

ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA EN LA MATERNA GRAVE.

Autores

**Dr. Fidel Efraín Rivero Fernández.*

***Dr. Juan Roura Carrasco.*

***Dr. Raúl Pérez Sarmiento.*

****Dr. José Luís Machado García.*

*****Dr. Heriberto Díaz Agüero.*

**Especialista de II Grado en Angiología y Cirugía Vascul. Profesor Instructor. Medico Intensivista.*

***Especialista de II Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Instructor.*

****Especialista de I Grado en Medicina Interna. Medico Intensivista.*

*****Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Medico Intensivista.*

Dr. Fidel Efraín Rivero Fernández.

Calle: Mauricio Montejo # 202 A. Entre: Dolores Betancourt y Cuba.

Reparto La Caridad. CP: 70 300.

Camaguey. Cuba.

Teléfono: (53) (32)25 56 86.

Correo electrónico: rivero@shine.cmw.sld.cu

INTRODUCCION

La enfermedad tromboembólica venosa es una denominación que comprende a varias entidades: las trombosis venosas profundas de las extremidades y el embolismo pulmonar entidades que representan un peligro potencial para la vida de los pacientes afectados por las mismas y otra entidad menos grave que se denomina síndrome posttrombótico. (1)

La trombosis venosa profunda es una enfermedad frecuente que puede ser subclínica o presentarse con un cuadro más agudo de congestión edema y riesgo de embolismo pulmonar. El tromboembolismo pulmonar es una entidad que representa un peligro potencial mayor. El embolismo pulmonar constituye uno de los problemas más importantes en la patología cardiopulmonar y en general en medicina. Tiene una elevada prevalencia y su diagnóstico con frecuencia escapa al médico viéndose asociado a múltiples estados patológicos esencialmente en el paciente grave. (1-3)

Más del 90 % de las embolias pulmonares se originan en trombos de las venas profundas de las extremidades inferiores teniendo por tanto un origen venoso aun que se conocen otros sectores venosos que pueden ser causa de esta entidad tales como: las venas uterinas, prostáticas, renales, de extremidades superiores y de las cavidades derechas del corazón. Otras causas incluyen el aire, líquido amniótico, tumores, grasa y otros.

Ambas entidades son frecuentes como complicación de los estados post-quirúrgicos, intervenciones de cadera y rodilla, y también se presentan con frecuencia alrededor del embarazo, parto, puerperio o post-aborto como ha sido reconocido por varios investigadores del tema. Por tanto teniendo en cuenta el elevado riesgo al que se exponen las pacientes embarazadas y más aun aquellas en que coinciden un grupo de factores predisponentes hemos realizado esta investigación con el objetivo de caracterizar la enfermedad tromboembólica venosa en la paciente Obstétrica o materna grave. (4-7)

OBJETIVOS:

General:

1- Caracterizar la enfermedad tromboembólica venosa en la materna grave en la unidad de cuidados intensivos.

Específicos:

1- Conocer los grupos de edades más frecuentemente afectados.

2- Determinar los tipos de enfermedad tromboembólica venosa.

3- Identificar la causa obstétrica de la enfermedad tromboembólica venosa.

4-Conocer el tipo de diagnostico empleado en las pacientes estudiadas.

5-Determinar las dosis de anticoagulación con heparina utilizadas en los diferentes tipos de enfermedad tromboembólica venosa.

MATERIAL Y METODO:

Realizamos un estudio descriptivo dirigido a las pacientes obstétricas ingresadas en la unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Provincial Docente Universitario “Manuel Ascunce Doménech” con el diagnostico de algún tipo de enfermedad tromboembólica venosa: trombosis Venosas o tromboembolismo pulmonar, en le periodo comprendido entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de 2005.

El universo estuvo constituido por las pacientes obstétricas o maternas graves ingresadas en la unidad de cuidados intensivos y la muestra estuvo representada por 18 pacientes que representan el 87 % del total de pacientes ingresada por la referida causa.

Para la recogida de los datos de esta investigación creamos un modelo de encuestas que recogida las siguientes variables: -grupos de edades, tipo de enfermedad tromboembólica venosa, causa obstétrica, tipo de diagnostico y dosis de anticoagulación con heparina (dosis alta 20 y mas unidades x Kg. de Peso x hora; dosis media entre 15 y 18 Unidades x Kg. x hora; y dosis baja menos de 15 unidades x Kg. x Hora).

Los datos obtenidos fueron procesados en computadora mediante el paquete estadístico MICROSTAT aplicando la distribución de frecuencia y la estadística inferencial. Los datos se exponen en tablas.

RESULTADOS Y DISCUSION:

TABLA # 1. Enfermedad Tromboembólica Venosa en la Materna Grave según la edad.

**Hospital Provincial Docente “Manuel Ascunce Doménech”
Camaguey. Cuba. Año: 2005.**

Grupos de Edades	Número	Por ciento (%)
Menores de 15 años	1	5,5
Entre 16 y 20 años	4	22,3
Entre 21 y 30 años	2	11,1
Entre 31 y 40 años	10	55,6
Mas de 40 años	1	5,5
Total	18	100

Fuente: Historias Clínicas.

En las pacientes estudiadas como puede apreciarse en esta tabla el mayor número de pacientes estudiadas se ubico en el grupo de 31 a 40 años edades consideradas de riesgo para las pacientes obstétricas, aun que incluso una de las pacientes tenia más de 40 años. En estas pacientes la afectación previa de insuficiencia venosa crónica fue frecuente y estuvo presente en 5 de ellas para casi el 50 %, siendo esta una causa importante de predisposición a la enfermedad tromboembólica venosa, así como la edad por si que representa un elemento de riesgo obstétrico y general para la enfermedad tromboembólica venosa.

TABLA # 2. Tipo de Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETV).

**Hospital Provincial Docente “Manuel Ascunce Doménech”
Camaguey. Cuba. Año: 2005.**

Tipo de ETV	Número	Por ciento (%)
Tromboembolismo Pulmonar	10	55,6
Trombosis Venosa	8	44,4
Total	18	100

Fuente: Historias Clínicas.

En cuanto al tipo de enfermedad tromboembólica venosa tuvimos que la mayor parte de las pacientes 10 del total para un 55,6 % presentaron tromboembolismo pulmonar siendo esta una patología grave y frecuente en la práctica clínica, así como potencialmente mortal. Las trombosis venosas alcanzaron un 44,4 %, de interés resulto también como resultado de la investigación que en 2 pacientes el tipo de trombosis venosa fue del tipo de trombosis ascendente de la safena interna por lo cual debió de realizarse Ligadura del cayado de la safena interna para evitar la progresión de la trombosis al sector venoso profundo y su posible embolia pulmonar, siendo este un proceder quirúrgico sencillo el cual puede reportar un beneficio positivo a los pacientes por lo cual debe de ser tenido en cuenta en el manejo de esta enfermedad de presentarse esta situación en ambas pacientes se evito de hecho la embolia pulmonar.

TABLA # 3. Causa Obstétrica de la Enfermedad Tromboembólica Venosa.

**Hospital Provincial Docente “Manuel Ascunce Doménech”.
Camaguey. Cuba. Año: 2005.**

Causa Obstétrica	Número	Por ciento (%)
Embarazo	3	16,5
Post-Parto Eutócico	1	5,5
Post-Parto Distócico	8	44,3
Post-Aborto	1	5,5
Intervenida Cesárea	4	22,1
Intervenida Embarazo Ectópico.	1	5,5
Total	18	100

Fuente: Historias Clínicas.

Con referencia a las causas obstétricas tenemos el mayor porcentaje estuvo representado por las pacientes que tuvieron un parto distócico o situaciones anormales y de posible instrumentación obstétrica. Seguido de las pacientes cesáreas con un 22,1 % ambas situaciones en que se produce una manipulación pelviana se hacen más frecuentes los procesos tromboembólicos. Otras condiciones obstétricas favorecedoras y que constituyen verdaderos estados predisponentes como son el embarazo, el parto y el aborto han sido igualmente reconocidas en la fisiopatología de la enfermedad tromboembólica venosa. (1-5)

TABLA # 4. Diagnóstico de la Enfermedad Tromboembólica Venosa.

**Hospital Provincial Docente “Manuel Ascunce Doménech”
Camaguey. Cuba. Año: 2005.**

Diagnóstico de la ETV	Número	Porcentaje (%)
Clínico	18	100
Eco-Doppler Color Venoso	11	61,2
Angiotomografía Computada.	2	11,2
Flebografía	0	0

Fuente: Historias Clínicas.

El diagnóstico fue en la totalidad de los casos realizado mediante la clínica, en 14 pacientes que representan el 61,2 % el diagnóstico fue confirmado mediante Eco – Doppler Color Venoso en la totalidad de las trombosis venosas y en 2 pacientes con tromboembolismo pulmonar se realizó este proceder diagnóstico que arrojó que una de las pacientes presentaba signos ultrasonográficos de trombosis venosa en miembros inferiores por lo se confirma su validez en el diagnóstico causal del tromboembolismo pulmonar como reconoce Weinmam y Salzman. Consideramos que se utilizó muy poco el diagnóstico mediante Angiotomografía Axial Computada en solamente 2 pacientes de las que tenían diagnóstico de Tromboembolismo Pulmonar siendo esta una técnica de actualidad que constituye una alternativa diagnóstica importante ante la angiografía por ser un examen que evalúa directamente el árbol vascular pulmonar con un excelente rendimiento diagnóstico con una alta sensibilidad brindando información rápida para la toma de decisiones terapéuticas. Inclusive García Urbon considera que esta técnica puede llegar a convertirse en la técnica de imagen inicial ante la sospecha de un TEP por tener más fiabilidad y precisión que la gammagrafía y menos invasiva y más sencilla de realizar que la arteriografía. (1-11)

TABLA # 5.Dosis de Tratamiento Anticoagulante con Heparina.

Hospital Provincial Docente "Manuel Ascunce Doménech"
Camaguey. Cuba. Año: 2005.

Tipo de ETV	Dosis Alta	Dosis Media	Dosis Baja	Total
Tromboembolismo pulmonar	0	8	2 (11,2 %)	10
Trombosis Venosa	0	7	1	8
Total	0	15 (83,4 %)	3	18

Fuente: Historias Clínicas.

Las dosis de anticoagulación con heparina fueron utilizadas como se expone en la tabla No.5 en que podemos apreciar que en la mayoría de los casos estudiados las dosis empleadas fueron aquellas que nosotros consideramos como dosis medias, en el 83,4 % de los pacientes de igual modo para una y otra entidad, en ninguno de los casos fueron empleadas dosis altas ni aun en los que presentaron tromboembolismo pulmonar en que son mas aceptables las dosis altas. Al respecto consideramos que las dosis altas deben de utilizadas en los pacientes con diagnostico de TEP y en dependencia de su magnitud e inestabilidad hemodinámica debiendo de ser revaloradas las dosis teniendo en cuenta el control de laboratorio con la orientación de incrementar aun mas las dosis como fue propuesto por Beers . Otro resultado a resaltar lo constituye el que en 2 pacientes que presentaron TEP las dosis utilizadas fueron consideradas como bajas lo que es insuficiente y esta por debajo de las dosis propuestas en la mayoría de los esquemas de anticoagulación revisados en varias fuentes de información científica. Esto valida nuestra hipótesis de evaluar la terapéutica anticoagulante en el paciente grave con la finalidad de hacer mas eficaz la misma estableciendo una estandarización para la anticoagulación del paciente grave. (14-18)

CONCLUSIONES:

1. El grupo de edad mas frecuentemente afectado fue el de 31 a 40 años con 10 pacientes para el 55,6 %.
2. El tipo de enfermedad tromboembólica venosa más frecuente, fue el tromboembolismo pulmonar en el 55,6%.
3. La causa obstétrica mas frecuente fue el parto distocico, seguido de las post cesárea y el embarazo como tal.
4. El diagnostico clínico fue el mas utilizado.
5. Se utilizó con efectividad el Eco-Doppler color venoso en el diagnostico confirmatorio de la trombosis venosa y como estudio de la causa del TEP.

6. Se emplean muy poco otros medios de diagnóstico esencialmente la Angiotomografía Axial Computada que puede ser muy útil para el diagnóstico de esta entidad.
7. Las dosis de anticoagulación más utilizadas son las dosis medias debiendo evaluarse el uso de dosis mayores en dependencia del tipo de entidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Colectivo de Autores. Enfermedad Tromboembólica Venosa. En: Angiología y Cirugía Vascul. Ed: Ciencia Médicas. Ciudad de la Habana.1988.Pp:85-132.
2. Valdez Echenique F. Factores predisponentes y manejo de la Trombosis Venosa Profunda. Boletín de la Escuela de Medicina. Universidad Católica de Chile.1998; 28 (3).
3. Roca Goderich R. Temas de Medicina Interna. Tomo I. Cuarta Edición. Editorial de Ciencias Medicas. Ciudad de la Habana.2002.Pp:449-457.
4. Andresen M. Embolia Pulmonar. Apuntes de Medicina Intensiva. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/>
5. Yacovella T and Alter M. Anticoagulation for Venous Thromboembolism. Postgraduate Medicine.2000; 108(4):43-54.
6. Antunez M, Navarro J, Rodriguez JC, Undurraga A. Tromboembolismo Pulmonar: El valor de la clínica.Rev.Chil.Enferm.Respir.2002;18(2).
7. Conde P, Pila R, Rivero F, Escalante O, Pila PR. Tromboembolismo Pulmonar como contribución a las causas de muerte en la provincia de Camaguey. Archivo Medico de Camaguey.1999;3(3).
8. Weinmam E, Salzman EW. Trombosis Venosa Profunda. Rev. Cubana. Med. 1996;35(2):44-58.
9. Antunez M, Navarro J, Rodríguez JC, Undurraga A. Tromboembolismo Pulmonar: El valor de la clínica. Rev. Chil. Enferm. Respir.2002;18(2).
10. Rahimtoola A, Bergen JD. Acute Pulmonary embolism an update on diagnosis and management.Curr.Probl.Cardiol.2005;30(2):61-114.
11. Ferreti GR, Collomb D, Ravey JN, Vanzetto G, Coulomb M, Bricault I. Severity Assessment of acute pulmonary embolism: role of CT angiography. Semin. Roentgenol.2005;40(1):25-32.
12. García Urbon M. Diagnóstico por Imagen del Tromboembolismo Pulmonar. Radiología.1999; 2:1-11.

13. Beers MH. Enfermedades Cardiovasculares. En: Manual Merck. Décima Edición. Harcourt. SA. Madrid España.1999.
14. Caballero LA. Terapia Intensiva. Editorial de Ciencias Medicas. Ciudad de la Habana. 2000.p.1234-54.
15. Winters KJ y Eisenberg PR. Cardiopatía Isquémica. En: Manual Washington de Terapéutica Médica. Décima Edición. MASSON S.A. Barcelona.1999.p:77-101.
16. Philip WM, Broze JG, Militich JP, Douglas MJ. Anticoagulantes, Trombolíticos y Antiplaquetarios.En:Las bases Farmacológicas de la Terapéutica Medica. editorial: Mc Graw-Hill Interamericana. México DF.1996.p.1423-1445.
17. Colectivo de Autores. Formulario Nacional de Medicamentos. Editorial de Ciencias Medicas.2003.Ciudad de la Habana. P.:278-282.
18. Donado Uña JR, Acedo Gutiérrez MS, Casado López M. Enfermedad Tromboembólica Venosa. En: Manual 12 de Octubre. Cuarta Edición. Merck Sharp S.A. Madrid España.2001.