

9. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR Y SUS RECOMENDACIONES AL VOLANTE

El alojamiento súbito de un coágulo sanguíneo en una arteria pulmonar con la consiguiente obstrucción del flujo sanguíneo al parénquima se estima que es del 5% en los individuos fallecidos fuera del hospital y del 25% entre los que mueren en el hospital.

Esta cifra se eleva hasta un 60% cuando se realiza necropsia, por lo que muchos de los episodios de TEP no llegan a diagnosticarse, y pueden ocurrir mientras se conduce.

CAUSAS

La causa más común es un trombo formado en una vena del miembro inferior o de la pelvis, siendo el sector iliofemoral el que provoca alteraciones hemodinámicas más graves.

Los émbolos grasos producidos tras las fracturas óseas son menos frecuentes. Los émbolos liberados en la circulación venosa se distribuyen en el 65% de los casos por ambos pulmones, y menos de forma unilateral, afectando tanto a la mecánica y hemodinámica pulmonar, como al intercambio gaseoso con hipoxemia arterial y en algún caso infarto pulmonar.

La mayoría de los émbolos se alojan en las arterias pulmonares de calibre grande o intermedio, llegando menos del 35% a las arterias pequeñas.

La hipertensión pulmonar que se produce puede ser superior si existe una enfermedad cardíaca o pulmonar previa, como estenosis mitral o EPOC.

Si el ventrículo derecho no es capaz de mantener una presión suficiente para mantener el volumen minuto, se produce hipotensión circulatoria por fracaso cardíaco derecho y en algunos casos shock.

SÍNTOMAS

Los síntomas dependen de la extensión de la oclusión vascular, de la enfermedad cardiopulmonar previa y del desarrollo de infarto pulmonar.

La taquipnea (aumento de la frecuencia respiratoria por encima de los valores normales) a menudo asociada a disnea, la ansiedad y la agitación pueden ser llamativas.

La embolia sin infarto se manifiesta frecuentemente sólo con dificultad respiratoria.

La hipertensión pulmonar puede provocar una molestia subesternal sorda.

En muchos enfermos el cuadro clínico se presenta en forma de confusión, síncope, fenómenos convulsivos y déficits neurológicos, que reflejan la isquemia cerebral transitoria por la disminución temporal del volumen minuto.

Otros síntomas de infarto pulmonar son tos, hemoptisis, dolor torácico pleurítico y fiebre.



9. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR Y SUS RECOMENDACIONES...



En pacientes con embolias crónicas y de repetición, los síntomas del cor pulmonale tienden a aparecer de forma insidiosa a lo largo de semanas, meses o años.

El paciente que sobrevive al primer episodio tromboembólico, pero no recibe tratamiento inmediato, tiene un 50% de probabilidad de presentar una embolia recurrente, y de éstas el 50% suele ocasionarle la muerte.

El tratamiento anticoagulante disminuye la tasa de recurrencia, y si ésta tiene lugar, es de mejor evolución.

TRATAMIENTO

El tratamiento del embolismo pulmonar y la prevención de nuevos episodios requiere que el episodio tromboembólico, aunque sea poco sintomático, tenga ingreso hospitalario para estudio y tratamiento temprano.

La parte esencial del tratamiento es conseguir que no se formen nuevos trombos, estableciendo una pauta de tratamiento anticoagulante con ajuste individual, en dosis y tiempo.

El paciente con una enfermedad crónica asociada a elevada incidencia de tromboembolia requerirá tratamiento anticoagulante a largo plazo.

Los antagonistas de la vitamina K, como el acenocumarol, son el tratamiento de elección por vía oral, y requieren control estricto e individualizado de la dosis.

Los fármacos que presentan interacciones farmacológicas con los anticoagulantes orales son muy numerosos.

Se potencia su efecto con clorpromazina, sulfamidas, cloranfenicol, alopurinol, antidepresivos tricíclicos, laxantes, salicilatos, tiroxina, andrógenos, antiarrítmicos como amiodarona y quinidina, clofibrato, antagonistas H₂, glucagón, disulfirán y algunos antibióticos como eritromicina, tetraciclina, neomicina y derivados del imidazol.

Disminuye su efecto con vitamina K, barbitúricos, rifampicina, colestiramina, tiacidas, carbamazepina, griseofulvina y algunos anticonceptivos orales.

Se desaconseja la administración de anticoagulantes con sustancias que modifiquen la hemostasis, como ácido acetilsalicílico, fenilbutazona y derivados pirazolónicos.

Los pacientes tratados con anticoagulantes orales son propensos a presentar complicaciones hemorrágicas, en ocasiones graves. Estos casos se revierten con vitamina K y plasma fresco. Para evitar esta complicación, el tratamiento anticoagulante se ajusta de forma individual en cuanto a dosis y tiempo del mismo.

Consejos generales sobre tromboembolismo pulmonar

- ▶ La reducción de los factores que predisponen al estasis venoso evitará la trombosis y su consecuencia, la embolia pulmonar.
- ▶ Los medicamentos que se relacionan con episodios de trombosis deben ser suprimidos o cambiados por otros sin este riesgo.

9. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR Y SUS RECOMENDACIONES...

- ▶ El periodo postoperatorio de una amplia variedad de intervenciones quirúrgicas predispone a la trombosis venosa.
- ▶ La heparina de bajo peso molecular administrada por vía subcutánea en el preoperatorio y diariamente después de la cirugía reduce en gran medida el riesgo de trombosis.
- ▶ La profilaxis con heparina no está exenta de riesgos, y hay casos de hemorragia, retraso en la cicatrización de las heridas y trombocitopenia, que se debe advertir.

Consejo sobre los síntomas de la trombosis

- ▶ Ante cualquier síntoma o signo sospechoso de trombosis se debe desaconsejar la conducción, hasta que el diagnóstico etiológico y el tratamiento indicado reviertan el cuadro clínico.
- ▶ El paciente que ha sufrido TEP no puede conducir hasta la resolución completa del proceso y se encuentre estable con el tratamiento médico anticoagulante.
- ▶ Aunque el paciente se encuentre totalmente recuperado se desaconseja si existe riesgo de repetición de la trombosis embolígena.
- ▶ Los pacientes tratados con anticoagulantes orales son propensos a las complicaciones hemorrágicas, en ocasiones graves, por lo que deben conocer su riesgo al volante si sufren un golpe.
- ▶ Estos pacientes no pueden tomar ácido acetilsalicílico ni medicamentos que modifiquen el efecto anticoagulante.
- ▶ Todo medicamento nuevo puede desestabilizar al paciente anticoagulado, por tanto, cuando se añada o elimine un fármaco del régimen terapéutico, se debe vigilar con determinaciones más frecuentes del tiempo de protrombina, y si es necesario, se desaconsejará la conducción en este periodo.
- ▶ El paciente no debe tomar medicamentos de venta libre, o aquellos indicados por un médico que desconoce que el paciente se encuentra bajo tratamiento anticoagulante.
- ▶ Es conveniente que los pacientes tratados ambulatoriamente lleven consigo en el vehículo una hoja de control de la coagulación por si resultan heridos.
- ▶ El paciente anticoagulado debe conocer el mayor riesgo que tiene de sufrir hemorragias y ser responsable de ello procurando desarrollar una conducción segura.
- ▶ De este modo, el ser más prudente al volante disminuirá la posibilidad de golpes que, aunque pequeños, en él podrían tener dramáticas consecuencias.
- ▶ Una vez eliminado el punto de origen de los émbolos se podrá conducir con informe favorable del especialista, que así lo indique.
- ▶ Las enfermedades hematológicas con hipercoagulabilidad deben ser tratadas y se desaconseja la conducción mientras persista el riesgo de trombosis.
- ▶ El hematólogo debe informar del adecuado control del paciente que le permita la conducción.

