

TROMBOSIS VENOSA EN PACIENTE PORTADORA DE MARCAPASOS

Plan de cuidados individualizado

VENOUS THOMBOSIS IN A PATIENT WITH A PACEMAKER

Individualized Care Plan

Autores

Celia Solaz Ródenas¹, Mónica Roselló Hervás²

¹ Enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

² Enfermera de la Unidad de Electrofisiología y arritmias del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

DOI: <https://doi.org/10.59322/91.4858.EM2>

Dirección para correspondencia

Celia Solaz Ródenas
Calle de la Pilota Valenciana 5-12
Alaquas. 46970. Valencia

Correo electrónico

celiasolazrodenas@gmail.com

Resumen

- ▶ La trombosis venosa es la obstrucción parcial o completa del lumen de un vaso venoso causado por un trombo de fibrina. Esto provoca una reducción del aporte sanguíneo a los tejidos circulantes acompañada de una reacción inflamatoria.
- ▶ Presentamos un caso de trombosis venosa profunda de extremidad superior tras la inserción de marcapasos definitivo por vena axilar izquierda en mujer de 77 años.
- ▶ La paciente presenta dos factores más de riesgo protrombótico: un déficit de proteína S y una infección por Covid 19, que también podrían influir en el caso presentado, pero que descartamos tras la revisión bibliográfica. Concluimos que se trata de una trombosis venosa profunda secundaria, adquirida y provocada, ya que la causa principal del evento trombótico ha sido el implante del marcapasos.
- ▶ Desarrollamos un plan de cuidados individualizado para el caso presentado. Se utilizaron los patrones funcionales de Marjory Gordon para llevar a cabo la valoración y resolución de los problemas de salud de la paciente, aplicando la taxonomía NANDA, NOC, NIC.
- ▶ Es para el personal de salud, en general de gran importancia, conocer los factores involucrados en el desarrollo de este tipo de patología, así como su abordaje para diagnóstico, manejo y cuidados de enfermería más apropiados para esta complicación, teniendo en cuenta que es una complicación poco usual de la cual se cuenta con escasa información que respalde su adecuada evolución. En nuestro caso, fue determinante en su mejoría el uso de vendaje de compresión ortopédica.

Palabras Clave: trombosis venosa profunda, marcapasos, deficiencia de la proteína S, infección por el virus COVID-19, planes de cuidados.



Abstract

- ▶ Venous thrombosis is the partial or complete obstruction of the lumen of a venous vessel caused by a fibrin thrombus. This results in a reduction of the blood supply to the circulating tissues accompanied by an inflammatory reaction.
- ▶ We present a case of deep venous thrombosis in the upper limb following the insertion of a permanent pacemaker via the left axillary vein in a 77-year-old woman.
- ▶ The patient presented two additional prothrombotic risk factors that could also affect the case presented: protein S deficiency and COVID-19 infection, which we ruled out following a literature review. We concluded that this was a secondary, acquired, and provoked deep venous thrombosis as the main cause of the thrombotic event was the implantation of the pacemaker.
- ▶ We developed an individualized care plan for the case presented. Marjory Gordon's functional health patterns were used to evaluate and resolve the patient's health problems applying NANDA-NOC-NIC taxonomies.
- ▶ For healthcare personnel in general, it is of great importance to understand the factors involved in the development of this type of pathology, as well as the most appropriate approach for diagnosis, management, and nursing care for this complication. In particular, considering that this is an unusual complication for which there is limited information available to support its proper evolution. In our case, the use of orthopedic compression bandaging was decisive in the patient's improvement.

Keywords: deep venous thrombosis, definitive pacemaker, protein S deficiency, COVID-19 infection.

Introducción

La trombosis venosa profunda (TVP) es la obstrucción parcial o completa del lumen de un vaso venoso causado por un trombo de fibrina. Esto provoca una reducción del aporte sanguíneo a los tejidos circulantes acompañada de una reacción inflamatoria con capacidad de embolizar. La incidencia es mayor en las extremidades inferiores que en las superiores debido a que en las extremidades superiores hay mayor movilidad de los miembros y por tanto mayor circulación y menor estasis^{1,2}.

Aunque la trombosis venosa en extremidades superiores (TVPES) puede darse en cualquier vena del drenaje del miembro superior, los vasos más afectados son las venas subclavias (62%), venas axilares (45%) y venas yugulares (45%)³.

Las causas de la TVPES se pueden clasificar en dos grandes grupos: TVPES primaria y TVPES secundaria. La TVPES primaria es poco frecuente y está relacionada con un esfuerzo o movimiento repetitivo de la extremidad su-

perior que causa hipertrofia de los músculos escalenos (pintores, jugadores de tenis, escaladores, nadadores...). La TVPES secundaria es la más frecuente (80% de los casos)³. Las causas pueden ser muy diversas. Una de ellas es la presencia de un cuerpo extraño en el sistema venoso (inserción de un catéter central, marcapasos o desfibrilador). Estos catéteres pueden producir un daño en la pared vascular que eleva los niveles de citoquinas inflamatorias en la sangre produciendo mayor coagulabilidad⁴.

Otra de las causas de TVPES puede ser una deficiencia de proteínas C y S, vitaminas K dependientes, y sintetizadas en el hígado. Esta deficiencia puede ser hereditaria o adquirida, esta última por enfermedades hepáticas o por déficit de vitamina K. El resultado es la pérdida de propiedades anticoagulantes naturales, produciendo una generación de trombina incontrolada que provoca tromboembolismo^{5,6}.

Después de la pandemia de COVID-19 se han hecho múltiples estudios que han de-



mostrado que esta patología también es un factor de riesgo de trombosis venosa profunda⁷. Un porcentaje elevado de pacientes hospitalizados con COVID-19 presentan cambios hematológicos en las pruebas de coagulación del laboratorio (dímero D elevado, PT prolongado, trombocitopenia y/o niveles

bajos de fibrinógeno). Esto puede desembocar en eventos tromboticos asociados a coagulopatía (especialmente tromboembolismo venoso)⁸. Las alteraciones que produce la infección por COVID-19 en las distintas fases de la enfermedad quedan plasmadas en la Imagen 1.

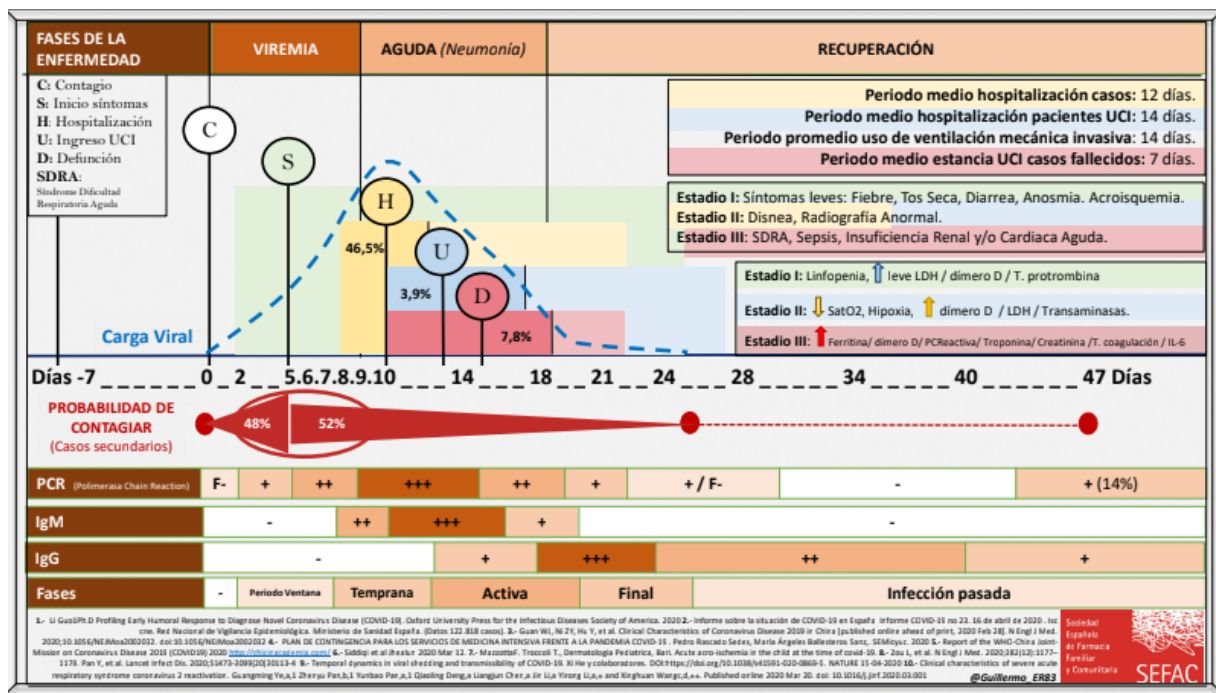


Imagen 1. Evolución del COVID-19 en el paciente. Fuente: SEFAC: Sociedad Española de Farmacia Familiar y comunitaria⁹.

La clínica más frecuente que presenta la TVPES es dolor agudo y edema en el brazo afectado, cuello, hombro o región axilar. También puede causar cianosis de la extremidad afectada, febrícula o incluso taquicardia por disminución del retorno venoso^{10,11}.

Descripción del caso clínico

A continuación presentamos un caso clínico de trombosis venosa profunda de miembro superior izquierdo tras inserción de marcapasos definitivo a través de la vena subclavia izquierda.

Antecedentes personales: Se trata de una mujer de 77 años que vive con su marido y es independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Estas son sus patologías crónicas:

- ▶ EPOC sin exacerbaciones en los últimos años, con tratamiento broncodilatador inhalado.
- ▶ HTA desde hace 15 años, en tratamiento con tres fármacos antihipertensivos.
- ▶ Síndrome de Sjogren con tratamiento sintomático.
- ▶ Ictus criptogénico en 2020 con secuelas cognitivas leves y disartria. Tratado con Ácido acetil salicílico (AAS).
- ▶ Déficit de proteína S. Asintomática. Sin tratamiento.
- ▶ Incontinencia urinaria de urgencia.
- ▶ Trastorno crónico del sueño.

Situación actual:

Mujer de 77 años, portadora de Holter subcutáneo desde el 2021 por ictus criptogénico,

atendida en consulta enfermera de cardiología tras implante de marcapasos definitivo por bloqueo auriculoventricular completo (BAV) sintomático.

La paciente acude a su CAP (Centro de Atención Primaria) tras Traumatismo Craneoencefálico (TCE) frontal con herida inciso-contusa y sangrado incoercible. Debido a los antecedentes patológicos, y al no reconocer como ha sido la caída, es trasladada al Hospital para su valoración. Allí se le realiza una Tomografía Axial Computerizada (TAC) cerebral donde se descartan nuevos eventos cerebrales.

Durante su estancia en urgencias presenta un episodio presincope, por lo que es trasladada al box de críticos presentando recuperación espontánea. Se chequea el holter subcutáneo donde se objetivan dos episodios de BAV Completo con pausas de hasta 4 segundos. Se decide ingreso en UCIC y se programa para implante de marcapasos definitivo.

En las siguientes horas la paciente presenta febrícula de 37.7C con sensación distérmica y rinorrea. Se extraen hemocultivos *2 + urino cultivo + PCR Covid 19. Se diagnostica de Covid 19 + por lo que se postpone el implante definitivo hasta estar afebril.

Dos días después se implanta el marcapasos definitivo sin incidencias y es dada de alta a su domicilio.

A las tres semanas la paciente presenta edema de brazo izquierdo (inserción por vena axilar izquierda). Consulta en el servicio de Urgencias, donde se realiza Ecografía doppler del miembro superior izquierdo (MSI), que muestra signo sugestivo de trombosis parcial de vena axilar izquierda (Imagen 2). Se indica anticoagulación oral con Apixaban y control de los signos de alarma. Existe una discreta mejoría en las semanas siguientes, pero a las tres semanas la paciente refiere claro empeoramiento del edema por lo que vuelve a consultar. Es valorada inicialmente por cardiología y derivada a Cirugía Vascul, donde repite la ecografía doppler MSI confirmando diagnóstico de TVP. Se pauta continuar con anticoagulación además de uso continuo de vendaje ortopédico compresivo medio.

Se realiza interconsulta a hematología para valoración de la indicación o no de anticoagulación de manera indefinida, debido al diagnóstico previo de déficit de Proteína S.

La evolución es favorable (Imagen 3) con el tratamiento anticoagulante (Apixaban) y un vendaje compresivo ortopédico.

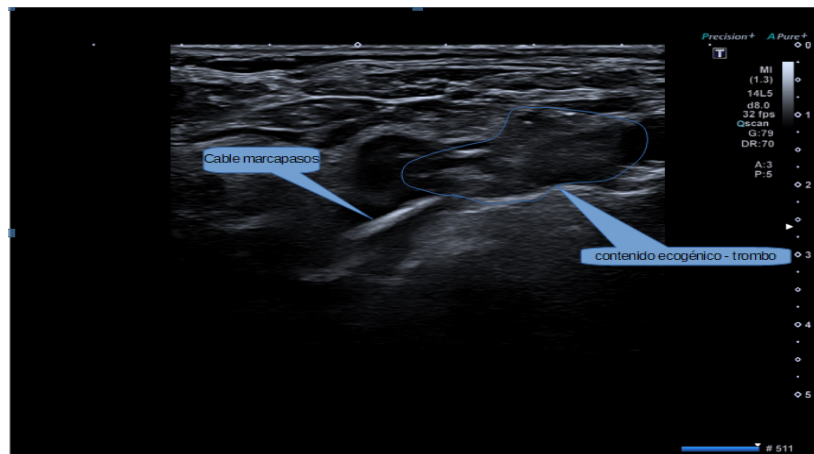


Imagen 2. Ecografía trombo vena axilar y cable marcapasos.



Imagen 3. Imagen del miembro superior en fase aguda del trombo e imagen del después del miembro superior izquierdo.



Valoración. Patrones funcionales

Se utilizaron los patrones funcionales de Marjory Gordon¹² para llevar a cabo la valoración y resolución de los problemas de salud

del paciente aplicando la taxonomía NANDA, NOC, NIC. En la tabla 1 están descritos los diagnósticos de enfermería, además de los resultados e intervenciones. La valoración se realiza en la fase aguda del evento.

Tabla 1

Diagnósticos de enfermería-NOC-NIC. Fuente: elaboración propia

Patrón funcional	NANDA	NOC-Indicadores de resultados	Indicadores de resultados y su evolución	NIC- Actividades realizadas
Patrón 4: Actividad y ejercicio.	00276 Autogestión ineficaz de la salud relacionado con déficit de movimiento del miembro afecto (msi) manifestado con incapacidad de llevar a cabo tareas de autocuidado (preparación de medicación, colocación vendaje compresivo...)	1308 Adaptación a la discapacidad física	(PRE: 2, POST: 4)	1800 Ayuda con el autocuidado.
		1613 Autogestión de los cuidados	(PRE:1, POST: 3)	1805 Ayuda con el autocuidado: AIVD
		2002 Bienestar personal	(PRE:1, POST:4)	5326 Potenciación de las aptitudes para la vida diaria
Patrón 4: Actividad y ejercicio.	00300 Comportamientos ineficaces de mantenimiento del hogar relacionado con incapacidad funcional miembro dominante (persona zurda) manifestado por imposibilidad de llevar a cabo las tareas del hogar (compra, limpieza, cocinado..)	1501 Desempeño del rol	(PRE. 1, POST:3)	7040 Apoyo al cuidador principal
		1212 Nivel de estrés	(PRE:1, POST 3)	7180 Asistencia en el mantenimiento del hogar.
		2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario	(PRE 1,POST 3)	5440 Aumentar los sistemas de apoyo 7650 Delegación.
Patrón 4: Actividad y ejercicio.	00108 Déficit de autocuidado al bañarse relacionado con incapacidad funcional dominante manifestado por incapacidad de llevar a cabo el baño y aseo diario.	0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria.	(PRE:1, POST: 3)	1801 Ayuda con el autocuidado: baño/higiene
		2609 Apoyo familiar durante el tratamiento.	(PRE:1, POST:4)	4410 Establecimiento de objetivos comunes
Patrón 1: Percepción-manejo de la salud. Patrón 6: cognitivo-perceptual.	00228 Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz relacionado con síndrome postrombótico.	2400 Función sensitiva: táctil	(PRE:1, POST:3)	4104 Cuidados del embolismo: periférico. Signos de alarma.
		0407 Perfusión tisular: periférica	(PRE:1,POST 3)	3500 Manejo de presiones.
		2010 Estado de comodidad: física	(PRE:1, POST: 3)	1410 Manejo del dolor agudo
		1605 Control del dolor.	(PRE:1, POST:4)	

Patrón 1: Percepción- Manejo de la salud.	00291 Riesgo de recidiva de trombosis relacionado con ocupación de la vena axilar por marcapasos definitivo.	3101 Autocontrol: tratamiento anticoagulante 1932 Control de riesgo: trombos 1600 Conducta de adherencia.	(PRE:1, POST:5) (PRE:1, POST:5) (PRE:2, POST:5)	5510 Educación para la salud 2381 Manejo de la medicación 4270 Manejo terapia trombolítica.
Patrón 1: percepción- manejo de la salud. Patrón 4: actividad -ejercicio.	00086 Riesgo de disfunción neurovascular periférica relacionado con trombosis venosa .	0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas. 0205 Consecuencias de la inmovilidad: psicocognitivas. 1811 Conocimiento: actividad prescrita	(PRE:1, POST:3) (PRE:2, POST:4) (PRE:2, POST:4)	4066 Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa. 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad. 0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular.
Patrón 1: percepción- manejo de la salud. Patrón 6: cognitivo- perceptual.	00047 Riesgo de deterioro de la integridad de la piel relacionado con síntomas trombosis venosa (dolor, hinchazón, edema, incapacidad funcional...)	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas. 1942 Control del riesgo: herida por presión	(PRE: 1, POST:4) (PRE:1, POST:4)	0940 Cuidados de tracción/inmovilización 5620 Enseñanza habilidad psicomotora 3500 Manejo de las presiones 3590 Vigilancia de la piel

1. Patrón Percepción. Manejo de la Salud. Patrón alterado. Refiere ser intolerante a los IECAS y ARA II. Alérgica al PESCADO (anisakis).

- ▶ La paciente refiere encontrarse muy cansada desde que tuvo el Ictus, y aunque siente que no puede llevar a cabo todas las tareas que desearía, lo intenta porque considera que tiene mucha fuerza de voluntad y ganas de mejorar. Y aunque su problema actual no le permite tener la autonomía que le gustaría, sabe que lo conseguirá con el tiempo. Ha buscado ayuda para las actividades cotidianas de aseo, limpieza y cocina.
- ▶ Es muy rigurosa con sus tratamientos, y cumple estrictamente todas las indicaciones de los profesionales sanitarios. Tiene la pauta de vacunación completada.

▶ Refiere no tener hábitos tóxicos. Higiene personal adecuada.

2. Patrón Nutricional metabólico. Patrón no alterado.

- ▶ La paciente pesa 56 kg y mide 160 cm. IMC 21.9, resultado NORMAL. Temperatura 36C. Correcta hidratación de mucosas. Piel íntegra. Refiere hidratarse regularmente mucosas por Síndrome Sjogren.
- ▶ Portadora de prótesis dentales, sin alteración en la masticación ni en la deglución. Refiere mantener una dieta equilibrada, basada en frutas, verduras, legumbres, y lácteos. Cumple con horarios de ingesta regulares.

3. Patrón Eliminación. Patrón no alterado.

- ▶ La paciente refiere tener un problema de incontinencia urinaria de urgencia crónica que maneja con medidas higié-



nicas (lavado frecuente, uso de dispositivos de retención.)

- ▶ Resto sin alteraciones.

4. Patrón Actividad-ejercicio. Patrón alterado.

- ▶ Alteración porque no tiene capacidad de movimiento completo del brazo. Limitación funcional. Además, el hecho de llevarlo con el vendaje compresivo le da inseguridad para salir a caminar.
- ▶ Requiere ayuda para el autocuidado: arreglarse, vestirse, lavarse... No puede llevar a cabo las actividades de mantenimiento del hogar.
- ▶ La paciente refiere que le gusta salir a caminar, y normalmente por las mañanas sale a comprar y por las tardes pasea. Refiere encontrarse bien físicamente.
- ▶ Tiene diagnóstico de EPOC estable, sin exacerbaciones ni ingresos en los últimos años.

5. Patrón sueño-descanso. Patrón no alterado.

- ▶ Trastorno crónico en la calidad y cantidad de sueño. Utiliza medicación con respuesta variable. La paciente refiere estar cansada todo el día, pero que se ha acostumbrado.

6. Patrón cognitivo-perceptual. Patrón alterado.

- ▶ Consciente y orientada. Disfunción cognitiva desde Ictus, con alteración leve-moderada memoria y disartria. Dificultad en la toma de decisiones.
- ▶ Miembro superior izquierdo: alteración de la sensibilidad. Dolor leve-moderado. EVA 2.
- ▶ Presbicia y miopía, portadora de gafas.

7. Patrón Autopercepción-autoconcepto. Patrón no alterado.

- ▶ La paciente refiere tener muchas inseguridades como consecuencia del ictus, porque reconoce alteración de la memoria y que ha perdido la capacidad de comunicarse con fluidez, pero lo acepta

con resignación. Se siente agradecida de seguir hacia adelante, en parte, por sus ganas de vivir.

8. Patrón Rol relaciones. Patrón no alterado.

- ▶ Jubilada. Vive con su marido y tiene tres hijos en los que se apoya. Soporte familiar adecuado. Se siente muy querida y arropada por su familia. No refiere carencias afectivas.
- ▶ Relaciones sociales escasas, explica que sus mejores amigas han fallecido.

9. Patrón Sexualidad-reproducción. Patrón no alterado.

- ▶ Menarquia y menopausia sin alteraciones. Embarazos y partos sin incidencias. Refiere no mantener relaciones sexuales en la actualidad.

10. Patrón Adaptación-Tolerancia al estrés. Patrón alterado.

- ▶ La paciente refiere que, con los años, tiene baja tolerancia a los problemas. Le cuesta afrontar inicialmente los cambios de su estado salud. Pero reconoce que tiene un muy buen soporte familiar y que ella tiene muy buena actitud y pone todo de su parte.

11. Patrón Valores y creencias. Patrón no alterado.

- ▶ Religiosa y practicante. Siente coherencia entre sus valores religiosos y su forma de vida.

Plan de cuidados

Estos son los diagnósticos de enfermería detectados, así como las intervenciones NIC y los resultados NOC.

Se ha diseñado un plan de cuidados enfermeros (PAE) con siete diagnósticos enfermeros identificados y descritos, e intervenciones que incluyen soporte educativo, emocional y terapéutico directo, con la finalidad de fomentar principalmente la autonomía y el autocuidado del paciente. Para ello resulta imprescindible la detección y control de los signos de alarma, tanto para la paciente como para su entorno más próximo.



Discusión

Tras la revisión de la bibliografía hemos elaborado un cuadro resumen con la clasificación de los distintos tipos de trombosis venosa profunda (Imagen 4), Así, consideramos que el caso presentado se trata de una trombosis venosa profunda secundaria, adquirida y provocada.

Identificamos tres posibles factores de riesgo como responsables de la TVP: primero la inserción de un catéter (el marcapasos definitivo) con la ocupación de la vena axilar; el segundo el déficit de la proteína S; y en tercer lugar el riesgo trombótico al estar la paciente en la fase post aguda por COVID 19. Analizaremos cada uno de ellos y compararemos nuestro caso clínico con lo que nos dice la literatura científica:

1. Inserción del marcapasos: La presencia de trombosis en los servicios de urgencia y en pacientes hospitalizados se ha incrementado en los últimos tiempos, principalmente a raíz del aumento en el uso de catéteres venosos centrales y de marcapasos o desfibriladores cardiacos³.

El catéter venoso central es el factor más común y el de mayor presentación en origen secundario, está presente en casi la mitad de los casos de Trombosis Venosa Superior de Extremidades Superiores (TVSES). Se origina por un estado de hipercoagulabilidad asociado a una manipulación e irritación de las paredes del endotelio. Dependerá de factores como la técnica, el diámetro, la posición, el tipo de catéter utilizado y cierta medicación insertada por el catéter que tienda a ser viscosa. Las venas involucradas en este proceso son la yugular interna, la subclavia y la axilar³. Asumimos, pues, en nuestro caso presentado, este factor como el principalmente relacionado con el evento trombótico.

2. Déficit de proteína C y S: La paciente tiene diagnóstico de déficit de proteína S conocida desde el año 2021. Su diagnóstico fue casual en la búsqueda de la etiología de los ictus que había sufrido. En este caso, fue descartada esa causalidad porque afecta a territorio arterial y este déficit

está relacionado con patología venosa. Además, la paciente, nunca ha tenido manifestaciones clínicas trombóticas tras pasar por embarazos, partos, cirugías y más situaciones de riesgo. Tras revisión de la literatura concluimos que el valor de la proteína S no es un valor estanco, ya que fluctúa según las necesidades del organismo. Esto implica que un déficit en un momento determinado no significa que esta patología se mantenga de forma crónica en el paciente. De hecho, el caso presentado, en revisiones posteriores por el servicio de hematología determinó que el déficit estaba corregido, por lo que se suspendió el tratamiento con anticoagulantes orales (ACO). Por esto, este factor de riesgo queda descartado como causante del evento.

3. Fase post- aguda Covid 19: La COVID-19 se asocia con un estado de hipercoagulabilidad y los pacientes infectados con factores de riesgo adicionales tienen un peor pronóstico.

Entre otros factores y efectos virales directos, el aumento de la angiotensina II vasoconstrictora, la disminución de la angiotensina vasodilatadora y la liberación de citoquinas inducida por la sepsis pueden desencadenar una coagulopatía en el COVID-19. Un aumento del dímero D es el cambio más significativo en los parámetros de coagulación en pacientes graves con COVID-19⁷.

Hay evidencia de que algunos pacientes pueden responder a la COVID-19 con una exuberante respuesta de “tormenta de citocinas”. La hipercoagulabilidad es una característica importante de la inflamación. Las citoquinas proinflamatorias participan de manera crítica en la formación anormal de coágulos y la hiperactivación plaquetaria y también desempeñan un papel importante en la regulación negativa de importantes vías anticoagulantes fisiológicas⁷.

Consideramos la COVID-19 como un factor relacionado con el evento porque, tal y como nos muestra la imagen adjunta, el pico que provoca la alteración de la coagulación se da a los 18 a 21 días del inicio de los síntomas, y esto encaja crono-



lógicamente con el cuadro de la paciente. Pero, después de la revisión bibliográfica, quedó descartado porque las manifestaciones protrombóticas se dan en casos graves de Covid 19 (que requiere ingreso en sala hospitalización o UCI por neumonía, distress, Coagulación Intravascular Diseminada (CID)). Este no es el caso, ya que la sintomatología manifestada fue leve (rinitis y distermia) y el diagnóstico fue dado el contexto clínico en que se encontraba y que requería el implante de un marcapasos definitivo.

Inicialmente consideramos los tres como factores de riesgo que habían participado conjuntamente en el desarrollo del evento trombótico. Sin embargo, y tras la revisión de la literatura científica, llegamos a la conclusión de que la inserción del marcapasos es el único factor de riesgo que lleva por sí solo al desarrollo del trombo, mientras que los otros factores de riesgo estudiados están influenciados por otros condicionantes, que en este caso dejaban fuera estos factores de riesgo como causa del evento.

Tras la inserción del marcapasos definitivo, la paciente fue dada de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos cardiológicos a su domicilio. En consenso con la familia elaboramos el plan de cuidados para ser llevados a cabo en el domicilio.

Seguimos la evolución de la paciente en las posteriores revisiones en la unidad de Arritmias y de cirugía vascular.

En el plan de cuidados elaborado, siete han sido los diagnósticos de enfermería. De ellos, tres están relacionados con tareas de autocuidado y autonomía. Nos centramos en estos ya que al interferir en la autonomía de la paciente son los que mayor compromiso y preocupación le generaban. En cuanto al autocuidado, la mayor dificultad estaba relacionada con la tarea del baño e higiene, por lo que fomentamos la colaboración con el cuidador principal, así como otras medidas de confort (espuma de limpieza, toallitas...). Para el resto de diagnósticos en los que también requería soporte, el cuidador principal se mostraba muy colaborador y disponible. La implicación familiar fue clave en la resolución de los diagnósticos principales.

Por otro lado, cuatro fueron diagnósticos de riesgo que, afortunadamente, no llegaron a manifestarse. En este caso fue fundamental la actitud de la paciente, muy motivada en llevar a cabo todas las medidas que se le proponían. Nuestra función como enfermeras fue la de educación para la salud, enseñanza y detección precoz de signos de alarma. Por eso, todos estos diagnósticos están dentro del Patrón¹, porque la educación sanitaria resultó fundamental dentro de la estrategia enfermera. También resultó imprescindible la enseñanza e implicación del entorno familiar de la paciente.

Una limitación importante de nuestro estudio es la dificultad que presentamos como trabajadoras de atención especializada, para realizar una detección, aplicación del plan de cuidados y seguimiento del mismo en el caso de producirse una trombosis venosa profunda de estas características. Necesitaríamos la colaboración tanto de atención primaria, como de los pacientes y/o familiares tras ser dados de alta hospitalaria. En este caso presentado, mantuvimos un seguimiento estrecho con la familia, con la paciente y con otros profesionales de salud (hematología, cardiología...) pero no en todos los pacientes podemos hacer este seguimiento.

Recomendaciones para la práctica clínica

Por ser una enfermedad con una inusual e infrecuente manera de presentarse, de la cual se cuenta con escasa información que respalde su adecuado manejo, se vuelve todo un reto para los profesionales sanitarios dar una respuesta eficaz y adecuada para un abordaje integral.³

Una de las estrategias de manejo adyuvante asociado a la anticoagulación en pacientes con trombosis venosa profunda, es la terapia de compresión, tratamiento no invasivo que está fácilmente disponible y se asocia con pocas complicaciones.¹ En el caso que hemos analizado, este fue la clave para la mejoría de la TVP, puesto que tras comenzar a utilizarlo fue cuando hubo una importante mejoría. Asumimos, así, esta parte del tratamiento como clave para la evolución favorable.



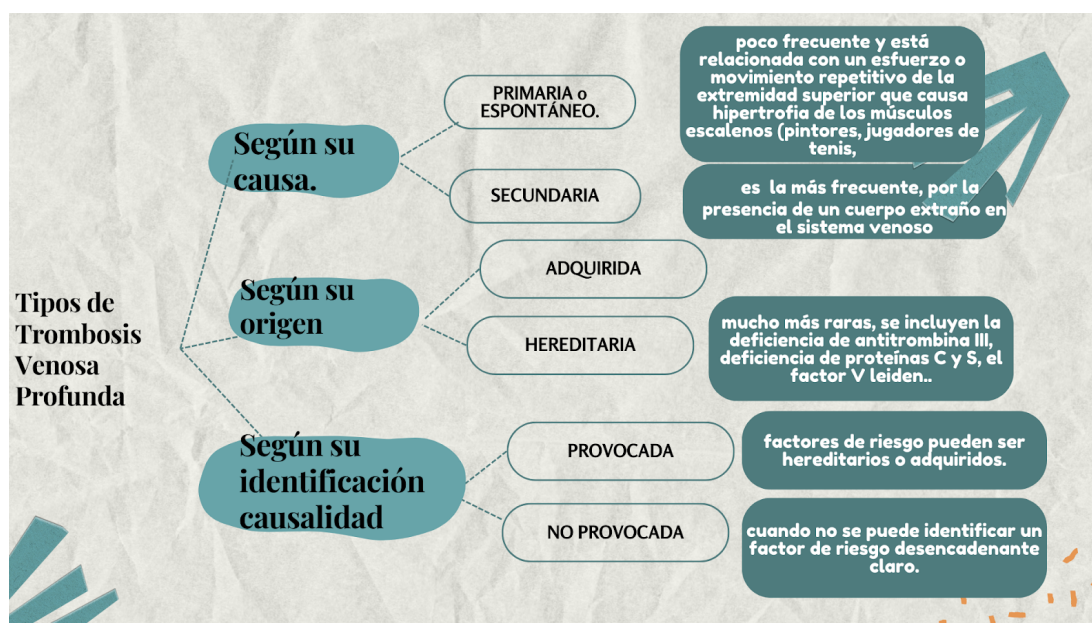


Imagen 4: Resumen de distintas clasificaciones TVP. Fuente: elaboración propia.

Tras la revisión de la literatura, y atendiendo a diferentes clasificaciones, podemos decir que se trata de una trombosis venosa profunda secundaria, adquirida y provocada, considerando que el factor directamente implicado en el evento trombotico es la inserción del marcapasos definitivo.

- Nuestro manuscrito no tiene ninguna fuente de financiación ni conflicto de interés.

Bibliografía

- GÓMEZ VERA CE, LIÉVANO BARRETO JG. *Pautas de manejo de trombosis venosa en miembros inferiores según la sociedad europea de cirugía vascular 2021*. *Salutem Scientia Spiritus*. 2022;8(2):66-72
- HERNÁNDEZ CERÓN C, LÓPEZ MATO P, GONZÁLEZ VÁZQUEZ ME, MOURONTE- SÁNCHEZ, M C, POSE-BAR, M. *Trombosis profunda de repetición en miembros superiores*. *Rev Esp Casos Clin Med Intern*. 2022; 7(2):38-41
- ROJAS ZÚÑIGA G, ACUÑA NUÑEZ I, PADILLA ELIZONDO D. *¿Cuándo sospechar de una trombosis venosa profunda en extremidades superiores?* *Revista Médica Sinergia*. 2021;6(7).
- JIANXIN M, LIAN C, WENJIN H ET AL. *Correlation between deep venous thrombosis and inflammation in patients after implantation or permanent pacemaker*. *Iran J Public Health* 2020. Jan;49(1):30-36
- JOSHI A, JAISWAL JP. *Deep vein thrombosis in protein S deficiency*. *JNMA J Nepal Med Assoc* 2010 Jan-Mar;49(177):56-8
- PURUNCAJAS PILA KJ. *Déficit de proteína C y S de la coagulación como causa de trombosis recurrente (tesis doctoral)*. Universidad técnica de Ambato. Facultad de ciencias de la salud. Carrera de medicina (internet). Ambato-Ecuador;2022. Disponible en <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/35478>
- WOLFGANG MIESBACH ET AL. *COVID-19: coagulopathy, risk of thrombosis, and the rationale for anticoagulation*. *Clin Appl Throm Hemost*. 2020 Jan-Dec; 26:1076029620938149
- GÓMEZ MESA JE, GALINDO CORAL S, MONTES MC, MUÑOZ MARTINE AJ. *Thrombosis and coagulopathy in COVID-19*. *Curr Probl Cardiol*. 2021;46(3)
- ESTRADA RIOLOBOS G, BAIXAULI FERNÁNDEZ VJ, SÁNCHEZ MARCOS N, SATUÉ DE VELASCO E, PLAZA J, MOLINERO A. *COVID-19 AT A GLANCE*. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC); 2020. Disponible en: <https://www.sefac.org/system/files/2020-04/COVID19%20GER%20Espana-C3%Blol.pdf>. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.16136.85763>
- GARCÍA LUENGO N, CERRADA ENCISO L, OBESO ALMEIDA L, CERRADA ENCISO B, BARREIRO GARCÍA, L, CERRADA ENCISO, A. *Trombosis venosa profunda axilar en mujer joven. Caso clínico*. *RSI*. 2021;2(11)
- LASIERRA LAVILLA I, ESTABEN BOLDOVA V, PLOU IZQUIERDO S. *Trombosis venosa subclavia*. *Revista Atalaya Médica*. 2022;23:62-64
- ÁLVAREZ SUAREZ JL, DEL CASTILLO ARÉVALO F, FERNÁNDEZ FIDALGO D, MUÑOZ MELÉNDEZ M. *Manual de Valoración de Patrones Funcionales*. Gijón (Asturias). Comisión de Cuidados Dirección de Enfermería de Atención Primaria. 2010. Disponible en: <https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2016/02/MANUAL-VALORACION-NOV-2010.pdf>

13. AQUINO OLIVERA, M. *Cómo hacer un plan de cuidados de enfermería y no perder ninguna neurona en el intento*. Revista Uruguaya de Enfermería, noviembre 2009, 4(2): 3-16. Disponible en <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/100/97>
14. Clasificación completa de diagnósticos de enfermería NANDA 2021-2023. SalusPlay. 5 septiembre. 2023. Disponible en: <https://www.salusplay.com/blog/clasificacion-diagnosticos-de-enfermeria-nanda/>
15. Clasificación completa de resultados de enfermería NIC 2016 (7ª edición). SalusPlay. 23 noviembre, 2018. Disponible en: <https://www.salusplay.com/blog/clasificacion-intervenciones-enfermeria-nic-2018/>
16. Clasificación completa de resultados de enfermería NOC 2018 (6ª edición). SalusPlay. 26 noviembre, 2018. Disponible en: www.salusplay.com/blog/clasificacion-completa-resultados-enfermeria-noc-2018/

