



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA**

Componente práctico del examen complejo previo a la obtención del grado académico de licenciatura en Terapia Respiratoria.

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 73 AÑOS DE EDAD CON TROMBOEMBOLISMO
PULMONAR**

AUTOR:

SAMANTHA VALENTINA RAMOS MOSQUERA

TUTOR

Q.F. MAITE MAZACON MORA

BABAHOYO-LOS RIOS-ECUADOR

2021

Contenido

TITULO DEL CASO CLINICO	3
DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	4
RESUMEN.....	5
INTRODUCCION.....	6
MARCO TEORICO	7
1.1 Justificación	17
1.2 Objetivos.....	18
1.2.1 Objetivo general.....	18
1.2.2 Objetivos específicos.....	18
1.3 Datos generales.....	19
II METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	20
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.	20
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual. Anamnesis.....	20
2.3 Examen físico. Exploración física.....	20
2.4 Información de exámenes complementarios realizados	21
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial, y definitivo	22
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos realizar.....	22
2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	22
2.8 Seguimiento	23
2. 9 Observaciones	25
CONCLUSIONES.....	26
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	27

TITULO DEL CASO CLINICO

PACIENTE FEMENINO DE 73 AÑOS DE EDAD CON TROMBOEMBOLISMO

PULMONAR

DEDICATORIA

El presente caso clínico lo dedico a mi madre por ser la persona que ha estado conmigo en todo momento a Dios por ser mi todo, a mi hijo mi razón de vida, y a todos aquellos que fueron parte importante de mi vida a todos ellos gracias.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios a mis padres, a mi familia por estar siempre junto a mí.

Agradezco también a mis docentes de la Universidad Técnica de Babahoyo por todo el apoyo recibido.

Gracias a mi tutora Q.F. Maite Mazacon Mora por todo el apoyo recibido

RESUMEN

El tromboembolismo pulmonar también se la denomina embolia pulmonar, esto sucede cuando hay un desprendimiento de un trombo que se encuentra en alguna arteria o vena y este viaja y se adhiere en arterias pulmonares, es altamente mortal, cuando no se diagnostica a tiempo, esto en gran parte porque es una enfermedad sigilosa y algunas veces difíciles de diagnosticar.

El tromboembolismo pulmonar puede atacar a cualquier persona, pero existe factores de riesgo que incrementa el riesgo, como cirugías previas, personas con mala circulación, inmovilización extendida entre otros.

El tratamiento más usado es el anticoagulante, siempre y cuando no haya algún tipo de contraindicación, el uso correcto influye en su eficacia a corto o largo plazo.

Los exámenes complementarios son imprescindibles para la utilización de la terapia correcta, el objetivo del tratamiento es evitar los tromboembolismo recurrentes y o la expansión de este.

Palabras claves: tromboembolismo, anticoagulantes, heparina, trombo, traumatismo

INTRODUCCION

El tromboembolismo pulmonar o embolia pulmonar se da cuando se desprenden partes de un trombo que está en alguna parte del territorio venoso estos viajan y adhieren en arterias pulmonares, esta enfermedad es potencialmente mortal.

La mayor parte de los émbolos se desarrollan en los miembros inferiores.

Los síntomas son inespecíficos por lo que no es fácil su diagnóstico y las alteraciones hemodinámicas tienen que ver con varios factores como tamaño y número de émbolos, así como el estado respiratorio y cardiaco que la paciente tenía anteriormente. El mejor método de diagnóstico es mediante exámenes de laboratorio y una valoración exhaustiva de las condiciones generales del paciente para ya una vez comprobado el cuadro realizar el tratamiento respectivo.

Este presente caso clínico se lo realiza para profundizar el estudio de todo lo referente a esta patología muy común en el área respiratoria. En el caso puntual de la paciente femenina de 73 años con tromboembolismo pulmonar no solo estudiamos los factores que desencadenaron la patología, sino que también el tratamiento indicado para su caso específico el cual al ser administrado a tiempo tuvo el efecto deseado.

MARCO TEORICO

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

El tromboembolismo pulmonar es una enfermedad la cual inicia frecuentemente de forma silenciosa, la mayor parte de los pacientes con tromboembolismo no son diagnosticados de forma precoz. Este coagulo dependiendo de su dimensión puede o no causar síntomas, esta es una complicación de la trombosis venosa profunda que se origina, por lo general en los miembros inferiores, esto genera el cierre absoluto o incompleto de la circulación pulmonar.

El tromboembolismo pulmonar tiene una entidad patológica de complicado diagnóstico, ya que su sospecha, en la mayor parte de los casos, esta basado en elementos clínicos inespecíficos. (R, 2012)

La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) conforma un espectro de un mismo grupo que posee a la trombosis venosa profunda (TVP) y la tromboembolia pulmonar (TEP), surge como una dificultad de diferentes padecimientos heterogéneos. La primordial base de inicio es el surgimiento de un trombo en el sistema arterial de miembros inferiores que dirige una trayectoria de embolización al corazón derecho, para después finalizar en la circulación arterial pulmonar. La patogenia de la ETV circula en situaciones externas o congénitas como lo son los factores de riesgo, el análisis de estos determina un mayor soporte en el diagnóstico, la posibilidad puede llegar a ser aproximada mediante modelos de predicción.

La TVP puede afectar prácticamente a cualquier persona. No obstante, algunos factores incrementan el riesgo de padecer esta afección. Las probabilidades aumentan aún más en el caso de quienes tienen más de un factor de riesgo en esos momentos. (CDC, 2020)

La TEP tiene un extenso rango en su presentación, comenzando con no tener tanta relevancia hospitalaria hasta condicionar un embolismo grave con muerte súbita. Los signos y síntomas no son específicos, las alteraciones hemodinámicas tienen relación de manera directa al tamaño, número de émbolos, al estado respiratorio y cardíaco presentes desde un principio.

Los estudios de laboratorio y de gabinete son necesarios para evaluar las condiciones generales del enfermo y emprender una terapéutica adecuada. La anticoagulación base en niveles terapéuticos adecuados influye en la eficacia a corto y largo plazo. El objetivo del tratamiento es evitar los embolismos concurrentes o la expansión del trombo, el pronóstico con el tratamiento de la ETV son dependientes a las enfermedades coexistentes, tales como enfermedad cardiovascular y la presencia de malignidad.

SÍNTOMAS

El 50% de las trombosis venosas profundas de extremidades inferiores terminan en el pulmón, la mayor parte de forma silenciosa, pero una vez presente el tromboembolismo pulmonar podemos reconocer los siguientes

síntomas: disnea, dolor torácico tipo pleurítico, hemoptisis, síncope y tos.
(Florenzano, 2015)

El tener pleno conocimiento de los síntomas y signos del tromboembolismo pulmonar ayuda a evitar el retraso en los diagnósticos y por ende la morbilidad asociada. “En un 90% de los casos la sospecha de TEP se plantea en base a signos clínicos, junto a la presencia de factores de riesgo, presente en el 75%-94% de los casos”. (García Sanz, 2012)

FACTORES DE RIESGO

Entre los factores de riesgo que pueden desarrollar el tromboembolismo tenemos: los traumatismos relevantes, la cirugía mayor, las lesiones de miembros inferiores y el daño espinal. (SEMI, 2018)

Los factores de riesgo como el tromboembolismo venoso reciente, una cirugía previa (cirugía neurológica, cirugía ortopédica, de extremidades inferiores, cirugía relacionadas al cáncer pélvico, abdominal o torácica, trasplante de riñón y cirugía cardiovascular), obesidad (IMC mayor a 25 kg/m²), inmovilización, malignidad (producción fuera de lo normal de pro coagulantes o causado por la quimioterapia), la terapia hormonal de sustitución postmenopáusica, anticonceptivos orales y avanzada edad reconocen a los pacientes con poco umbral para TEP y en quienes es conveniente descartarla. Es necesario tomar en cuenta una predisposición genética a trombosis en pacientes las cuales se les haya documentado un episodio trombótico inexplicado, en menores de 40

años, con episodios de TEP y TVP periódico e historia familiar positiva, lo anterior únicamente indica acerca una quinta parte de los casos.

La presencia de trombos arteriales pulmonares con repercusión hemodinámica, deben ser descartados como prioridad en pacientes de alto riesgo; ya que estos trombos pueden ser múltiples, grandes y de localización proximal. (Torbicki, 2010)

Las causas mayormente comunes son la resistencia a la proteína C activada (generada debido a una mutación puntual del factor V en el 90% de los casos), mutación del factor II20210A, hiperhomocisteinemia, deficiencia de antitrombina III, proteína C y proteína S.

El TEP representa un espectro de síndromes clínicos con implicancias pronosticas muy distintas. (Aizman, 2021)

La presencia o ausencia de factores de riesgo para TEP es un factor primordial en la evaluación de su probabilidad, no obstante, debería de reconocerse que el riesgo aumenta de forma proporcional al número de factores presentes y a la edad.

ETIOLOGIA

El TEP agudo tiene variaciones en la hematosi y a nivel circulatorio, quien activa la vía fisiopatología que lleva a TEV7 es la triada de Virchow. La circulación lenta, la infección o inflamación relacionada de la pared endotelial de los vasos dirige a un reclutamiento de plaquetas que liberan polifosfatos, que son partículas procoagulantes y mediadores proinflamatorios. Las plaquetas que son activadas así mismo reaccionan con neutrófilos y provocan la emanación de su material nuclear. Los neutrófilos crean una estructura extracelular llamada trampa extracelular de neutrófilos, la cual genera la agrupación plaquetaria y la creación de trombina. Los trombos venosos, especialmente a nivel de extremidades inferiores, pueden llegar a separarse, desplazarse por la circulación venosa hacia el ventrículo derecho para mantenerse en las arterias pulmonares.

La principal causa de hipoxemia en el TEP está causada por la existencia de zonas pulmonares que poseen una mala perfusión y buena ventilación (desigualdad ventilación/perfusión). (AEP, 2019)

En las venas profundas pélvicas y de la pierna proximal aparecen los trombos más comunes causantes de la TEP, en cambio los trombos venosos que se encuentran a nivel de la pantorrilla llegan a ser más pequeños y no tienen tanto riesgo para TEP, no obstante por ser tan pequeños con mayor posibilidad podrían migrar por medio de una abertura natural existente en la cavidades del corazón y causar un tromboembolismo paradójico concluyendo por migrar a la

circulación arterial sistémica; los trombos venosos producidos por los miembros superiores extrañamente crean TEP. La vasoconstricción de la vasculatura pulmonar inducida por TEP es causada por la liberación de tromboxano A2 y serotonina. El gran incremento de las resistencias vasculares pulmonares resulta en la extensión del ventrículo derecho (VD), un VD dilatado sufre una variación en su tiempo de contractilidad lo que genera una desvinculación con el ventrículo izquierdo (VI) ocasionando una desviación del septo interventricular hacia la izquierda.

METODO DE DIAGNOSTICO

La historia clínica correctamente realizada para puede evaluar cualquier patología médica, y se pueden complementar con el uso de escalas de tamizaje como la de Wells, que comprueban la posibilidad real de un tromboembolismo pulmonar agudo, que se comprobara el diagnóstico a través de estudios especializados como el angio TAC. El diagnóstico esta basados en distintos pilares como la sospecha clínica, datos analíticos y prueba de imagen. Para verificar la sospecha clínica, se ejecutan escalas clínicas (Wells o Ginebra) considerablemente comprobadas y estandarizadas que se puede usar como primer paso al intentar establecer un diagnóstico a una persona con sintomatología de tromboembolismo en urgencias. Si el valor de la escala da un valor considerado de riesgo, se procede con la práctica del dímero D, esto se realiza en el caso de que el paciente esta hemodinámica mente estable.

La simple auscultación cardiaca y pulmonar puede mostrar datos que permitan sospechar al médico la existencia de una embolia pulmonar. (DISCAPNET, 2015)

Hay otros métodos menos sensibles y no tan específicos que podrían visorar alguna sospecha si son realizados, no obstante, su uso como exámenes de rutina cuando se tiene alguna sospecha de TEP en los pacientes esta descartado. La radiografía de tórax suele no estar alterada, pero por otro lado estas alteraciones no suelen ser exactas, se puede visorar atelectasias, derrames, etc., una radiografía normal incluye el diagnóstico y sirve para rechazar otras causas de dolor torácico o disnea. Entre las anomalías definidas están el signo de Westermark; giba de Hampton, y signo de Palla.

En análisis realizados sobre diferentes autopsias, se comprobado la gran repercusión de trombos en el árbol vascular pulmonar todos ellos, en personas en los que no hubo sospecha de TEP. (Montesinos, 2010)

Una taquicardia sinusal en los casos leves se puede llegar a localizar a partir del uso de un electrocardiograma (ECG) sin alteraciones; un hallazgo de fibrilación auricular no conocida puede descubrir la existencia de TEP.

Angiotomografía Computada de Tórax Helicoidal Multicorte: es la prueba más elegida para el diagnóstico de TEP, por su gran sensibilidad (94%), especificidad (100%) y valor predictivo negativo (99%). Las imágenes de tórax

son generadas con ≤ 1 mm de resolución en un lapso corto de apnea. Es probable observar ramas de sexto orden con una resolución superior que la de la angiografía normal.

TRATAMIENTO

Todos los pacientes con un diagnóstico de TEP grave, a excepción que posea alguna contraindicación, debe administrarse de manera correcta y temprana heparina no fraccionada o heparina de poco peso molecular para ser anticoagulado. El uso de heparina no fraccionada HNF es el esquema clásico de iniciación de terapia en TEP se administra a través de intravenosa debe comenzarse con un bolo de 80 UI/kg o 5.000 UI, después una infusión constante de intravenosa de 18 U/kg/hora o 1.300 UI/hora, se ajusta la dosis según el tiempo de la tromboplastina temporal activado (TTPA). El tratamiento con HNF debe estar presente por al menos 5-7 días, para obtener el tiempo de control de TTPA de 1,5 a 2 veces más. En cambio, la heparina de poco peso molecular (HBPM) es una alternativa diferente que posee otras notables ventajas frente a la HNF. La HBPM no necesita monitorización, posee una menor presencia de trombocitopenia inducida por heparina (TIH) y al poder aplicarse por vía subcutánea permite finalizar el tratamiento en los domicilios de los pacientes, ahorrando costos y brindando una mejor calidad de vida.

Los pacientes con insuficiencia renal, se debe aplicar la HBPM con mucho cuidado y necesitaran monitorización (concentración de anti-Xa). No obstante, así mismo, el control de plaquetas al día 4 y 7 de tratamiento con HBPM es

muy recomendable de realizar, de igual forma que con las HNF, la dosis adecuada de la enoxaparina es de 1 mg/kg de peso dos veces al día es para la detección de una potencial TIH, si el paciente tiene normal la función renal. El Fondaparinux es un inhibidor selectivo del factor Xa, es una alternativa a las HBPM. Se aplica por vía subcutánea en dosis aplicadas según el peso corporal.

La solución veloz de la obstrucción tromboembólica es el tratamiento trombolítico y posee efectos beneficiosos en los parámetros hemodinámicos. La trombolisis es el tratamiento de primera elección en pacientes con TEP e inestabilidad hemodinámica, determinado por la presencia de falta en el ventrículo derecho o hipotensión arterial constante no ocasionada por una arritmia de iniciación temprana, hipovolemia o sepsis.

En TEP de alto riesgo con contraindicación permanente o relativa a la trombolisis sistémica está indicado el tratamiento endovascular, o en internados que fueron involucrados a trombolisis sistémica, sin embargo, no logran restablecer el estatus hemodinámico ni ventilatorio.

Remover o descomponer el trombo que causa obstrucción en la arteria pulmonar base es la finalidad de la intervención percutánea, y de esta manera, reducir la firmeza vascular pulmonar (la post carga del ventrículo derecho) y restablecer la función ventilatoria y el gasto cardíaco. las intervenciones

endovasculares para el TEP pueden realizarse como una iniciativa cuando existen algunas contraindicaciones en específicas a la trombolisis sistémico como una opción mínimamente invasiva a las habituales terapias endovasculares involucran algún dispositivo para reducir la carga de trombo a nivel del árbol vascular pulmonar, ya sea por fragmentación, aspiración o terapia neolítica.

1.1 Justificación

El presente caso clínico se lo realizo porque es muy importante conocer sobre el tromboembolismo pulmonar ya que es una enfermedad grave que afecta tanto a hombres como mujeres teniendo un elevado índice de mortalidad estudios indican q van de 1 en 1000 habitantes, aunque este número puede ser mucho mayor.

Al ser el tromboembolismo pulmonar una enfermedad poco conocida y muchas veces diagnosticada de forma tardía debido a sus síntomas inespecíficos, es muy importante el desarrollo de estos casos de estudios para afianzar más en el conocimiento de esta, y actuar de manera oportuna cuando se creamos que estamos frente a ella.

El tromboembolismo pulmonar es un desafío para los terapistas y personal de la salud debido al amplio espectro en cuanto a sintomatología ya que no tiene una específica y difiere entre paciente y paciente aparte de que es una enfermedad con alta mortalidad y que puede afectar a cualquier sujeto.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

- Establecer oportunamente un diagnóstico de tromboembolismo pulmonar, para iniciar el tratamiento adecuado.

1.2.2 Objetivos específicos

- Conocer sobre los protocolos de manejo a pacientes con tromboembolismo pulmonar.
- Reconocer los factores de riesgo que puede desencadenar un tromboembolismo pulmonar.
- Identificar el tratamiento adecuado en la paciente con tromboembolismo pulmonar.

1.3 Datos generales

Nombre: NN

Edad: 73 años

Sexo: femenino

Estado civil: viuda

Hijos: 3

Profesión: ama de casa

Nivel socioeconómico/sociocultural: medio

Estudios: secundaria

Domicilio: San Juan Pueblo Viejo

Peso: 65 kg

Talla: 1.50 m

II METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Paciente femenina de 73 años de edad acude a emergencia por presentar manifestaciones clínicas de dificultad respiratoria de 24 horas, una alta sensibilidad y fiebre no cuantificada. Antecedentes patológicos refiere una cirugía de reparación de fractura femoral de hace 15 días. Padres con hipertensión, no refiere alergias medicamentosas, alergia al polvo, ácaros y polen, sin hábitos tóxicos.

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual. Anamnesis

Paciente femenina de 73 años acude a emergencia por presentar un cuadro de disnea con un día de evolución esto está acompañado por una sensibilidad alta y fiebre no cuantificada.

Refiere que fue sometida hace 15 días a una cirugía de reparación de fractura femoral. Se ingresa por sospecha de neumonía además de un shock séptico. Se procede a realizar los exámenes pertinentes y realizar el diagnóstico e iniciar el tratamiento respectivo.

2.3 Examen físico. Exploración física

Presión arterial: 100/50

Frecuencia respiratoria: 40 res/min

Frecuencia cardiaca: 110 lat/min

Temperatura: 38.5°

Saturación: 90%

FiO₂: 21%

Uso de músculos intercostales

Murmullo vesicular presente

Roncus bilaterales

Abdomen suave deprecible, equimosis periumbilical

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

Gasometría arterial

PaO₂: 80mmHg

PaCO₂: 35mmHg

pH: 7,3

HCO₃: 17.7 mEq/litro

saturación: 90%

Hemograma

Hemoglobina 142 g/L

Hematocrito 0,46%

Glucemia 6,4 mmol/L

Leucograma 12,0x10⁹ mmol/L

Tiempo de sangrado 1 minuto

Tiempo de protrombina 17 minutos

Kaolin 37 segundos

Electrocardiograma evidencia taquicardia sinusal acompañada de patrón electrocardiográfico S1Q3T3

Dímero D 4.92

Radiografía de tórax, infiltrado pulmonar en ambos campos pulmonares.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial, y definitivo

Presuntivo: neumonía

Diferencial: tromboembolismo pulmonar

Definitivo: tromboembolismo pulmonar

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos realizar.

El tromboembolismo pulmonar es una enfermedad tan frecuente y con una alta morbimortalidad, por lo tanto, se trata al paciente con oxígeno complementario y soporte hemodinámico, en cuanto el diagnóstico sea confirmado se debe iniciar el tratamiento con anticoagulantes o una infiltración de vena cava.

2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

Si consideramos los valores reflejados por la paciente, frecuencia respiratoria: 40 res/min, presión arterial: 100/50 mmHg, frecuencia cardíaca: 110 lat/min, temperatura: 38.5°, saturación: 90%, realizando el comparativo con los valores normales, frecuencia respiratoria: 16-20 res/min, presión arterial: 120/80 mmHg, frecuencia cardíaca: 80-100 lat/min, temperatura: 36.5°, saturación: 99%, se procede a la realización de los exámenes respectivos para de esta

manera comenzar con el tratamiento respectivo para contrarrestar los síntomas y superar la patología.

2.8 Seguimiento

Día 1

Paciente femenina de 73 años acude a emergencia por presentar un cuadro de disnea con un día de evolución, acompañado por una elevada sensibilidad y fiebre no cuantificada.

Refiere que fue sometido hace 15 días a una cirugía de reparación de fractura de fémur. Se procede a ingresarlo por sospecha de neumonía además de un shock séptico. Se ingresa al paciente en área respiratoria por posible caso de neumonía se administra oxígeno suplementario para compensar la falta de este se administra además un antipirético para contrarrestar la fiebre, se procede orden para toma de exámenes complementarios.

Día 2

Después de realizarse los respectivos exámenes complementarios se llega al diagnóstico definitivo de tromboembolismo pulmonar teniendo en cuenta que la paciente refiere una cirugía hace 2 semanas uno de los factores de riesgo que causa esta patología. Se procede a llevarlo a otra área donde será tratado de la manera correcta, se sigue con la administración de oxígeno mediante cánula nasal a 4 litros por minuto.

Día 3

Al no tener respuesta satisfactoria en la paciente se procede a pasarla a cuidados intensivos donde se inicia la profilaxis tromboembólica. En esta área se realiza el Dímero D para con este confirmar el diagnóstico de

tromboembolismo pulmonar, dando como resultado 4.92 confirmando el diagnóstico anteriormente planteado, se le suministra al paciente oxígeno mediante una máscara de reservorio a 7 litros por minuto

Día 4

Se comienza el uso de heparina no fraccionada a dosis convencionales y se realiza trombectomía retirando el coágulo y reparando el vaso sanguíneo.

Día 5

Se continúa con el tratamiento prescrito sin mostrar algún cambio significativo.

Día 6

Se comienza a notar mejoría con respecto a los parámetros iniciales ya se pretende cambiar el dispositivo de ventilación mecánica no invasiva por una de menos flujo.

Día 7

La paciente se recupera satisfactoriamente después en una gasometría se constata que la saturación está mejorando por lo tanto se cambia a una cánula nasal a 3 litros por minuto, preparando para un destete progresivo. Se sigue con el tratamiento de heparina no fraccionada. Sale de UCI y se la coloca en una habitación para seguirla monitoreando.

Día 8

La saturación de la paciente se reestableció en un 99% por lo tanto se retira el soporte ventilatorio y se espera que termine el tratamiento con heparina para darle el alta médica.

Día 9

Una establecidos todos los parámetros normales en la paciente tanto hemodinámicos como respiratorios se procede con el alta médica.

2. 9 Observaciones

Se le recomienda a la paciente realizar caminatas leves para mantener la circulación de la sangre en las piernas, también se le explica si tiene que realizar largos viajes caminar cada hora si es posible.

Llevar un estilo de vida saludable, continuar con los medicamentos establecidos por el médico tratante.

CONCLUSIONES

Después de una revisión exhaustiva del caso de estudio presentado anteriormente, se puede llegar a la conclusión que gracias a todas las decisiones tomadas se logró un tratamiento exitoso, esto es gracias al conjunto de medidas implementadas, así como los fármacos y equipo médico usados, además de la habilidad clínica desarrollada para elegir los métodos terapéuticos más eficaces que lograron con éxito el diagnóstico y posterior tratamiento evitando complicaciones y un desenlace fatal.

El tromboembolismo pulmonar es una enfermedad más frecuente de lo que se cree además de ser altamente mórbida y mortal, una vez que se ha tenido un tromboembolismo es más susceptible a presentar otro por eso es muy importante los controles médicos, así como el cuidado que se debe tener para evitar futuras complicaciones.

Se debe poner especial énfasis en pacientes postquirúrgicos que tienen que estar en inmovilización prolongada ya que este es uno de los factores de riesgo para el desarrollo de tromboembolismo pulmonar, realizando pequeños ejercicios para dar algo de movilidad y evitar este riesgo.

Es importante el reconocer el tipo de tromboembolismo para iniciar el tratamiento correspondiente, si es un tromboembolismo masivo con un cateterismo y una tromboectomía además de anticoagulantes heparina superar esta patología. Los anticoagulantes serán administrados por un promedio de seis meses, pero puede llegar a ser de por vida dependiendo de las circunstancias.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

AEP. (2019). Pulmonary thromboembolism in children. *AEP*, 34.

Aizman, A. (2021). Estratificación de riesgo y dilemas TEP. *Revista Chile*, 1491.

CDC. (1 de Julio de 2020). *CDC*. Obtenido de
<https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/dvt/facts.html>

DISCAPNET. (3 de Diciembre de 2015). *DISCAPNET*. Obtenido de
<https://www.discapnet.es/areas-tematicas/salud/enciclopedia/tromboembolismo-pulmonar>

Florenzano, J. S. (mayo de 2015). *Elsevier*. Obtenido de
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-diagnostico-y-tratamiento-del-tromboembolismo-S0716864015000681>

Garcia Sanz, P. A. (enero de 2012). *SciELO*. Obtenido de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272012000100010

Montesinos, R. G. (2010). *TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: VALORACIÓN EN URGENCIAS*. Malaga: Santa Ines.

R, M. A. (2012). Tromboembolismo pulmonar: El valor de la clínica. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 239.

SEMI. (5 de Mayo de 2018). *SEMI*. Obtenido de
<https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/tromboembolismo-pulmonar>

Torbicki, A. (2010). Enfermedad tromboembólica pulmonar. Manejo clínico.
Revista Española de Cardiología, 833.

ANEXOS

