

**PROTOCOLO DE ACTUACIÓN
EN URGENCIAS
ANTE LA SOSPECHA DE
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR
(TEP)**

 Osakidetza SAN ELOY OSPITALEA HOSPITAL SAN ELOY	PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS ANTE LA SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)	PT-URG-08
		Revisión: 0 Fecha: 01/12
		Página 2 de 7

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es el resultado de la obstrucción de la circulación arterial pulmonar por un émbolo procedente, en la mayoría de los casos (95%), del sistema venoso profundo de las extremidades inferiores (grandes venas proximales) y en menor frecuencia de las pélvicas. Otros orígenes pueden ser: vena cava, cavidades cardíacas derechas, aurícula izquierda (fibrilación auricular), válvulas cardíacas (endocarditis), ventrículo derecho (necrosis) y miembros superiores. Son poco frecuentes los émbolos formados por tumores, aire, fibrina, líquido amniótico, medula ósea y cuerpos extraños.

Cada vez se tiende más a utilizar el término de enfermedad tromboembólica venosa (ETV), que engloba la trombosis venosa profunda y su consecuencia más grave el TEP. El TEP es un problema de salud muy importante ya que:

- Es la tercera causa de muerte en hospitales
- Tiene una incidencia de 10 casos/100.000 habitantes y una prevalencia en hospitalizados del 1%
- Sin tratamiento tiene una mortalidad del 30%
- Es de difícil diagnóstico, sólo el 30% de los TEP con un mal desenlace se diagnostican en vida.
- La complicación más grave del TEP a largo plazo es la hipertensión pulmonar.

 Osakidetza SAN ELOY OSPITALEA HOSPITAL SAN ELOY	PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS ANTE LA SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)	PT-URG-08
		Revisión: 0 Fecha: 01/12
		Página 3 de 7

Los factores de riesgo más importantes son:

- Infarto de miocárdio, insuficiencia cardíaca congestiva e insuficiencia venosa crónica.
- Lesión por traumatismo, sobre todo fractura de miembros inferiores y huesos largos.
- Anticonceptivos y terapia estrogénica.
- Edad > 40 años.
- Inmovilización prolongada > 4 días aproximadamente.
- Neoplasias con compresión del sistema venoso profundo y liberación de sustancias procoagulantes.
- Estados de hipercoagulabilidad primaria.
- Accidentes cerebrovasculares.
- Parto y puerperio.
- Antecedentes de TEP y TVP.
- Cirugía ortopédica, abdominal y neurológica.

La coincidencia de diversos factores de riesgo incrementa la predisposición de embolia. El 40% de los TEP no tienen un factor de riesgo conocido, son de causa primaria.

Síntomas y signos clínicos Los síntomas son inespecíficos, su intensidad depende del grado de oclusión del lecho vascular pulmonar y de la reserva cardiorrespiratoria previa del paciente. El diagnóstico de la enfermedad se ve favorecido en la medida en la que se mantiene un nivel de sospecha. La hipotensión es el indicador pronóstico más importante.

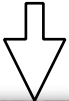
Síntomas del TEP	%
Disnea de aparición súbita inexplicable	84
Dolor torácico de tipo pleurítico	76
Tos	50
Dolor en pantorrilla	39
Sudoración – Ansiedad	36
Hemoptisis	28
Infartos pulmonares: dolor pleurítico, roce pleural, hemoptisis y fiebre	10
Dolor no pleurítico	17
Síncope	13
Palpitaciones	10
Dolor anginoso	1
Asintomático	---

Signos del TEP	%
Taquipnea (>20 r.p.m.)	85
Taquicardia (>100 l.p.m.)	58
Aumento del 2º tono pulmonar	57
Estertores pulmonares	55
Fiebre >37,5°C	50
Signos de TVP en extremidades inferiores	41
Roce pleural	18
Cianosis	18
Hepatomegalia	10
Reflujo hepatoyugular	5

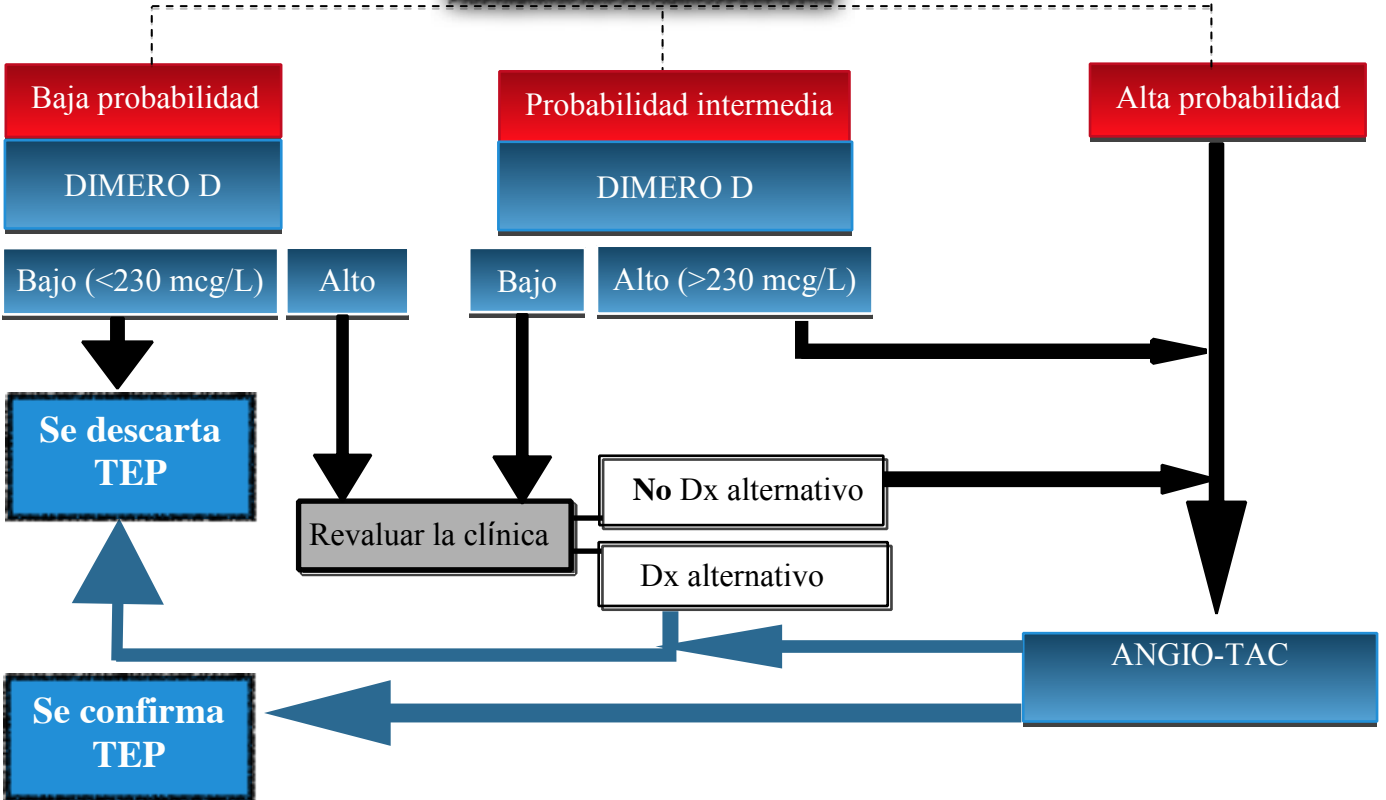
SOSPECHA DE TEP



HISTORIA Y EXPLORACIÓN
ANALITICA COMPLETA (+DIMERO D)
GASOMETRIA ARTERIAL
EKG
Rx TÓRAX



ESCALA GINEBRA ⁽¹⁾



INESTABLE HEMODINAMICAMENTE → **VALORAR UCI y fibrinolíticos⁽²⁾**

ESTABLE HEMODINAMICAMENTE → **ANTICOAGULACION⁽³⁾ + INGRESO EN NEUMOLOGIA**

(1)

ESCALA DE GINEBRA (Revisada)

* Cirugía reciente		3
* TEP o TVP previos		3
* pO ₂ (mmHg)	< 48,7	4
	48,7 – 59,9	3
	60 – 71,2	2
	71,3 – 81,4	1
*pCO ₂ (mmHg)	< 36	2
	36 – 38,9	1
* Edad	> 80	2
	60 – 79	1
* Frec. Card.	> 100	1
*Atelectasias		1
*Elevación hemidiafragma		1

PROBABILIDAD CLINICA

BAJA	0-4
MEDIA	5-8
ALTA	>8

(2)

FIBRINOLISIS

Urokinasa: Bolo inicial de 4400 UI/kg en 10 min. + 4400 UI/Kg/hora durante 12 h
(vial 250.000 UI, 5 ml)

(Para 70 kg, 300.000 UI: bolo de 1 vial de 5ml + 1 ml de otro vial en 10 minutos)

(3)

ANTICOAGULACION

Clexane mg/kg/Subct cada 12 horas

+

Sintrom según pauta laboratorio

Contraindicaciones de la anticoagulación

- Hemorragia activa o reciente grave
- Infarto cerebral muy extenso
- Cirugía reciente de SNC u ocular (5 días)