

Información al paciente con Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETV)

¿Qué es la enfermedad tromboembólica venosa?

La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) es la tercera enfermedad cardiovascular más frecuente después de la cardiopatía isquémica y del ictus. Tiene dos formas de presentación, que pueden presentarse por separado o de forma simultánea:

- La trombosis venosa profunda (TVP), que afecta habitualmente a las venas de las extremidades inferiores, con formación de coágulos de sangre a este nivel. Los síntomas más habituales son dolor e hinchazón en una extremidad inferior.
- La embolia pulmonar (EP) acontece cuando los coágulos que se han formado en el sistema venoso de las extremidades inferiores se desprenden y, siguiendo el trayecto venoso, acaban alojados en las arterias pulmonares. La EP es la forma de presentación más grave de la ETV, presentándose en forma de disnea (dificultad para respirar), dolor torácico y/o síncope (pérdida repentina del conocimiento).

¿Cuál es el tratamiento y cuánto tiempo dura?

El tratamiento fundamental de la ETV (tanto de la TVP como de la EP) es la anticoagulación. Los objetivos de este tratamiento son evitar la progresión de los trombos que ya se han formado y evitar las recurrencias de la enfermedad. Disponemos de diversos tipos de anticoagulantes:

- Heparinas de bajo peso molecular: se administran mediante inyección por vía subcutánea (una o dos administraciones al día dependiendo del tipo de heparina) y habitualmente se utilizan durante la primera fase del tratamiento (días-semanas).
- Anticoagulantes orales: se toman por vía oral y generalmente se utilizan en la segunda fase del tratamiento. Dentro de este grupo diferenciamos:
 - Antagonistas de la vitamina K (Sintrom® o Aldocumar®): son los que se han utilizado durante muchos años. Requieren controles analíticos frecuentes para ajustar la dosis.
 - Anticoagulantes orales de acción directa: (Dabigatran; Pradaxa®; Eliquis®; Lixiana® o Xarelto®). Son fármacos igual de eficaces que los antagonistas de la vitamina K, pero que no precisan de controles analíticos frecuentes. De forma progresiva van sustituyendo a los antagonistas de la vitamina K (más antiguos).

La duración del tratamiento anticoagulante es variable en función de las características del paciente y de la forma de presentación de la enfermedad. Como norma general, la duración mínima del tratamiento será de tres meses. En los controles en consultas externas tras el alta, el equipo médico le informará de la duración más adecuada en su caso.

El tratamiento anticoagulante suele tolerarse bien. El efecto secundario más problemático es el riesgo de sangrado. Usted deberá tener especial precaución para evitar golpes, cortes, etc. mientras reciba este tratamiento.

¿Qué pasa con los trombos que ya se han formado en el momento del diagnóstico?

Como se ha comentado anteriormente, el objetivo fundamental del tratamiento anticoagulante es evitar que los trombos ya formados progresen y la prevención de las recurrencias de la enfermedad. Nuestro organismo dispone de mecanismos propios (sistema fibrinolítico) que, en el curso de días-semanas, disuelven de forma progresiva este material trombótico, restaurando la normalidad de la circulación en la mayoría de las personas.

Información al paciente con Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETV)

¿Qué tipo de vida puedo hacer después del alta y cuáles son los signos de alarma por los que debería buscar atención sanitaria?

El retorno de la circulación a la normalidad tras un episodio de ETV es lento (semanas-meses), por lo que tras el alta es aconsejable hacer una vida tranquila, sin esfuerzos físicos importantes. Puede salir de casa, caminar y reincorporarse de forma progresiva a su forma de vida habitual. Si usted realizaba actividad física intensa antes del episodio de ETV es aconsejable que no la retome hasta hablar con el equipo médico en las visitas de seguimiento. Si tiene planeado viajar en avión, es aconsejable que espere al primer control médico tras el alta y lo comente con el equipo asistencial.

Mientras usted siga con el tratamiento anticoagulante está protegido de nuevos episodios de ETV, siendo excepcional la recidiva de la enfermedad durante el tratamiento. Si en su caso, transcurridos unos meses, el equipo médico le aconseja la interrupción del tratamiento anticoagulante, debe conocer los síntomas que podrían indicar una recurrencia de la enfermedad:

- Trombosis venosa profunda: dolor y/o hinchazón en una extremidad inferior.
- Embolia pulmonar: disnea (dificultad para respirar), dolor torácico y/o síncope (pérdida repentina del conocimiento).

Como se ha dicho anteriormente, el tratamiento con anticoagulantes implica un mayor riesgo de sangrado, especialmente si usted sufre golpes o se corta. Si durante el tratamiento usted sufre una hemorragia espontánea a cualquier nivel (sangrado espontáneo de las mucosas, orina teñida de sangre, heces manchadas con sangre o expectoración con sangre) o bien aparece tumefacción o hinchazón en las extremidades o en la pared abdominal, debería buscar atención sanitaria urgente.

¿Cuáles son los objetivos del seguimiento en consulta externa?

Como norma general, tras el alta hospitalaria usted tendrá controles con el equipo médico de Neumología o de Medicina Interna para el seguimiento de la ETV. La primera visita suele programarse entre 1-3 meses tras el alta. Los objetivos del seguimiento post-alta son cuatro:

- Valoración del riesgo de recurrencia de la enfermedad: el equipo médico valorará en cada caso si existían factores de riesgo asociados al episodio de ETV. En general, si usted ha sufrido un primer episodio de ETV asociado a un factor de riesgo transitorio (lo más comunes serían una intervención quirúrgica, un ingreso hospitalario o una inmovilización transitoria), se considera que el riesgo de recurrencia al suspender el tratamiento anticoagulante es muy bajo, por lo que es probable que se le aconseje interrumpirlo cuando haya completado un mínimo de tres meses de tratamiento. Cuando el episodio de ETV es no provocado (no ha existido un factor desencadenante del mismo), el riesgo de recurrencia al interrumpir la anticoagulación no es despreciable, por lo que, deberá individualizarse la continuidad de dicho tratamiento.
- Valoración del riesgo hemorrágico de la anticoagulación: el equipo médico valorará de forma secuencial durante el seguimiento este riesgo, que es una información fundamental para la toma de decisiones sobre la duración del tratamiento.

Información al paciente con Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETV)

- Decisión sobre la duración del tratamiento anticoagulante: es la decisión más importante que tendremos que tomar durante el seguimiento. Como se ha dicho anteriormente y, como norma general, la duración mínima del tratamiento será de tres meses. A partir de este momento, considerando la forma de presentación de la ETV (TVP o EP), si se trataba de un primer episodio de ETV, del riesgo de sangrado y de la existencia o no de factores de riesgo asociados al episodio, el equipo médico le aconsejará en cada caso la duración óptima del tratamiento anticoagulante. Se le informará de la relación riesgo/beneficio de la decisión para que usted tome parte activa en la misma.
- Detección de complicaciones de la ETV a largo plazo: durante el seguimiento, el equipo asistencial le hará preguntas para saber si usted sufre una complicación a largo plazo de la ETV:
 - Síndrome postrombótico (SPT): es una complicación crónica de la TVP que se caracteriza por síntomas como dolor, hinchazón y cambios en la piel en la pierna afectada. Puede llegar a aparecer hasta en un 20% de pacientes que han sufrido una TVP. Estos síntomas son causados por el daño en las venas y válvulas venosas debido al coágulo de sangre. Es importante señalar que una anticoagulación adecuada después de la TVP puede ayudar a reducir el riesgo de SPT y sus complicaciones. Además, el uso de medias de compresión y la deambulación precoz tras el episodio pueden ser beneficiosos para minimizar el riesgo de desarrollar un SPT.
 - Hipertensión pulmonar tromboembólica crónica: es una complicación crónica que puede llegar a afectar al 1-3% de pacientes que han sufrido una EP. Por razones que no son bien conocidas, en estos pacientes el organismo no es capaz de disolver los trombos alojados en el pulmón, que persisten en el tiempo. Esta persistencia ocasiona una obstrucción mantenida al flujo sanguíneo pulmonar que finalmente puede llegar a afectar a las cavidades cardíacas derechas. El síntoma fundamental es la disnea (dificultad para respirar) al realizar esfuerzos físicos que no mejora transcurridos unos meses de tratamiento anticoagulante después del episodio agudo.