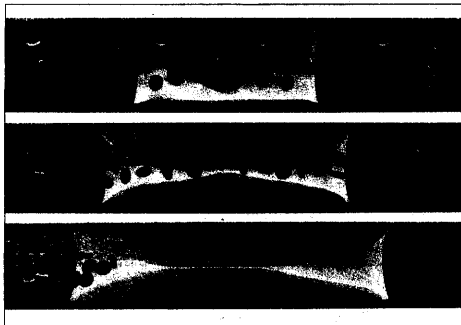


# Enfermedad tromboembólica venosa, una desconocida muy peligrosa

SE ORIGINA POR LA FORMACIÓN DE COÁGULOS O TROMBOS EN EL INTERIOR DE UN VASO SANGUÍNEO

A pesar de su alta incidencia, gravedad y los elevados costes económicos que genera se calcula que provoca más inutilidades laborales que todas las formas de arteriosclerosis conjunta. La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) sigue siendo una gran desconocida para la sociedad en general, con la singularidad añadida de que tiene grandes perspectivas de seguir aumentando por la creciente exposición a los factores de riesgo.



La ETV se origina por la formación de coágulos o trombos en el interior de un vaso sanguíneo (vena); clínicamente puede manifestarse en forma de trombosis venosa profunda o como embolia pulmonar. Los síntomas (dolor, hinchazón) se parecen a los de otras enfermedades menos importantes, e incluso puede no haberlos, por lo que el diagnóstico clínico no es fácil; de ahí la necesidad de realizar pruebas complementarias para evitar tratamientos innecesarios o la administración de medicamentos que pueden acarrear efectos secundarios. La trombosis suele diagnosticarse mediante una ecografía. En

caso de duda, se recurre a otras pruebas como el TAC, la resonancia o la flebografía (radiología de las venas con contraste). Ante una embolia pulmonar se realiza una gammagrafía pulmonar con isótopos o una TAC helicoidal.

### Complicaciones

Según explica la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), aunque el trombo se disuelve espontáneamente en pocos días, con el tiempo la mayoría de los pacientes desarrollarán un síndrome postrombótico: la pierna afectada, que inicialmente puede presentar una apariencia normal o una leve hinchazón,

pasa a sufrir atrofia de la piel y del resto de tejidos por falta de nutrición; posteriormente comienzan a aparecer úlceras que tardan en curar, tienden a reaparecer y cronificarse y suelen ir acompañadas de dolor, infección y diversas molestias, hasta constituir un problema serio e invalidante.

Pero la principal y más temida complicación de la ETV es la embolia de pulmón por su elevada mortalidad. Tal es así, que las estadísticas la sitúan como tercera causa de muerte entre las enfermedades vasculares, después del infarto de miocardio y la trombosis cere-

bral, siendo además la primera causa de muerte hospitalaria en los países desarrollados.

Un consenso de especialistas europeos fijó la incidencia de esta enfermedad en 160 casos de trombosis venosas profundas (TVP) por cada 100.000 habitantes, de los cuales 60 casos podrían ser embolias pulmonares mortales. Si extrapolamos estos datos a la población española, resultaría que en nuestro país se producirían anualmente unos 62.400 casos de TVP y 23.400 casos de embolias pulmonares. "Si la embolia pulmonar no se trata, tres de cada diez pacientes pueden fallecer en los momentos iniciales de aparecer la complicación. Con tratamiento, la evolución de la mayor parte de los episodios embólicos agudos es favorable y se resuelven satisfactoriamente. No obstante, en un pequeño número de casos sigue un proceso progresivo, que conduce a la hipertensión pulmonar crónica", puntualiza la SEMI.

Con otras enfermedades vasculares la ETV tiene en común que muchas veces se puede prevenir, puede repetirse en quienes ya han sufrido algún episodio y puede dejar secuelas a largo plazo.

### Tratamiento

Según el doctor José Antonio Páramo Fernández, especialista en Hematología y Hemoterapia de la Clínica Universidad de Navarra, además de las medidas físicas encaminadas a favorecer el retorno venoso, la movilización precoz, emplear distintos modelos de vendajes, medias elásticas... todo ello para aumentar el flujo de las venas profundas de las piernas, las medidas farmacológicas están indicadas principalmente en pacientes con riesgo elevado de ETV y consisten generalmente en la administración por vía subcutánea de un preparado de heparina de bajo peso molecular.

El tratamiento en estos pacientes es complejo y costoso debido a que requiere un seguimiento y control por parte de distintos niveles asistenciales. Los especialistas más implicados en tratar los casos de ETV son los internistas (que llevan el proceso de forma integral: diagnóstico, tratamiento y seguimiento), los cirujanos vasculares y los neumólogos si hay embolia pulmonar. En este sentido, los expertos coinciden en que es muy necesaria la coordinación entre los distintos especialistas.

## PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

- Tener antecedentes. Quienes han padecido una ETV presentan un alto riesgo de desarrollar nuevos episodios.
- Cirugía. Haber sufrido un traumatismo o una intervención quirúrgica superior a los 30 minutos de duración. Especial riesgo si son intervenciones de cadera, de rodilla o cirugía ginecológica.
- La edad. A mayor edad, mayor riesgo, sobre todo por encima de los 40 años si hay cirugía, y por encima de 60 si no la hay.
- La obesidad.
- La inmovilización prolongada por causa médica o quirúrgica en la cama superior a cuatro días; viajes prolongados de más de 6 horas, ya sea en avión ("síndrome de la clase turista") o automóvil.
- Enfermedades malignas. Es muy frecuente la asociación entre cáncer y ETV; a veces esta última incluso puede aparecer antes de que se conozca la presencia del cáncer responsable de la trombosis.
- Estrógenos. Durante el embarazo, los estrógenos aumentan la coagulabilidad de la sangre con objeto de afrontar el riesgo hemorrágico del parto; el riesgo de ETV se incrementa si se asocia una cesárea. El empleo de estrógenos durante la menopausia o con fines anticonceptivos no tiene un efecto trombotogénico importante si no se asocian otros factores de riesgo.
- Ciertas enfermedades. Infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, enfermedades cancerosas, infarto cerebral, sepsis, síndrome nefrótico, enfermedad inflamatoria intestinal, son patologías que pueden favorecer la ETV.
- Politraumatizados y grandes quemados. La relación es evidente y se establece por los mismos mecanismos que en el paciente quirúrgico: inmovilización, lesiones venosas, etc.
- La colocación de catéteres, sobre todo si se usan para nutrición parenteral.
- Exploraciones vasculares (hemodinámica, arteriográfica, flebografía).

FUENTE: Sociedad Española de Medicina Interna.



En relación con el síndrome postrombótico o postflebítico, se estima que su incidencia oscila en torno al 20-30 por ciento de los pacientes que han sufrido una trombosis venosa; suele aparecer tras los dos primeros años de haberse sufrido la trombosis. La prevención de este síndrome se basa funda-

mentalmente en el uso de medias de compresión, llamadas así porque están especialmente diseñadas para ejercer una compresión decreciente, es decir, aprietan más en el tobillo y la pantorrilla y menos en el muslo, lo cual favorece la circulación venosa. También se recomienda evitar ropas ceñidas, fajas, ligas o prendas ajustadas; por el contrario, conviene usar una vestimenta que no apriete las piernas ni el abdomen, así como zapatos cómodos y tacos bajos.

FUENTE: Sociedad Española de Medicina Interna y Guía de información al paciente sobre la enfermedad tromboembólica venosa (Consejería de Sanidad de la Generalitat Valenciana).

## RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON SÍNDROME POSTROMBÓTICO

- Mantenga bien hidratada la piel de las piernas, usando cremas o aceites hidratantes.
- Procure descansar con las piernas elevadas y no permanecer quieto cuando esté de pie.
- Evite la obesidad y el estreñimiento.
- No aplique calor sobre las piernas (mantas eléctricas, agua muy caliente, sauna, depilación con cera caliente).
- Para dormir, eleve los pies de la cama unos 10 centímetros colocando unos tacos de madera. Esta medida puede estar contraindicada si el paciente presenta además otras patologías como insuficiencia cardíaca o respiratoria, insuficiencia arterial de miembros inferiores o hernia de hiato.
- Camine a paso rápido. Practique algún deporte beneficioso para la circulación venosa (natación, caminar en el agua). La bicicleta es beneficiosa pero puede empeorar a algunos pacientes con insuficiencia de la vena safena menor y si se practica mejor hacerlo con las medias de compresión. No se recomienda el ejercicio excesivo (de competición) o de contacto.
- En todos los casos, practicar el ejercicio llevando la terapia compresiva (medias) supone un beneficio adicional para la mejora de la circulación venosa.
- El médico puede recomendarle algunos fármacos, denominados venotónicos, que pueden ayudarle a mejorar sus síntomas, sobre todo en verano.

## SI ESTÁ BAJO TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

- Realice puntualmente los análisis de monitorización recomendados.
- Asegúrese de tomar la dosis prescrita del anticoagulante.
- Comunique a todos los médicos a los que acuda que está tratándose con anticoagulantes.
- En caso de precisar alguna intervención quirúrgica debe comunicarlo en su control de terapia anticoagulante para ajustar el tratamiento.
- Utilice algún elemento que lo identifique como paciente anticoagulado (pulsera, brazaletes, carnet...).
- Evite el consumo de alcohol.
- Consulte al médico si toma cualquier otro medicamento, especialmente los antibióticos.
- Evite tomar aspirina y otros fármacos que tengan efecto anticoagulante.
- Evite el consumo de alcohol.

## BREVES

### FRUTAS Y VERDURAS, UN BUEN TANDEM CONTRA LA ETV



Un reciente estudio llevado a cabo por el Departamento de Bioquímica Clínica e Inmunohematología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Talca (Chile) desta-

ca el efecto antitrombótico de determinadas frutas y hortalizas, una propiedad hasta ahora muy poco conocida que contrasta con el amplio conocimiento que se tiene de su aporte antioxidante. De acuerdo con este estudio, entre las frutas se han observado efectos antitrombóticos (antiagregante plaquetario, anticoagulante y fibrinolítico) en la uva negra, las fresas, los kiwis, el melón y la piña; las hortalizas a las que se ha encontrado un efecto antiagregante plaquetario son el ajo, la cebolla y el tomate.