

PROYECTO DE FIN DE GRADO



Universidad de Valladolid



GRADO EN MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA, DERMATOLOGÍA Y
TOXICOLOGÍA

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE EPISODIOS DE TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autor: Gonzalo Luis Barrientos Parrado.

Tutor: Dr. Miguel Martín Asenjo.

Servicio: Medicina Interna.

Fecha: En Valladolid, mayo de 2025.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen	1
Abstract	2
Abreviaturas	2
Introducción	3
Justificación	7
Objetivos	7
Material y métodos	7
Resultados	9
Discusión	12
Conclusiones	16
Bibliografía	17

RESUMEN

Introducción

La trombosis venosa superficial (TVS) es una patología frecuente que, aunque suele considerarse menos grave que otras enfermedades tromboembólicas, puede asociarse a complicaciones relevantes si no se maneja correctamente. Este trabajo analiza cómo se está abordando la TVS en la práctica clínica real en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivo

El objetivo principal fue describir las características clínicas de los pacientes diagnosticados de TVS y comprobar si el tratamiento recibido se ajustaba a las recomendaciones actuales de las guías clínicas. También se valoró la aparición de complicaciones y si existían factores que pudieran haber influido en el manejo.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo. Se analizaron 57 historias clínicas, recogiendo variables como edad, sexo, localización y extensión del trombo, distancia al cayado safeno-femoral, factores de riesgo, tipo de tratamiento administrado y posibles complicaciones.

Resultados

Los resultados mostraron que en el 47,4 % de los pacientes no se registró información clave para aplicar correctamente el algoritmo diagnóstico-terapéutico. Además, incluso entre los pacientes con datos completos, el tratamiento no se ajustó a lo recomendado en todos los casos.

Conclusiones

Los datos muestran que el manejo no siempre sigue un criterio uniforme ni se ajusta bien a los protocolos. Mejorar cómo se recoge la información clínica y aplicar los algoritmos de forma más clara y sistemática podría ayudar a tomar mejores decisiones y evitar complicaciones que se pueden prevenir.

Palabras Clave: Trombosis venosa superficial; Trombosis venosa profunda; Diagnóstico; Tratamiento.

ABSTRACT

Superficial venous thrombosis (SVT) is a common condition which, although often considered less serious than other thromboembolic diseases, can lead to significant complications if not properly managed. This study analyzes how SVT is being handled in real clinical practice at the Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

The main objective was to describe the clinical characteristics of patients diagnosed with SVT and to assess whether the treatment they received aligned with current clinical guidelines. The study also examined the presence of complications and whether any factors may have influenced clinical decision-making.

A retrospective observational study was conducted, reviewing 57 medical records. Data collected included age, sex, thrombus location and extension, distance to the saphenofemoral junction, associated risk factors, type of treatment received, and any complications during the acute episode.

The results showed that in 47.4% of cases, essential information needed to properly apply the diagnostic-therapeutic algorithm had not been recorded. Even in patients with complete data, treatment was not always in line with the recommended approach.

Findings suggest that SVT management often lacks consistency and does not always follow established protocols. Improving the recording of clinical information and applying existing algorithms more clearly and systematically could help support better decision-making and prevent avoidable complications.

Keywords: Superficial venous thrombosis; Deep vein thrombosis; Diagnosis; Treatment.

ABREVIATURAS

- AINES: antiinflamatorios no esteroideos
- HBPM: heparina de bajo peso molecular
- EP: embolia pulmonar
- TVS: Trombosis venosa superficial
- TVP: trombosis venosa profunda

INTRODUCCIÓN

La TVS es una condición común que, históricamente, se ha considerado una afección menor dentro de las enfermedades tromboembólicas venosas¹. Sin embargo, estudios recientes han revelado que la TVS puede tener implicaciones graves y no debe subestimarse². Esta patología se caracteriza por la formación de un coágulo en las venas del sistema venoso superficial, generalmente acompañado de reacción inflamatoria. Afecta principalmente a las piernas, siendo más común en la vena safena mayor (60-80% de los casos) y, en menor medida, en la vena safena menor (10-20%)³.

La etiología de la TVS se explica principalmente mediante la tríada de Virchow: estasis sanguínea, alteración de la coagulación y trauma local (lesión de la pared venosa)⁴. Diversos factores de riesgo están involucrados, como la presencia de venas varicosas (observadas en el 62-90% de los casos)², inmovilización prolongada, antecedentes de cirugía reciente, obesidad, embarazo, uso de anticonceptivos hormonales, edad avanzada y enfermedades autoinmunes⁵. Además, ciertos estados como el cáncer activo y la trombofilia heredada aumentan significativamente el riesgo de desarrollar esta patología. Por ejemplo, la mutación del factor V Leiden es una de las trombofilias hereditarias más prevalentes entre los pacientes con eventos trombóticos venosos⁶.

Aunque la TVS suele considerarse menos grave que la trombosis venosa profunda (TVP)¹, su relevancia clínica radica en las complicaciones que puede generar. Una de las más significativas es la progresión hacia una TVP o una EP, que ocurre en un 2,6-15% de los casos⁷, especialmente cuando la trombosis se localiza cerca del sistema venoso profundo, como en la unión safeno-femoral⁷. Esta complicación requiere un seguimiento estrecho, ya que el riesgo de eventos graves aumenta considerablemente⁷.

Aunque menos común, la EP sintomática puede ser potencialmente mortal si no se diagnostica y trata adecuadamente. Además, el trombo puede extenderse a lo largo de la vena afectada en un 3,3% de los pacientes durante los primeros tres meses tras el diagnóstico, lo que subraya la importancia de un seguimiento clínico y ecográfico continuo⁷.

La recurrencia de la TVS es una complicación relevante, especialmente en pacientes con venas varicosas no tratadas. Se ha descrito un riesgo de recurrencia de hasta un 20% en estos casos⁸. Por ello, el seguimiento clínico resulta fundamental para reducir el riesgo de nuevos episodios y complicaciones locales².

Es importante destacar que aproximadamente un 18,1 % de los pacientes con TVS presentan una TVP concomitante, y un 6,9 % presentan una EP al momento del diagnóstico⁹. Esto refuerza la importancia de un enfoque personalizado en el manejo de la TVS⁹.

El diagnóstico de la TVS se basa en una combinación de la evaluación clínica y la confirmación mediante pruebas de imagen, siendo la ecografía Doppler el método de elección². El proceso diagnóstico comienza con una anamnesis detallada, centrada en identificar factores de riesgo como la inmovilización prolongada, antecedentes de varices o TVP, uso de anticonceptivos hormonales y la presencia de enfermedades predisponentes, como el cáncer². Esta información permite definir la situación clínica del paciente y orientar el diagnóstico de manera más precisa.

La exploración física es esencial en la evaluación inicial, ya que la TVS suele manifestarse con síntomas visibles y palpables. Los hallazgos más comunes incluyen dolor localizado a lo largo de una vena superficial, enrojecimiento, sensación de calor en la piel, prurito, hinchazón leve y, en algunos casos, la presencia de un cordón venoso endurecido palpable³. Estos signos son indicativos de la presencia de un coágulo y permiten diferenciar la TVS de otras afecciones cutáneas o vasculares³.

La confirmación diagnóstica se realiza mediante la ecografía Doppler, una técnica no invasiva que permite visualizar la vena afectada y evaluar la extensión del trombo. Esta prueba es la técnica estándar para descartar la coexistencia de una trombosis venosa profunda, especialmente cuando el trombo se localiza cerca de la unión safeno-femoral, una zona de alto riesgo. Los criterios ecográficos diagnósticos incluyen la incapacidad de comprimir la vena afectada con el transductor y la obstrucción del flujo venoso¹⁰.

La ecografía aporta datos que van a condicionar el tratamiento de estos pacientes, tales como la presencia de una TVS localizada a menos de 3-5 cm del sistema venoso profundo, trombosis extensas que involucren segmentos venosos mayores de 5 cm o múltiples venas, y pacientes con factores de riesgo adicionales de tromboembolismo, como antecedentes de enfermedad trombótica, cáncer activo o trastornos de la coagulación². En contextos donde el acceso a la ecografía es limitado, se puede iniciar el tratamiento basándose en la evaluación clínica, con ajustes posteriores una vez que los estudios de imagen estén disponibles¹¹. El dímero D, aunque útil en otras patologías tromboembólicas, tiene una sensibilidad limitada en la TVS y no se recomienda su utilización de forma rutinaria para el diagnóstico².

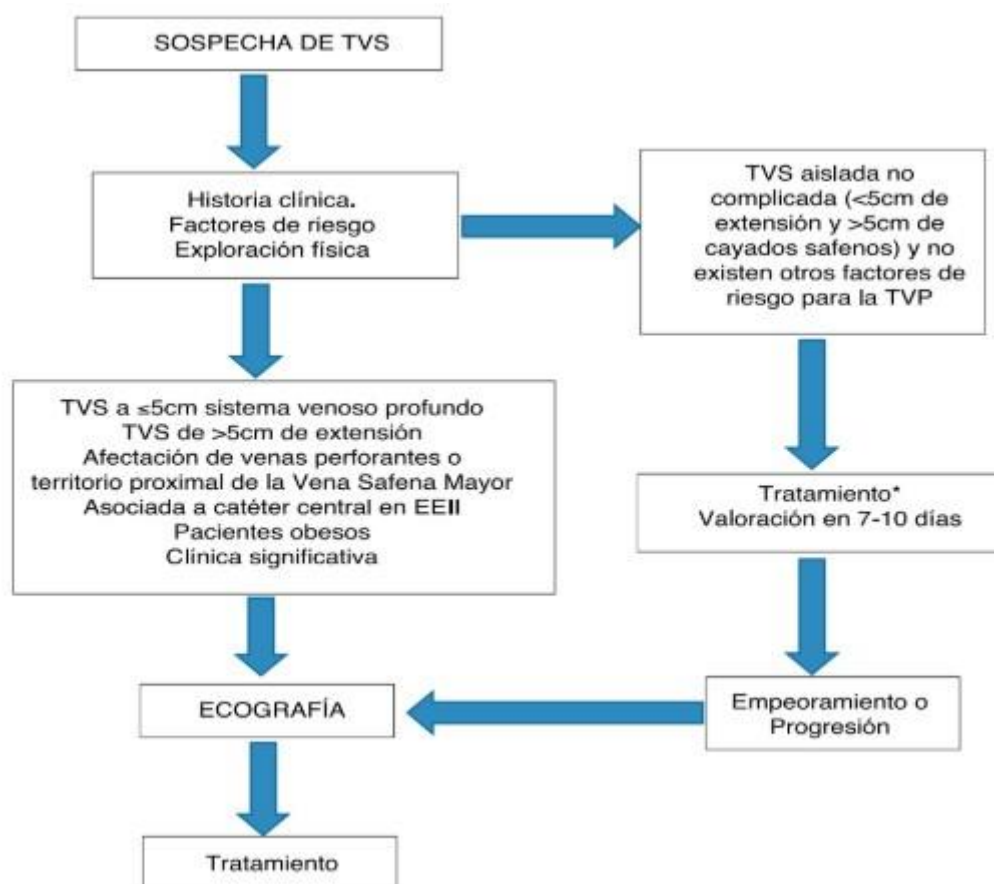


Figura 1. Algoritmo diagnóstico de la TVS. Reproducido de Frías Vargas et al².

El tratamiento de la TVS ha de tener como objetivos aliviar los síntomas locales, prevenir su recurrencia y frenar la extensión del coágulo para evitar las complicaciones embólicas previamente mencionadas².

Las opciones terapéuticas incluyen medidas generales como deambulación precoz, medias de compresión, tratamiento farmacológico anticoagulante sobre el que nos vamos a centrar y en ciertas situaciones tratamiento quirúrgico².

Con respecto a la correcta realización del tratamiento anticoagulante de la TVS se ha establecido un algoritmo de actuación².

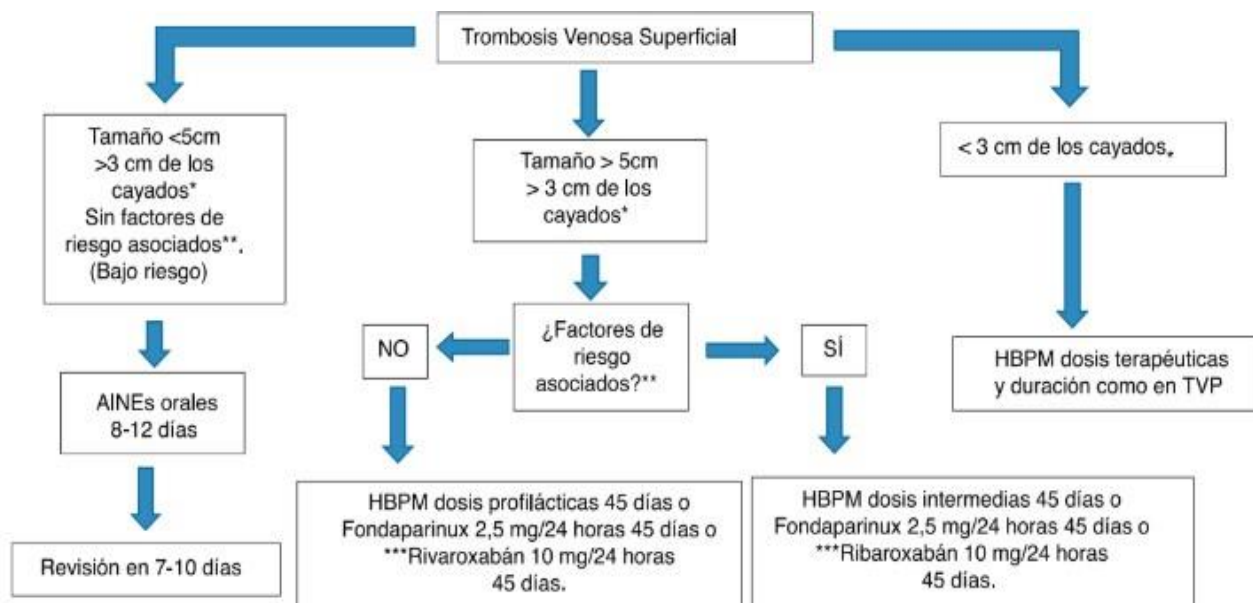


Figura 2. Algoritmo terapéutico de la TVS. Reproducido de Frías Vargas et al².

En el caso de que se encuentre a más 3 cm del cayado safeno-femoral o safeno-poplíteo, con una extensión menor a 5 cm y sin factores de riesgo asociados, el tratamiento consiste en antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) orales (ibuprofeno 400 mg cada 8 horas o naproxeno 500 mg cada 12 horas), con reevaluación a los 7-10 días².

Si la TVS es a más de 3 cm de los cayados, con menos de 5 cm de extensión y presenta síntomas graves o factores de riesgo asociados, está indicado administrar heparina de bajo peso molecular (HBPM) a dosis profilácticas o intermedias (dalteparina 5.000-10.000UI/d, enoxaparina 40-80 mg/día, nadroparina 2.850-5.700UI/día, tinzaparina 4.500-10.000UI/día), o Fondaparinux a dosis profilácticas (2,5 mg/día) durante 45 días^{2,7}.

Para la TVS que se encuentra a más de 3 cm del cayado safeno-femoral o safeno-poplíteo, con una extensión superior a 5 cm, el tratamiento consiste en dosis profilácticas de Fondaparinux 2,5 mg/día o rivaroxabán 10 mg/día, o bien dosis intermedias de HBPM, durante un período de 45 días^{2,7}.

Para la TVS localizada a 3 cm o menos del cayado safeno-femoral o safeno-poplíteo, se recomienda administrar HBPM a dosis terapéuticas, con la misma duración que en el caso de una TVP².

JUSTIFICACIÓN

A pesar de lo explicado anteriormente existen escasos estudios que estudien las diferentes etiologías de la TVS. De la misma manera, no existen estudios que evalúen su implementación en la práctica clínica.

Por ello, parece justificado la realización de un estudio descriptivo en pacientes diagnosticados de TVS en un hospital de tercer nivel para evaluar el proceso diagnóstico y terapéutico de dichos pacientes.

OBJETIVOS

- Objetivo principal:
 - Describir los factores de riesgo, métodos diagnósticos y tratamiento de los pacientes diagnosticados de TVS en un hospital de tercer nivel
- Objetivos secundarios
 - Describir el nivel de adecuación de los tratamientos de un hospital de tercer nivel respecto al que se recomiendan en las principales guías de práctica clínica

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de Estudio

Estudio observacional descriptivo longitudinal y retrospectivo diseñado para describir los factores de riesgo, técnicas diagnósticas y tratamiento realizado en pacientes diagnosticados de TVS.

Ámbito de estudio

Se lleva a cabo la revisión de la historia clínica de pacientes diagnosticados de TVS en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Población

Pacientes mayores de 18 años diagnosticados de TVS del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Criterios de Inclusión

Pacientes de ambos sexos con edad igual o mayor a 18 años diagnosticados de Trombosis Venosa Superficial en el HCUV

Criterios de exclusión

Pacientes que en un primer momento pudieron ser diagnosticados de esta entidad, pero que en vistas sucesivas de descarta la misma mediante prueba de imagen.

Variables

1. Variables sociodemográficas:
 - a. Edad
 - b. Sexo
2. Antecedentes familiares:
 - a. Familiar de primer grado con enfermedad tromboembólica
 - b. En caso de enfermedad tromboembólica: Edad, TVS, TVP, EP
3. Factores de riesgo:
 - a. Enfermedad venosa crónica
 - b. Venas varicosas
 - c. Afectación de pared venosa por agentes externos (catéteres, inyecciones intravenosas...)
 - d. Inmovilización prolongada
 - e. Viajes prolongados
 - f. Traumatismo reciente
 - g. Cirugía reciente
 - h. Embarazo y puerperio
 - i. Obesidad
 - j. Cáncer
 - k. Uso de tratamiento hormonal (anticonceptivos orales combinados o terapia hormonal sustitutiva)
4. Clínica:
 - a. Dolor
 - b. Induración
 - c. Eritema
5. Diagnostico
 - a. Eco Doppler

- b. En caso de ecografía:
 - i. Distancia del cayado (< 3 cm/> 3 cm/no medida)
 - ii. Medición del trombo (< 5 cm/> 5 cm/no medida)
 - iii. Vena afectada (safena interna/safena externa/otras)
- 6. Tratamiento:
 - a. HBPM a dosis anticoagulantes
 - b. HBPM a dosis intermedias
 - c. Fondaparinux
 - d. Rivaroxabán
 - e. Medias de compresión
- 7. Seguimiento
- 8. Complicaciones
 - a. Embolia pulmonar
 - b. Trombosis venosa profunda
 - c. Síndrome posflebítico

Estadística

Todos los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS-22. Las variables cuantitativas se presentan como media (desviación estándar) y las cualitativas como porcentaje. Para comprobar la distribución normal de las variables se realizó una prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las comparaciones entre variables cualitativas se realizaron mediante la prueba de la chi.cuadrado. Las comparaciones entre variables cuantitativas se realizaron mediante la prueba de análisis de la varianza (ANOVA) con comparaciones múltiples a posteriori mediante la prueba de Bonferroni. Se consideran diferencias estadísticamente significativas cuando el valor de la p fue menor de 0,05.

Aspectos Éticos:

- 1. Permiso de la institución, centro y servicio: Sí.
- 2. Aprobación del Comité Ético: Sí.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio un total de 57 pacientes diagnosticados de TVS en extremidades inferiores. La edad media fue de 58,1 ± 15,2 años. La muestra estaba compuesta mayoritariamente por mujeres (71,9 %) frente a un 28,10 % de hombres. Las

mujeres presentaron una edad media superior a los varones (60,39 $\pm$ 16,31 vs 52,25 $\pm$ 10,24, p=0,0293).

	Total N=57	Mujeres=41 (71,9%)	Varones=16 (28,1%)	p
Edad en años (DE)	58,1 (15,2)	60,39 (16,31)	52,25 (10,24)	0,0293
Enfermedad venosa crónica n (%)	30 (52,6)	24 (80%)	6 (20%)	0.2567
Venas varicosas n (%)	36 (63,2)	28 (7,8)	8 (22,2)	0,3854
Obesidad n (%)	24 (42,1)	18 (75)	6 (25%)	0,8875
Inmovilización prolongada n (%)	17 (29,8)	13 (76,5)	4 (23,5)	0,8609
Cirugía reciente n (%)	6 (10,5)	4 (66,7)	2 (33,3)	1
Cáncer n (%)	3 (5,4)	2 (66,7)	1 (33,3)	1
Tratamiento hormonal n (%)	6 (10,5)	6 (100)	0 (0)	0.2553
Embarazo n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1
Viajes prolongados n (%)	2 (3,5)	2 (100)	0 (0)	0.9216
Afectación externa de la pared venosa n (%)	2 (3,5)	2 (100)	0 (0)	1
Traumatismo reciente n (%)	2 (3,5)	2 (100)	0 (0)	0.9216

Tabla 1. Distribución de los factores de riesgo en el estudio en función del género.

En la **tabla 1** se muestran los diferentes factores de riesgo distribuidos por sexo de los pacientes. La presencia de venas varicosas fue el factor más prevalente (63,2 %) seguido de la enfermedad venosa crónica (52,6 %), obesidad (42,1 %) e inmovilización prolongada (29,8 %). Otros factores que también tuvieron relevancia son la cirugía reciente y el tratamiento hormonal (10,5 %). No se objetivan diferencias entre los sexos.

La recogida por parte de los profesionales de antecedentes familiares de enfermedad tromboembólica, fue registrada en el 12,28% de los pacientes (n=7), todos ellos sin antecedentes familiares de enfermedad tromboembólica.

Todos los pacientes refirieron síntomas característicos de la TVS. El dolor fue el más habitual, presente en el 94,7% de los casos; la induración se observó en el 78,9% y el eritema en el 52,6%. Al analizar los síntomas, se vio que el 42,1% de los pacientes presentaban los tres síntomas de forma conjunta. Un 31,6% tenía únicamente dolor junto con induración, sin eritema.

El dolor como único síntoma se registró en el 14% de los casos, mientras que en el 7% se asoció exclusivamente con eritema. Las situaciones en las que no había dolor fueron muy poco comunes: solo un 3,5% de los pacientes presentaron induración y eritema sin dolor, y en el 1,8% únicamente induración.

En lo que respecta al abordaje diagnóstico, un total de 38 pacientes (66,7%) fueron sometidos a estudio mediante Eco Doppler, mientras que en 19 casos (33,3%) esta prueba no se llevó a cabo.

Con la realización del Eco Doppler se pudo determinar que la vena mayoritariamente afectada fue la vena safena interna, trombosada en más de la mitad de los pacientes (57,89%), no pudiéndose valorar en el 33,3% de los pacientes a los que no se les realizó la prueba. El resto, con una proporción mucho menor, tuvieron afectada la vena safena externa (5,26 %) o el cayado safeno femoral (3,51%).

Entre aquellos en los que se realizó el estudio ecográfico, 32 pacientes (84,2%) disponían de mediciones completas, tanto de la distancia al cayado como de la extensión de la trombosis. En cambio, en los 6 restantes (15,8%), estas variables no habían sido registradas.

La correcta elección del tratamiento posterior requiere según el protocolo clínico, conocer si la trombosis se encuentra a menos o a más de 3 cm de los cayados safeno-femoral o safeno-poplíteo, así como si su extensión supera o no los 5 cm. Estas dos mediciones conjuntas determinan el enfoque terapéutico adecuado.

Es por ello por lo que analizamos las combinaciones de las mediciones, con el objetivo de valorar el tratamiento empleado posteriormente. De los 57 pacientes de la muestra, en el 43,9% no se llevó a cabo ninguna medición. En cambio, entre el 56,1% que sí las tenían, la combinación más habitual fue la de una trombosis a más de 3 cm del cayado con una extensión inferior a 5 cm (40,6%). Le siguieron otras combinaciones: <3 cm con >5 cm (28,1%), >3 cm con >5 cm (21,9%) y <3 cm con <5 cm (9,4%).

En el total de la muestra (n = 57) se consideró que todos los pacientes recibieron tratamiento con AINES y/o analgesia convencional. Se observó que 17 pacientes (29,82%) no recibieron tratamiento farmacológico anticoagulante. En el resto de los pacientes (n=40), el tratamiento más empleado fue la heparina de bajo peso molecular (HBPM). La pauta más frecuente fue la dosis intermedia, utilizada en 28 pacientes (49,1%), mientras que la dosis anticoagulante (terapéutica) se administró en 12 casos (21,1%). No se registró la utilización de Fondaparinux ni de Rivaroxabán en ninguno de los pacientes analizados.

A un total de 48 pacientes (84,2%) se les pautaron medias de compresión como parte del tratamiento, frente a 9 (15,8%) pacientes en los que no se contempló esa idea.

En los pacientes con mediciones completas, se analizaron los tratamientos aplicados según las combinaciones clínicas establecidas por la distancia al cayado y la extensión del trombo.

En aquellos con trombosis situada a más de 3 cm del cayado y una extensión inferior a 5 cm, el 84,6% recibió HBPM a dosis intermedia, mientras que en el 15,4% no se documentó ningún tratamiento anticoagulante.

Para la combinación <3 cm y >5 cm, el 88,9% fue tratado con HBPM a dosis terapéutica y el 11,1% con pauta intermedia.

En los casos con ambas variables por encima de los puntos de corte (>3 cm y >5 cm), el 85,7% recibió HBPM intermedia, y en el 14,3% no constaba tratamiento. Por último, en los pacientes con una trombosis más localizada (<3 cm y <5 cm), se utilizó HBPM intermedia en el 66,7% de los casos, y dosis terapéutica en el 33,3%.

En los pacientes que no contaban con ninguna de las mediciones clínicas (n =25), también se analizaron los tratamientos administrados. El 32,0% de ellos recibió HBPM a dosis intermedia y el 12,0% fue tratado con dosis terapéutica. Sin embargo, en el 56,0 % de estos casos no se llevó a cabo ningún tipo de anticoagulación.

En el 9,4% de los pacientes con mediciones completas (n = 3) no se documentó ningún tratamiento anticoagulante. Todas estas situaciones correspondieron a combinaciones con una distancia al cayado superior a 3 cm: dos con extensión <5 cm y una con extensión >5 cm.

Respecto a las complicaciones, se registraron dos casos de trombosis venosa profunda (3,5%), un caso de embolia pulmonar (1,8%) y un caso de síndrome posflebítico (1,8%).

DISCUSIÓN

La TVS es una patología frecuente, y en esta muestra se han identificado varios factores que parecen influir en su aparición, que no difieren de los ya publicados¹⁻³. La mayoría de los casos se dieron en mujeres de edad avanzada asociado principalmente a la presencia de venas varicosas y obesidad. La edad media fue significativamente mayor en mujeres que en hombres (p= 0,0293). Este es un dato que contrasta con lo publicado en otras series de casos, donde las mujeres presentan una edad más joven

debido especialmente a factores de riesgo de tipo reproductivos (anticoncepción hormonal, embarazo, puerperio o terapia hormonal postmenopáusica). En nuestro estudio la escasa presencia de estos factores nos lleva a pensar la mayor prevalencia de insuficiencia venosa crónica en el grupo femenino predispone a la aparición de TVS en edades avanzadas¹¹. La localización más frecuente fue la safena interna, especialmente en pacientes con varices, como recogen también otros estudios².

En cuanto al manejo, se observó una recogida incompleta de variables clave, lo que en muchos casos impidió aplicar el algoritmo diagnóstico-terapéutico. Pero incluso en los pacientes en los que sí se contaba con esa información, el tratamiento no siempre fue el adecuado. En nuestro estudio, la recogida de datos en la historia clínica fue incompleta en el 47,4% de los pacientes. No hay estudios publicados acerca de la recolección de datos en los pacientes con TVS. No obstante, si existen múltiples estudios que ponen de manifiesto la persistente falta de información en la historia clínica debido a que los profesionales no lo registran. En un estudio realizado en consultas de Atención Primaria en Estados Unidos, en el 13,6 % de las visitas no se recogían los datos adecuadamente¹². Otro estudio similar en el Reino Unido, reportó que en el 15 % de las consultas ambulatorias faltaban elementos clave de la historia clínica¹³. Tanto los datos de nuestra muestra como los publicados subrayan la importancia de mejorar los sistemas de información de los servicios sanitarios para reducir la falta de información que puede repercutir en una atención ineficaz e incluso perjudicial para el paciente.

La ecografía Doppler, recomendada como herramienta básica para valorar la extensión del trombo y su proximidad a la unión safeno-femoral, solo se realizó en dos tercios de los pacientes. Además, en varios casos no se recogieron las mediciones necesarias para aplicar el algoritmo terapéutico. Las guías nacionales, como el consenso SEMERGEN-SEACV, insisten en la necesidad de disponer de esta información para clasificar adecuadamente el riesgo y decidir el tratamiento^{2,14}. La ecografía es hoy en día uno de los elementos imprescindibles tanto en la consulta externa como en los servicios de urgencias y hospitalización. Es necesario una mayor implementación de métodos formativos de los facultativos, a la vista de los resultados de nuestra muestra.

En cuanto al tratamiento, se utilizó mayoritariamente HBPM a dosis intermedias. No se emplearon ni Fondaparinux ni anticoagulantes orales directos⁷. En un número significativo de casos, no se administró ningún tipo de anticoagulación a pesar de cumplir criterios clínicos^{7,15}. El ensayo CALISTO demostró que el uso de Fondaparinux en pacientes con TVS ≥ 5 cm o cercana al cayado reduce de forma significativa el riesgo

de progresión a trombosis venosa profunda o embolia pulmonar⁷. También guías internacionales como las de la American College of Chest Physicians (ACCP) recomiendan tratamiento anticoagulante en estos casos¹⁵.

Por otro lado, el papel de los anticoagulantes orales directos (ACOD), aunque no incluido en todos los algoritmos, ha sido explorado en estudios recientes como alternativa a HBPM o Fondaparinux, con resultados prometedores¹⁶. Su ausencia en esta muestra refleja que el único ACOD que hoy en día está financiado en el sistema nacional de Salud es el Dabigatran y que el uso de Fondaparinux no está extendido entre los profesionales. Por ello insistimos en la realización de protocolos diagnósticos y terapéuticos que disminuyan la variabilidad interprofesional en el manejo de las diferentes entidades.

No es algo que ocurra solo en nuestra muestra. El estudio ALTAMIRA, realizado en servicios de urgencias españoles, muestra que hasta un 23 % de los pacientes con TVS no recibieron anticoagulación, y que en muchos casos no se solicitó ecografía¹⁷. Esto pone de manifiesto que la baja adherencia a las recomendaciones es un problema extendido.

Al comparar con otros estudios, se observa que los problemas detectados aquí también ocurren en otras series publicadas. Todo ello señala la necesidad de unificar el abordaje diagnóstico-terapéutico de la TVS para mejorar su manejo y reducir el riesgo de complicaciones.

Más allá de los porcentajes, lo que reflejan los datos es una desconexión clara entre lo que dicen las guías² y lo que se hace en la práctica. No es solo que falten datos: es que, incluso teniéndolos, no siempre se aplicó el tratamiento adecuado.

Aunque no se hizo un seguimiento a largo plazo, en esta muestra sí se registraron algunas complicaciones durante el episodio agudo, como dos casos de trombosis venosa profunda, un caso de embolia pulmonar y otro de síndrome posflebítico. No se puede afirmar que se debieran al manejo recibido, pero llama la atención que varios de estos pacientes no tenían mediciones registradas ni recibieron anticoagulación, a pesar de cumplir criterios según las guías^{2,15}.

El análisis de esta muestra pone de manifiesto la escasa implementación de los algoritmos diagnósticos terapéuticos. El primer problema es la falta de recogida de datos clave, que en casi la mitad de los pacientes impide tomar decisiones ajustadas. Pero más relevante aún es que, incluso cuando sí se disponía de esa información, el tratamiento no siempre fue el adecuado.

La solución a este problema dista de ser fácil. Por un lado, la escasa recogida de datos implica muy posiblemente el escaso tiempo que los facultativos pueden dedicar a los pacientes, así como los deficientes sistemas de información que se utilizan en el sistema sanitario. Por otra parte, es evidente que no se aplican las directivas marcadas por las sociedades científicas, por lo que para su mejora proponemos:

- Realización de protocolos multidisciplinarios e interhospitalarios
- Sesiones formativas de profesionales.

Respecto a las sesiones formativas, hay estudios que han puesto de manifiesto su utilidad en otras patologías. Por ejemplo, para un mejor uso de inhibidores de la bomba de protones, se realizó un curso de capacitación con un análisis anterior y posterior al mismo en el que se evaluaba la correcta prescripción de los mismos. Tras el curso de capacitación se evidencio una mejoría notable tanto en la prescripción adecuada como en la reducción de eventos adversos asociados a los fármacos¹⁸. Creemos que una intervención similar respecto al diagnóstico y tratamiento de la TVS podría tener un efecto similar

Este trabajo tiene limitaciones que hay que tener en cuenta. Al tratarse de un estudio retrospectivo basado en historias clínicas, dependemos de cómo se registró la información en su momento. En algunos casos, no se recogieron las variables necesarias y eso ha dificultado valorar si el manejo fue correcto. Por otra parte, el bajo tamaño muestral no permite extrapolar los datos a la población general.

Además, se trata de una muestra limitada, de un solo centro, y no se ha hecho seguimiento posterior. Por eso no se puede saber si los tratamientos aplicados afectaron o no a la evolución de los pacientes.

A pesar de ello, los datos obtenidos permiten ver errores concretos y dejan claro que hay margen de mejora en la recogida de información y en la forma de aplicar el tratamiento.

En definitiva, los resultados de este trabajo permiten ver que el manejo de la TVS sigue siendo mejorable, no tanto por falta de recursos, sino por cómo se organiza y aplica lo que ya está recogido en las guías

CONCLUSIÓN

La TVS es más frecuente en mujeres de edad avanzada especialmente asociadas a la presencia de venas varicosas u obesidad.

La variabilidad interprofesional es muy alta tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de la TVS. En casi la mitad de los pacientes no se realiza un tratamiento ajustado a las diferentes indicaciones de las Sociedades Científicas.

Son necesarias medidas que reduzcan esta variabilidad interprofesional como una mejora de los sistemas de información, la realización de protocolos multidisciplinarios y una mejora de la formación continuada de los profesionales sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Lozano Sánchez FS, González Porras JR, Torres Hernández JA, Carnicero Martínez JA. La trombosis venosa superficial: ¡No es una enfermedad benigna! *Angiología*. 2020;72:82–9.
- ² Frías Vargas M, García Vallejo O, Vázquez Gómez N, Rial Horcajo R, Carrasco Carrasco E, Moñux Ducajú G, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria y Capítulo Español de Flebología y Linfología de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular: Trombosis venosa superficial de miembros inferiores en Atención Primaria. *Med Fam SEMERGEN*. 2019;45:187–96.
- ³ Jiménez JC, Rosa VS, Santos AJT. Trombosis venosa superficial de extremidades inferiores. *Thrombosis Medicine*. 2021;3:1–17.
- ⁴ Haghshenas J, Haut ER. Venous thromboembolism: prevention, diagnosis, and treatment. In: Cameron JL, Cameron AM, editors. *Current Surgical Therapy*. 14th ed. Philadelphia: Elsevier; 2023. p. 1182–5.
- ⁵ Mondéjar Solís R, Obispo Portero B. Trombosis venosa superficial y cáncer. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM); 2018. Disponible en: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Trombosis_venosa.pdf
- ⁶ Bendapudi PK, Ansell JE. Thrombophilia. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534802/>
- ⁷ Decousus H, Prandoni P, Mismetti P, et al. Fondaparinux for the treatment of superficial-vein thrombosis in the legs. *N Engl J Med*. 2010;363:1222–32.
- ⁸ Ageno W, Squizzato A, Ambrosini F, Dentali F. Superficial vein thrombosis: a current review. *Curr Vasc Pharmacol*. 2012;10:639–645.
- ⁹ Di Nisio M, Wichers IM, Middeldorp S. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg. *J Thromb Haemost*. 2016;14:956–64.
- ¹⁰ Scovell S. Phlebitis and thrombosis of the superficial lower extremity veins. [Internet]. UpToDate. [Consultado 15 Mar 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2lrCKu1>
- ¹¹ Roach RE, Lijfering WM, van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Rosendaal FR, Cannegieter SC. The risk of venous thrombosis in individuals with a history of superficial vein thrombosis and acquired venous thrombotic risk factors. *Blood*. 2013 Dec 19;122(4):4264–9.

¹² Smith PC, Araya-Guerra R, Bublitz C, Parnes B, Dickinson LM, Van Vorst R, Westfall JM, Pace WD. Missing clinical information during primary care visits. JAMA. 2005 Feb 2;293:565-71.

¹³ Burnett SJ, Deelchand V, Franklin BD, Moorthy K, Vincent C. Missing clinical information in NHS hospital outpatient clinics: prevalence, causes and effects on patient care. BMC Health Serv Res. 2011;23;11:114.

¹⁴ Capítulo Español de Flebología y Linfología. Respuestas en trombosis venosa superficial [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.capitulodeflebologia.org/wp-content/uploads/2020/11/2020-RESPUESTAS-EN-TROMBOSIS-VENOSA-SUPERFICIAL.pdf>

¹⁵ Kearon C, et al. Antithrombotic Therapy for VTE Disease: CHEST Guideline. Chest. 2016;149:315–352.

¹⁶ Beyer-Westendorf J, et al. Rivaroxaban for treatment of superficial vein thrombosis: a multicentre feasibility study. J Thromb Thrombolysis. 2020;50:779–786.

¹⁷ Llamas P, et al. Estudio ALTAMIRA. Emergencias. 2021;33:417–423.

¹⁸ Kurlander JE, Laine L, Kim HM, Roberts CB, Saffar D, Myers A, et al. Impact of large scale, multicomponent intervention to reduce proton pump inhibitor overuse in integrated healthcare system: difference-in-difference study. BMJ. 2024; 11;385:e076484.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE EPISODIOS DE TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL



Autor: Gonzalo Luis Barrientos Parrado
Tutor: Dr. Miguel Martín Asenjo

Servicio: Medicina Interna del HCUV
Proyecto de FIN DE GRADO Medicina 2024/2025

UVa

INTRODUCCIÓN

La trombosis venosa superficial (TVS) es una entidad frecuente dentro de las enfermedades tromboembólicas. Aunque tradicionalmente se ha considerado de menor gravedad, se ha demostrado que puede asociarse a complicaciones relevantes como trombosis venosa profunda (TVP) o embolia pulmonar (EP), especialmente en casos mal evaluados o tratados de forma inadecuada. La aplicación de algoritmos para su manejo en la práctica clínica diaria es irregular y frecuentemente limitada por la falta de recogida de datos clave.

OBJETIVOS

1. Describir las características clínicas, factores de riesgo y métodos diagnósticos utilizados en pacientes diagnosticados de TVS.
2. Analizar el tratamiento instaurado, su grado de adecuación a las principales guías clínicas, y las diferencias observadas en su aplicación entre profesionales.
3. Valorar la frecuencia de complicaciones derivadas (TVP, EP, síndrome posflebítico).
4. Detectar carencias en el registro clínico que dificulten la correcta aplicación del algoritmo diagnóstico-terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se analizaron 57 historias clínicas de pacientes con TVS atendidos en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid entre enero y diciembre de 2024. Se recogieron variables clínicas, diagnósticas y terapéuticas, incluyendo complicaciones.

RESULTADOS

- Se incluyeron 57 pacientes con TVS. Edad media: 58,1 años; 71,9 % mujeres ($p=0,029$).
- Se realizó **eco Doppler** en el **66,7%** de los pacientes.
- En el **43,9 % no se registraron datos clave** (distancia al cayado y/o extensión), lo que impidió aplicar el algoritmo terapéutico.
- Entre quienes sí contaban con datos completos, **un 9,4 % no recibió anticoagulación** pese a cumplir criterios clínicos.
- Únicamente se llevó un **manejo adecuado en el 50,9%** de los pacientes.
- No se utilizó Fondaparinux ni Rivaroxabán en ningún paciente.
- Complicaciones observadas: TVP (3,5 %), EP (1,8 %), síndrome posflebítico (1,8 %).

	Total N=57	Mujeres=41 (71,9%)	Varones=16 (28,1%)	P
Edad en años (DE)	58,1 (15,2)	60,39 (16,31)	52,25 (10,24)	0,0293
Enfermedad venosa crónica n (%)	30 (52,6)	24 (80%)	6 (20%)	0,2567
Venas varicosas n (%)	36 (63,2)	28 (7,8)	8 (22,2)	0,3854
Obesidad n (%)	24 (42,1)	18 (75)	6 (25%)	0,8875
Inmovilización prolongada n (%)	17 (29,8)	13 (76,5)	4 (23,5)	0,8609
Cirugía reciente n (%)	6 (10,5)	4 (66,7)	2 (33,3)	1
Cáncer n (%)	3 (5,4)	2 (66,7)	1 (33,3)	1

Tabla1. Distribución de los factores de riesgo más relevantes en el estudio en función del género.

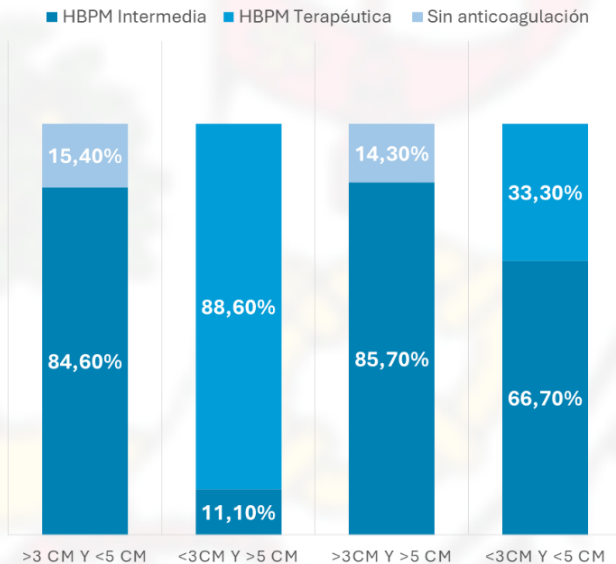


Figura 1. Distribución del tratamiento según la combinación de distancia al cayado y extensión del trombo.

CONCLUSIONES

La TVS es más frecuente en mujeres de edad avanzada especialmente asociadas a la presencia de venas varicosas u obesidad.

La variabilidad interprofesional es muy alta tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de TVS. En casi la mitad de los pacientes no se realiza un tratamiento ajustado a las diferentes indicaciones de las Sociedades Científicas.

Son necesarias medidas que reduzcan esta variabilidad interprofesional como la mejora de los sistemas de información, la realización de protocolos multidisciplinarios y una mejora de la formación continuada de los profesionales sanitarios.