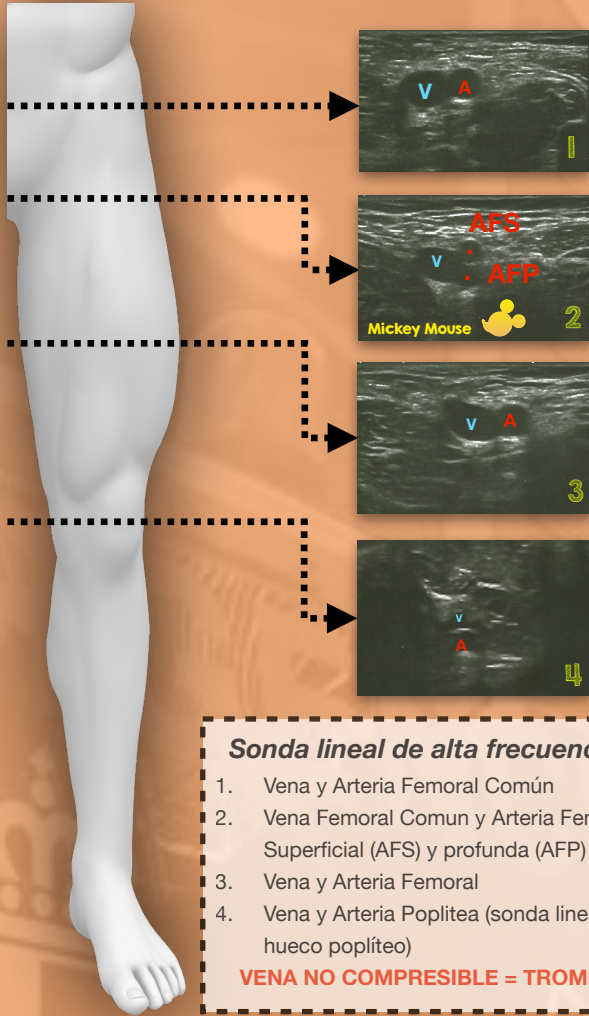


ECOGRAFÍA VENOSA



Sonda lineal de alta frecuencia.

1. Vena y Arteria Femoral Común
2. Vena Femoral Común y Arteria Femoral Superficial (AFS) y profunda (AFP)
3. Vena y Arteria Femoral
4. Vena y Arteria Poplítea (sonda lineal en hueco poplíteo)

VENA NO COMPRESIBLE = TROMBO

ESCALAS DE RIESGO

Riesgo trombótico en paciente medico (PADUA) y Quirúrgico (CAPRINI)
Riesgo Hemorrágico (RIETE)



PADUA



CAPRINI



RIETE

FARMACOLOGÍA

HBPM	Tratamiento (presentaciones)	Profilaxis según riesgo trombótico		Enferm. Renal Crónica
		Bajo	Alto	FG < 30 ml/min
Bemiparina [115 UI/Kg/día]*	< 50 Kg = 5.000 UI 50-70 Kg = 7.500 UI 70-100 Kg = 10.000 UI 100-120 Kg = 12.500 UI >120kg = optar por enoxaparina	2.500 UI/día	3.500 UI/día	85 UI/Kg/día
Enoxaparina [100 UI/Kg/12h** o 150 UI/Kg/día]*	60 mg 80 mg 100 mg 120 mg 150 mg	40 mg/día*		1 mg/kg/día No en FG <15 ml/min
Tinzaparina [175 UI/Kg/día]* (De preferencia en embarazo y tumores)	* < 54 Kg ó >105 Kg 55-65 Kg = 10.000 UI 66-77 Kg = 12.000 UI 78-88 Kg = 14.000 UI 89-99 Kg = 16.000 UI 100-105 Kg = 18.000 UI	3.500 UI/día	4.500 UI/día	Se ajusta a partir de < 20 ml/min Posología no definida

* Para pesos extremos ajustar dosis/volumen

** Enoxaparina: En obesos, TVP proximal, TEP y recurrencias optar por la dosis cada 12 horas (100 UI/Kg/12h).

Heparina Sódica

INDICACIONES

- Insuficiencia renal severa
- TEP inestable
- Riesgo de sangrado
- Cirugía inminente

ANTÍDOTO:

- SULFATO DE PROTAMINA: 1mg neutraliza 1mg (100 UI) de Heparina No Fraccionada.
- No más de 40-50mg.
- Si precisa administración, iniciar en las 2 primeras horas de haber iniciado la heparina sódica.



MANUAL DE PERFUSIONES DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO (heparina sódica)

Complejo Hospitalario Universitario de Toledo

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN URGENCIAS

Aprobado por la Comisión de Trombosis



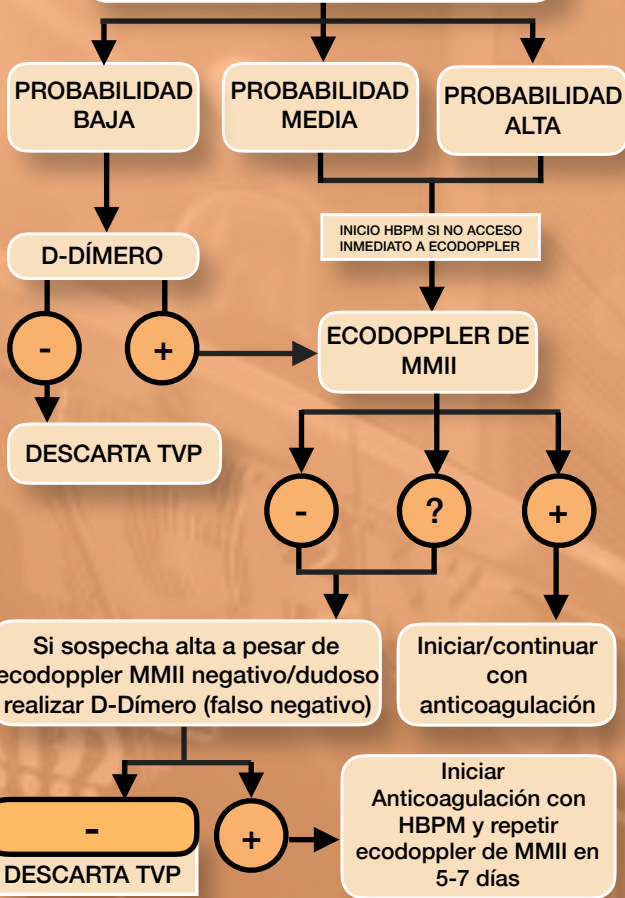
RAQUEL ESTEVEZ GONZÁLEZ
DIONE IBÁÑEZ SEGURA
RAFAEL RUBIO DÍAZ

BIBLIOGRAFÍA

1. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS). European Heart Journal (2019) 00, 161 doi:10.1093/eurheartj/ehz405.
2. Evaluation of patients with suspected acute pulmonary embolism: Best practice advice from the clinical guidelines committee of the American college of physicians. Ann Intern Med 2015; 163:701.
3. Clinical presentation, evaluation, and diagnosis of the nonpregnant adult with suspected acute pulmonary embolism. Up to date Sept 2019.
4. American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism. Blood Adv 2018; 2:3226
5. 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 2018;39:42084218

sospecha de TVP

ESCALA WELLS PARA TVP



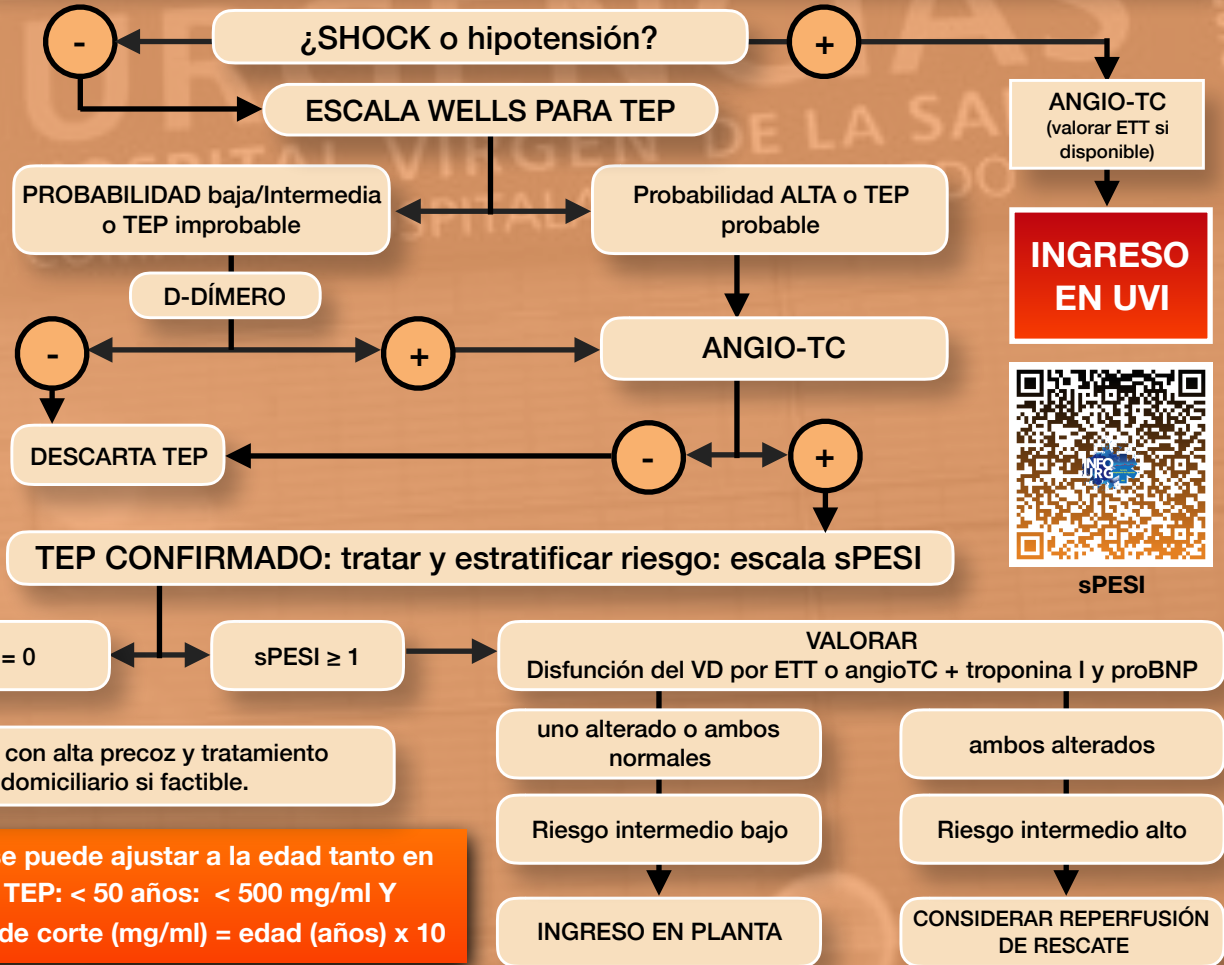
DERIVACIÓN A CONSULTAS EXTERNAS

- TVP sin factor desencadenante/AP o AF de trombofilia o recurrente: PIC Hematología.
- TVP con factor desencadenante: PIC Medicina Interna. Consulta LVC 224, 226, 227 (citar desde Urgencias).
- TVP MMSS: C. Vascular el primer día laborable.

¡OJO! La anticoagulación no debe ser retirada hasta valoración en Consultas externas

sospecha de TEP

ABCDE (PA, FC, FR)
O2 y acceso venoso x2 y Monitorización (ECG y SatO₂)

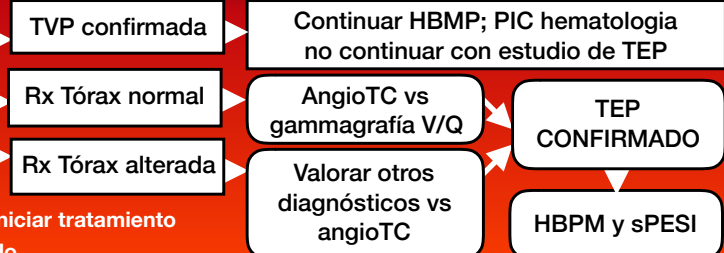


¡Ojo! D-Dímero se puede ajustar a la edad tanto en TVP como en TEP: < 50 años: < 500 mg/ml Y > 50 años: punto de corte (mg/ml) = edad (años) x 10

TEP EN EMBARAZADA

WELLS = Probabilidad alta o intermedia/baja con D-dimero positivo (*)

HBPM a dosis terapéuticas **
Radiografía de Tórax ***
Eco-doppler de MMII (si sospecha de TVP)



* OJO!!! D-dimero se incrementa con el embarazo
** Realizar hemograma, ClCr y riesgo de sangrado (RIETE) antes de iniciar tratamiento
*** < 12 semanas valorar riesgo beneficioso. > 12 sem: no contraindicado