

TEP

Criterios diagnósticos

- Disnea
- Dolor en el pecho
- Hemoptisis
- Síncope
- Alcalosis respiratoria e hipoxemia

Origen del trombo:

La mayoría (90%) se debe a embolos de miembros inferiores (Trombosis Venosa Profunda).

Otro lugar del que pueden provenir estos trombos es del corazón derecho, de tumores que hayan invadido la circulación venosa

Fisiopatología:

1. Formación y desplazamiento del trombo
2. Impactación en la Arteria Pulmonar
3. Sobrecarga del Ventrículo Derecho
4. Falla del Ventrículo Derecho
5. Baja la precarga del Ventrículo Izquierdo
6. Shock Obstructivo (Cardiogénico)

Cuadros Clínicos

1. TEP Masivo:

*Obstrucción de alguna rama principal de la arteria pulmonar en un 30–40%

*Obstrucción de 2 o mas ramas lobales

2. TEP Submasivo:

*Vasos de < calibre. Con Compromiso hemodinámico

3. Infarto de Pulmón:

*Se da cuando fallan los dos circuitos

a) Bronquial paciente con Epoc

b) Pulmonar

4.Hipertensión Pulmonar Crónica:

*Se da en mujeres que toman anticonceptivos orales de forma regular.

Síntomas	Frecuencia
Dolor Tx	88%
Dolor Pleurítico	74%
Disnea	84%
Apreensión	59%
Diaforesis	36%
Tos	53%
Hemóptisis	30%
Síncope	13%

Signos	Frecuencia
Taquipnea	92%
2ºRuido Aumentado	53%
Rales	48%
Taquicardia	44%
Fiebre	43%
TVP	32%
Edema	23%
Cianosis	19%

Estudios Complementarios:

Gases en Sangre:

PO2 baja; PCO2 baja

Alcalosis Respiratoria

ECG

Onda S en d1

Onda Q en d3

Onda T en d3

Trastornos del ST y onda T en v1 a v4

Desvío del eje del QRS

Bloqueo de Rama Derecho

RxTx

Habitualmente se ve normal.

Se puede ver la cuña del infarto de pulmon, si lo hubiera.

Dilatación de la arteria pulmonar y escasez de trama broncovascular

Centellograma V/Q

Se expresa en probabilidad: alta: 2 o mas alteraciones segmentarias de la perfusión, con ventilación normal.

Intermedia: defectos en la ventilación y en la perfusión.

Baja: defectos subsegmentarios en dos o menos areas del pulmón.

Algoritmo de Diagnóstico

1.-RxTx + ECG

2.Centellograma V/Q

Probabilidad baja

Bajo riesgo descartar TEP

Alto riesgo Angiografía

Probabilidad Intermedia

Angiografía

Probabilidad Alta

Tto TEP

Tratamiento

- Anticoagulantes:

a)Heparina 500 U en bolo

b)estudiar imágenes

c)500 a 1000 U en bolo

d)mantener con dosis de 1300 U/h

HACER RTO DE PLAQUETAS TODOS LOS DIAS

e)el tto inicial iv debe durar entre 5 y 10 días

f)Al 5º día dar Warfarina (oral), 5 mg/día

g)a partir del día 10 se saca la heparina.

h)dejar tto al menos 3 meses.

Si no se puede dar Warfarina, seguir con Heparina SC.

2)Terapia trombolítica

*Es la cura a la enfermedad. Pero es cara y no puede usarse en todos los pacientes con tep.

*Está reservada para los pacientes con embolia masiva; con compromiso hemodinámico; con enfermedad cardiopulmonar severa; que no tolerarían cirugía; refractarios.

*Totalmente contraindicada en pacientes que hayan tenido ACV en dos meses, o que tengan HTA severa o traumas recientes, o hemorragias digestivas.

*Complicaciones: Hemorragia y Sangrado intracraneal.

a)Se usa Estreptoquinasa 250.000 U/30min,

b)luego 100.000 U/hora por 24–72hs

c)cuando baja el KPTT se sigue con heparina

3)Filtro en Vena Cava Inferior:

indicaciones:

a)recurrencia de tep a pesar del tto

b)pte con cotraindicación absoluta para anticoagulantes.

c)Profilaxis en pacientes con tep de alto riesgo en los que cualquier recurrencia puede ser fatal.

d)Tromboembolismo séptico

4)Embolectomía:

se hace solamente cuando falla todo lo mencionado arriba; si hay historia de úlcera péptica o si hay sangrado digestivo.

Es una cx muy complicada y riesgosa.