

ANEXOS

Capítulo 01: Disnea

Tabla 1. Escala de disnea modificada del *Medical Research Council (mMRC)*.

0: Ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso
1: Sensación de falta de aire al andar deprisa en llano, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada
2: La disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tiene que parar a descansar al andar en llano al propio paso
3: La disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 100 metros o tras pocos minutos de andar en llano
4: La falta de aire le impide salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse

Tabla modificada de: Medical Research Council. Committee on research into chronic bronchitis: instruction for use on the questionnaire on respiratory symptoms. Devon: WJ Holman. 1966.

Tabla 2. Escala de disnea de la *New York Heart Association (NYHA)*.

Clase I: Ausencia de síntomas con la actividad habitual
Clase II: Síntomas con la actividad moderada
Clase III: Síntomas con escasa actividad
Clase IV: Síntomas en reposo

Tabla modificada de: The Criteria Committee of the New York Heart Association. Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels. 9ª ed. Boston: Little, Brown & Co; 1994. p. 253-6.

Tabla 3. Escala de BORG (modificada).

0: Nada de nada
0,5: Muy, muy ligera (apenas apreciable)
1: Muy ligera
2: Ligera
3: Moderada
4: Algo intensa
5: Intensa
6: Entre 5 y 7
7: Muy intensa
8: Entre 7 y 9
9: Muy, muy intensa (casi máxima)
10: Máxima

Tabla modificada de: Borg G. Simple rating methods for estimation of perceived exertion. Wenner-Gren Center International Symposium 1976. Series 28: 39-47.

Capítulo 08: Neumonías (comunitarias/asociadas a cuidados sanitarios/inmunodeprimidos)

Tabla 1. CURB-65 y CRB-65.

CURB-65: Escala de gravedad de NAC (predicción de mortalidad)			Puntos
Edad: mayor de 65 años			1
Confusión (desorientación temporoespacial en un paciente previamente orientado)			1
Urea (>41 mg/dl)			1
Frecuencia respiratoria ≥ 30 rpm			1
TA (PAS <90 mmHg o PAD <60 mmHg)			1
Interpretación:	Mortalidad	Lugar de atención	
0-1 puntos:	1,5%	Tratamiento ambulatorio	
2-3 puntos:	9,2%	Ingreso hospitalario	
4-5 puntos:	22%		
CRB-65: Escala de gravedad de NAC (uso extrahospitalario)			Puntos
Edad: mayor de 65 años			1
Confusión (desorientación temporoespacial en un paciente previamente orientado)			1
Frecuencia respiratoria ≥ 30 rpm			1
TA (PAS <90 mmHg o PAD <60 mmHg)			1
Interpretación:	Riesgo:	Lugar de atención	
0 puntos:	Bajo	Tratamiento ambulatorio	
1 punto:	Moderado	Tratamiento hospitalario	
2 o más puntos:	Alto o muy alto		

NAC: neumonía adquirida en la comunidad; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica; rpm: respiraciones por minuto.

Tabla modificada de: Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, et al. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. Thorax. 2003; 58: 377-82.

Tabla 2. *Pneumonia severity index (PSI): Escala de FINE.*

Factores demográficos	
Edad hombres	Edad +10
Edad mujeres	Edad -10
Interno residencia de ancianos	Edad +10
Comorbilidad	
Enfermedad neoplásica	+30
Hepatopatía	+20
Insuficiencia cardíaca	+10
Enfermedad cerebrovascular	+10
Nefropatía	+10
Examen físico	
Alteración nivel de consciencia	+20
Frecuencia respiratoria ≥ 30 rpm	+20
PAS < 90 mmHg	+20
Temperatura 40°C	+15
Frecuencia cardíaca ≥ 125 lpm	+10
Hallazgos de laboratorio	
pH arterial $< 7,35$	+30
Urea > 60 mg/dl o Cr $> 1,5$ mg/dl	+20
Na ⁺ < 130 mEq/l	+20
Glucemia > 250 mg/dl	+10
Hematocrito < 30	+10
PaO ₂ < 60 mmHg o SatO ₂ $< 90\%$	+10
Derrame pleural	+10

Estratificación del riesgo		
Clase de riesgo	Puntos	Destino probable
I	< 51	Domicilio
II	51-70	Domicilio (algunos similar a III)
III	71-90	Observación hospitalaria 24-48 h y reevaluar
IV	90-130	Ingreso hospitalario (algunos casos UCI)
V	> 130	Ingreso hospitalario (valorar UCI)

Cr: creatinina; lpm: latidos por minuto; mEq: miliequivalentes; Na⁺: sodio; PaO₂: presión parcial de oxígeno; PAS: presión arterial sistólica; rpm: respiraciones por minuto; SatO₂: saturación de oxígeno; UCI: unidad de cuidados intensivos. Tabla modificada de: Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. *N Engl J Med.* 1997; 336:243-50; Julian-Jimenez A, González J, Candel FJ. ¿Cuándo, dónde y cómo ingresar al paciente con neumonía adquirida en la comunidad? *Rev Clin Esp.* 2013; 213(2):99-107.

Tabla 3. *qSOFA (quick SOFA)*

Escala rápida de evaluación de fallo orgánico	
Criterios qSOFA	Puntos
Frecuencia respiratoria ≥ 22 /min	1
Cambio en el estado mental	1
Presión arterial sistólica ≤ 100 mmHg	1
Una escala de qSOFA de ≥ 2 puntos indica disfunción orgánica	

SOFA: *Sepsis related Organ Failure Assessment*.

Tabla modificada de: Vincent JL, Moreno R, Takala J, et al; Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. *Intensive Care Med.* 1996;22(7):707-710.

Tabla 4. Criterios de gravedad de neumonía de ATS/IDSA.

Definición de NAC grave que requiere ingreso en UCI (ATS/IDSA)	
Criterios mayores:	
1) Necesidad de ventilación mecánica invasiva 2) <i>Shock</i> séptico con necesidad de vasopresores	
Criterios menores:	
1) Frecuencia respiratoria ≥ 30 respiraciones por minuto 2) $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 250$ 3) Hipotensión que requiere líquidos intensivos 4) Infiltrados multilobares 5) Confusión o desorientación 6) Uremia (BUN ≥ 20 mg/dl) 7) Leucopenia ($< 4000/\mu\text{l}$) 8) Trombocitopenia ($< 100\ 000/\mu\text{l}$) 9) Hipotermia ($< 36^\circ\text{C}$)	
Definición de NAC grave según ATS/IDSA: un criterio mayor o tres menores	

ATS/IDSA: *American Thoracic Society/Infectious Diseases Society of America*; BUN: nitrógeno ureico en la sangre; FiO_2 : fracción inspirada de oxígeno; NAC: neumonía adquirida en la comunidad; PaO_2 : presión parcial de oxígeno; UCI: unidad de cuidados intensivos

Tabla modificada de: Metlay JP, Waterer GW, Long AC, *et al.* Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *Am J Respir Crit Care Med* Vol 200, Iss 7, pp e45–e67, Oct 1, 2019.

Tabla 5. Índice PES.

Detección de gérmenes multirresistentes en NAC	
Puntuación para patógenos PES	Puntos
Edad: 40-65 años	2
>65 años	1
Masculino	2
Uso previo de antibióticos	2
Trastorno respiratorio crónico	2
Enfermedad renal crónica	2
En emergencias	
Deterioro de la consciencia o evidencia de aspiración	2
Fiebre	-1
Interpretación (riesgo de microorganismos multirresistentes)	
Riesgo bajo: < 2 . Riesgo medio: 2-4. Alto riesgo: > 5 .	

NAC: neumonía adquirida en la comunidad; PES: *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterocacteriaceae* betalactamasa positiva de espectro extendido, *Staphylococcus aureus* meticilín resistente.

Tabla modificada de: Índice PES: Prina E, Ranzani OT, Polverino E, *et al.* Factors Associated with Potentially Antibiotic-Resistant Pathogens in Community-Acquired Pneumonia. *Ann Am Thorac Soc.* 2015; 12 (2): 153-160.

Capítulo 17: Enfermedad tromboembólica venosa. Diagnóstico y tratamiento

Tabla 1: Escala predictiva de Ginebra.

Modelo de valoración de la sospecha clínica del embolismo pulmonar (Ginebra modificada)	
Variables	Puntos
Edad >65 años	1
Antecedentes de TVP o TEP	3
Cirugía con anestesia general o fractura ≤1 mes	2
Cáncer activo sólido o hematológico o curado ≤1 año	2
Dolor unilateral en EEII	3
Hemoptisis	2
Frecuencia cardíaca 75-94/min	3
Frecuencia cardíaca ≥95/min	5
Dolor a la palpación en EEII y edema unilateral	4

Ginebra: Baja probabilidad: suma entre 0-3 puntos; moderada probabilidad: suma entre 4-10 puntos; alta probabilidad ≥11 puntos

Ginebra modificada: Improbable: 0-5, probable: >6

EEII: extremidades inferiores; TEP: tromboembolismo pulmonar; TVP: trombosis venosa profunda

Tabla modificada de: Le Gal G. Ann Intern Med 2006;144(3):165-171.

Tabla 2: Criterios de Hestia.

Criterios de Hestia
Variable
¿Inestable hemodinámicamente?*
¿Necesidad de fibrinólisis o embolectomía?
¿Sangrado activo o riesgo alto de sangrado?†
¿Necesidad de oxígeno suplementario para mantener una SatO ₂ >90% >24 horas?
¿Razones médicas o sociales para tratar en el hospital >24 horas?
¿Aclaramiento de creatinina <30 mL/min?‡
¿Insuficiencia hepática grave?§
¿Embarazo?
¿Historia de trombopenia inducida por heparina?

*Incluir los siguientes criterios pero dejarlos a discreción del investigador: PA sistólica <100 mmHg con frecuencia cardíaca >100 lpm; condición que requiere ingreso a una unidad de cuidados intensivos. †Sangrado gastrointestinal en los 14 días anteriores, ictus reciente (<4 semanas previas), operación reciente (<2 semanas previas), trastorno hemorrágico o trombocitopenia (recuento de plaquetas <75 10⁹/l) o hipertensión no controlada (PA sistólica >180 mmHg o PA diastólica >110 mmHg). ‡Aclaramiento de creatinina calculado según la fórmula de Cockcroft Gault. §A discreción del médico.

PA: presión arterial; SatO₂: saturación de oxígeno

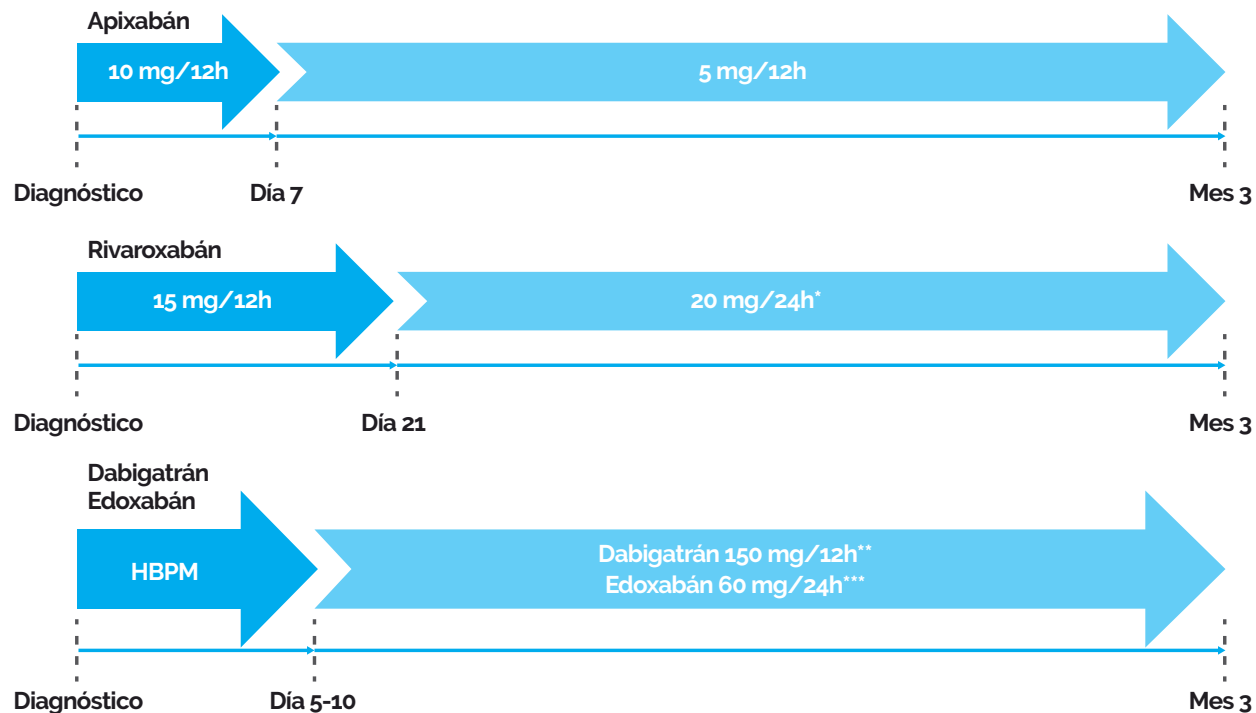
Tabla adaptada de: Konstantinides SV, Meyer G. The 2019 ESC Guidelines on the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism. Eur Heart J [Internet]. 2019 Nov 1 [cited 2022 Feb 21];40(42):3453-5.

Tabla 3: Características de las heparinas de bajo peso molecular y de los anticoagulantes orales de acción directa.

Características de las heparinas de bajo peso molecular					
Tipos de HBPM	Dalteparina	Enoxaparina	Tinzaparina	Bemiparina	Nadroparina
Nombre comercial	<i>Fragmin</i> [®]	<i>Clexane</i> [®] , <i>Inhixa</i> [®] , <i>Hepaxane</i> [®] , <i>enoxaparina Rovi</i>	<i>Innohep</i> [®]	<i>Hibor</i> [®]	<i>Fraxiparina</i> [®]
Profilaxis					
• Bajo riesgo	2500 UI	20 mg	3500 UI (50-70 kg)	2500 UI	3800 UI
• Alto riesgo	5000 UI	40 mg	4500 UI (>70 kg)	3500 UI	5700 UI (>70 kg)
Dosis terapéutica c/12 h	100 UI/kg/12 h	1 mg/kg/12 h			85,5 UI/kg/12 h
Dosis terapéutica c/24 h	200 UI/kg/24 h	1,5 mg/kg/24 h	175 UI/kg/24 h	115 UI/kg/24 h	171 UI/kg/24 h
Características de los anticoagulantes orales de acción directa					
Característica	Dabigatrán	Rivaroxabán	Apixabán	Edoxabán	
Diana	Trombina	Factor Xa	Factor Xa	Factor Xa	
Peso molecular (Da)	628	436	460	548	
Unión a proteínas (%)	3	>90	87	54	
Biodisponibilidad (%)	6	80	50	50	
T _{máx} (h)	2	3	3	1-2	
Semivida (h)	14-17 horas	7-11 horas	8-14 horas	5-11 horas	
Excreción renal	80	33% fármaco inactivo	25	35	
Se dializa	Sí	No	No	No	

Da: dalton; h: horas; HBPM: heparina de bajo peso molecular; T_{máx}: tiempo máximo; UI: unidades internacionales. Tabla creada a partir de los datos disponibles en las fichas técnicas de los agentes mencionados.

Figura 1: Posología de los anticoagulantes orales de acción directa para el tratamiento del TEP.



*Considerar reducción de dosis a 15 mg/24h si aclaramiento de creatinina 15-49 ml/min y el riesgo de sangrado es mayor que el de recurrencia. **110 mg/12 h en >80 años, o uso de verapamil, o riesgo de sangrado alto. ***30 mg/24 h si aclaramiento de creatinina 15-50 ml/min, o peso <60 kg, o uso de inhibidores gp-P: ciclosporina, dronedarona, eritromicina, ketoconazol. gp-P: glucoproteína P; HBPM: heparina de bajo peso molecular; TEP: tromboembolismo pulmonar. Figura adaptada de Konstantinides SV, Meyer G. The 2019 ESC Guidelines on the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism. Eur Heart J [Internet]. 2019 Nov 1 [cited 2022 Feb 21];40(42):3453-5.

Tabla 4: Manejo del TEP en situaciones clínicas específicas.

Situación clínica	Manejo sugerido
Adaptación de las recomendaciones y sugerencias de Konstantinides S V, et al. Eur Heart J [Internet]. 2019 Nov 1 [cited 2022 Feb 21];40(42):3453–5.	
Manejo del TEP agudo en pacientes con sangrado activo	Colocar FVC inferior (preferiblemente temporal). Evaluar la posibilidad de reiniciar el tratamiento anticoagulante tan pronto como cese el sangrado y el paciente esté estabilizado, y retirar el FVC en cuanto se instaure el tratamiento anticoagulante.
TEP en el paciente anciano, frágil y en pacientes polimedcados	Preferencia de ACOD pero: - Evitar ACOD en insuficiencia renal grave (CrCl < 30). - Consultar posibles interacciones medicamentosas entre ACOD y fármacos que toma el paciente. Evaluar a intervalos regulares la tolerancia y adherencia al fármaco, así como la función renal y el riesgo de sangrado. Nota: Estos pacientes están infrarepresentados en los ensayos clínicos, y tienen un mayor riesgo de sangrado.
Inicio de tratamiento anticoagulante en paciente con TEP y enfermedad renal crónica terminal	HNF. Nota: Realmente no hay anticoagulación segura disponible, aunque en la práctica clínica se utiliza la HBPM con monitorización anti-Xa.
Duración del tratamiento anticoagulante en mujer joven con TEP secundario a anticonceptivos orales	Si la paciente estaba tomando contraceptivos con estrógenos y especialmente si el TEP ocurrió en los 3 primeros meses del inicio de los anticonceptivos: - Suspender anticonceptivos hormonales tras discutir métodos alternativos de contracepción. Considerar suspender tratamiento anticoagulante a los 3 meses. Si no es así: - Considerar el TEP como SIN factores de riesgo identificables (como un no provocado). - Considerar utilizar modelos de predicción validados para cuantificar el riesgo de ETV recurrente (p. e. escala HERDOO2). - Avisar a la paciente sobre la necesidad de profilaxis con HBPM en caso de embarazo.
Anticoagulación durante el embarazo	- Tratamiento anticoagulante con HBPM durante el embarazo y hasta las 6 semanas postparto. - Contraindicado ACOD durante embarazo y lactancia. - Avisar a la paciente sobre la necesidad de profilaxis con HBPM en caso de futuros embarazos.
Anticoagulación en el paciente con TEP y cáncer, tras los primeros 6 meses	Si el cáncer está activo: - Continuar con HBPM, edoxabán o rivaroxabán. Si el cáncer está en remisión: - Continuar con anticoagulación oral (ACOD o AVK). Considerar suspender el tratamiento si el paciente presenta alto riesgo de sangrado. - Reevaluar periódicamente el balance riesgo/beneficio de continuar el tratamiento anticoagulante.
Adaptación de las recomendaciones y sugerencias de Lobo JL, et al. Arch Bronconeumol. 2022 Mar;58(3):246-254.	
No necesidad de anticoagulación parenteral	Apixabán, rivaroxabán.
Administración una vez al día	AVK, edoxabán, rivaroxabán.
RGE o uso de IBP	AVK, apixabán, edoxabán, rivaroxabán.
Mala adherencia al tratamiento	AVK.
Posibilidad de administración fuera de las comidas	AVK, apixabán, edoxabán.
Desnutrición, déficit de vitamina K	Apixabán, edoxabán, rivaroxabán.
Administración disueltos en líquido	Apixabán, edoxabán, rivaroxabán.

ACOD: anticoagulantes orales directos; AVK: antagonista de la vitamina K; CrCl: aclaramiento de creatinina; ETV: enfermedad tromboembólica venosa; FVC: filtro de vena cava; HBPM, heparina de bajo peso molecular; HNF: heparina no fraccionada; IBP: inhibidores de la bomba de protones; RGE: reflujo gastroesofágico; TEP: tromboembolismo pulmonar.

Tabla adaptada de Konstantinides SV, Meyer G. The 2019 ESC Guidelines on the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism. Eur Heart J [Internet]. 2019 Nov 1 [cited 2022 Feb 21];40(42):3453–5; Lobo JL, Alonso S, Arenas J, Domènech P, Escribano P, Fernández-Capitán C, et al. Multidisciplinary Consensus for the Management of Pulmonary Thromboembolism. Arch Bronconeumol. 2022 Mar;58(3):246-254.

Tabla 5: Resumen de las recomendaciones y sugerencias de la Guía Europea de Cardiología/Neumología (ERS/ESC) de 2019 y el Consenso para el Manejo de la Tromboembolia de Pulmón del 2021.

<p>Adaptación de las recomendaciones y sugerencias de Konstantinides S V, et al. Eur Heart J [Internet]. 2019 Nov 1 [cited 2022 Feb 21];40(42):3453–5.</p>
<p>Se recomienda tratamiento anticoagulante durante >3 meses en todos los pacientes con TEP.</p>
<p>En los pacientes con TEP/ETV secundario a factor de riesgo mayor transitorio/reversible, se recomienda suspender el tratamiento anticoagulante tras 3 meses de tratamiento anticoagulante.</p>
<p>Se recomienda tratamiento anticoagulante oral indefinido en pacientes con ETV recurrente no relacionado con un factor de riesgo mayor transitorio o reversible.</p>
<p>Se recomienda tratamiento con AVK de forma indefinida en pacientes con síndrome antifosfolípido.</p>
<p>Se debería considerar tratamiento anticoagulante oral indefinido en pacientes con un primer episodio de TEP sin factor de riesgo identificable (no provocado).</p>
<p>Se debería considerar tratamiento anticoagulante oral indefinido en pacientes con un primer episodio de TEP asociado a un factor de riesgo persistente (que no sea síndrome antifosfolípido).</p>
<p>Se debería considerar tratamiento anticoagulante oral indefinido en pacientes con un primer episodio de TEP asociado a un factor de riesgo menor transitorio o reversible.</p>
<p>Si se decide anticoagulación oral extendida en pacientes SIN cáncer, se debería considerar una dosis reducida de apixabán (2,5 mg/12 horas) o rivaroxabán (10 mg/12 horas) tras 6 meses de tratamiento anticoagulante a dosis plenas.</p>
<p>En pacientes que rechacen o que no toleren ningún tratamiento anticoagulante, se debería considerar el tratamiento con aspirina o sulodexida como profilaxis extendida.</p>
<p>En pacientes que reciben tratamiento anticoagulante extendido se recomienda valorar en intervalos regulares su tolerancia, adherencia, función hepática y renal, así como valorar el riesgo de sangrado.</p>
<p>En pacientes con TEP y cáncer, se debería considerar tratamiento anticoagulante con HBPM subcutánea, durante al menos 6 meses.</p>
<p>Se podría considerar tratamiento con edoxabán o rivaroxabán como una alternativa a la HBPM en pacientes sin tumores gastrointestinales.</p>
<p>En pacientes con TEP y cáncer, se debería considerar tratamiento anticoagulante extendido (más allá de los 6 meses) durante un periodo indefinido o hasta que el cáncer se haya curado.</p>
<p>El manejo del paciente con TEP incidental, en pacientes con cáncer y TEP, se debe realizar de la misma forma que el TEP sintomático, si tiene afectación segmentaria o más proximal, afectación múltiple subsegmentaria, o afectación única subsegmentaria asociada a TVP.</p>
<p>En la mayoría de las mujeres embarazadas sin inestabilidad hemodinámica se recomienda HBPM a dosis terapéuticas, ajustadas por peso.</p>
<p>Se debería considerar trombólisis o embolectomía quirúrgica en mujeres embarazadas con TEP de alto riesgo.</p>
<p>La inserción de aguja epidural o espinal no se recomienda, a menos que hayan pasado >24 horas desde la última dosis de HBPM a dosis terapéuticas.</p>
<p>No se recomienda la administración de HBPM dentro de las primeras 4 horas tras la retirada de un catéter epidural.</p>
<p>No se recomienda el tratamiento con anticoagulantes orales de acción directa durante el embarazo o la lactancia.</p>

Tabla 5: Resumen de las recomendaciones y sugerencias de la Guía Europea de Cardiología/Neumología (ERS/ESC) de 2019 y el Consenso para el Manejo de la Tromboembolia de Pulmón del 2021 (Cont.).

Adaptación de las recomendaciones y sugerencias Lobo JL, et al. Arch Bronconeumol. 2022 Mar;58(3):246-254.
Se sugiere el tratamiento ambulatorio (i.e., en las primeras 24 horas después del diagnóstico) de los pacientes de riesgo bajo con TEP aguda sintomática.
Se sugiere utilizar de forma indistinta la escala <i>Pulmonary Embolism Severity Index (PESI)</i> simplificada o los criterios de Hestia para identificar a los pacientes de riesgo bajo subsidiarios de tratamiento ambulatorio.
Se recomienda utilizar ACOD en lugar de antagonistas de la vitamina K para el tratamiento anticoagulante de la mayoría de los pacientes con TEP aguda sintomática.
Se recomienda no utilizar ACOD para el tratamiento anticoagulante de los pacientes i) con diagnóstico conocido de síndrome antifosfolípido triple positivo, ii) embarazadas y lactantes, o iii) con insuficiencia renal grave.
Se recomienda utilizar HBPM, apixabán, edoxabán, o rivaroxabán en lugar de antagonistas de la vitamina K para el tratamiento anticoagulante de los pacientes con TEP secundaria a cáncer.
Se sugiere utilizar tratamiento anticoagulante para la mayoría de los pacientes con TEP subsegmentaria.
Se recomienda no colocar un filtro de vena cava recuperable en la mayoría de los pacientes con TEP aguda sintomática.
Se recomienda colocar un filtro de vena cava recuperable en pacientes con TEP aguda sintomática y contraindicación absoluta para la anticoagulación.
Se recomienda utilizar fibrinólisis sistémica a dosis completas para la mayoría de los pacientes con TEP aguda sintomática e indicación de tratamiento de reperfusión.
Se sugiere utilizar tratamiento percutáneo dirigido por catéter (trombectomía percutánea, fibrinólisis local o ambas) o fibrinólisis sistémica a dosis reducidas para los pacientes con TEP aguda sintomática, indicación de tratamiento de reperfusión y contraindicaciones relativas para el uso de la fibrinólisis sistémica a dosis completas.
Se sugiere utilizar embolectomía quirúrgica o tratamiento percutáneo dirigido por catéter (trombectomía percutánea) para los pacientes con TEP aguda sintomática, indicación de tratamiento de reperfusión y contraindicación absoluta para el uso de la fibrinólisis sistémica a dosis completas.
Se recomienda suspender la anticoagulación a los 3 meses de un primer episodio de TEP provocada por un factor de riesgo mayor, transitorio y resuelto.
Se recomienda el tratamiento anticoagulante indefinido para los pacientes con un factor de riesgo mayor persistente (p.e. cáncer activo, síndrome antifosfolípido, historia de dos o más episodios trombóticos idiopáticos).
Se recomienda el tratamiento anticoagulante indefinido para los hombres con TEP idiopática.
Se sugiere utilizar herramientas adicionales (p.e. características clínicas, dímero D, escalas predictoras, estudios de trombofilia) para decidir la duración del tratamiento anticoagulante en i) mujeres con TEP idiopática, ii) pacientes con antecedentes de TEP secundaria a un factor de riesgo menor, transitorio y resuelto, iii) pacientes que desean suspender la anticoagulación (con independencia de su riesgo de recurrencia) y iv) pacientes con una relación incierta riesgo/beneficio para el uso de tratamiento anticoagulante indefinido (p.e. hombres con TEP idiopática y riesgo alto de sangrado).
Se recomienda no realizar estudios de trombofilia para decidir la duración de la anticoagulación a la mayoría de los pacientes con TEP.
Se recomienda no realizar cribado extendido (i.e., más allá de la historia clínica, exploración física, pruebas de laboratorio básicas y radiografía de tórax) de cáncer oculto en pacientes con TEP provocada.
Se sugiere no realizar cribado extendido de cáncer oculto en pacientes con TEP idiopática (sin factor de riesgo identificable).

ACOD: anticoagulantes orales directos; AVK: antagonista de la vitamina K; ERS: *European Respiratory Society*; ESC: *European Society of Cardiology*; ETV: enfermedad tromboembólica venosa; HBPM, heparina de bajo peso molecular; TEP: tromboembolismo pulmonar; TVP: trombosis venosa profunda.

Tabla adaptada de Konstantinides SV, Meyer G. The 2019 ESC Guidelines on the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism. Eur Heart J [Internet]. 2019 Nov 1 [cited 2022 Feb 21];40(42):3453-5; Lobo JL, Alonso S, Arenas J, Domènech P, Escribano P, Fernández-Capitán C, et al. Multidisciplinary Consensus for the Management of Pulmonary Thromboembolism. Arch Bronconeumol. 2022 Mar;58(3):246-254.

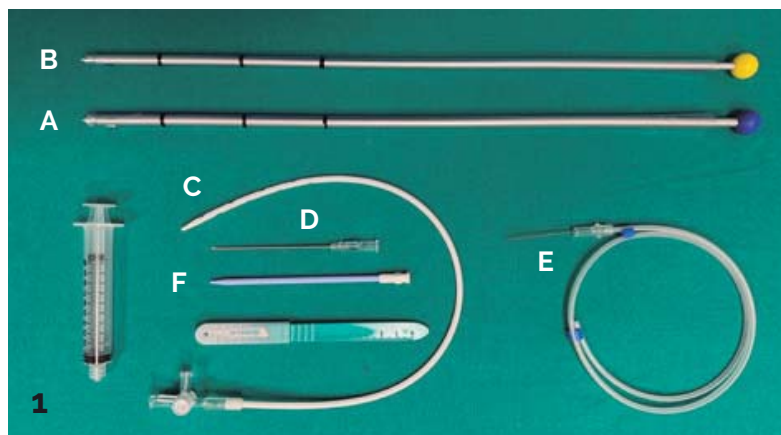
Capítulo 20: Técnicas pleurales: Toracocentesis diagnóstica y evacuadora urgentes. Drenaje torácico

Técnica de Seldinger* paso a paso:

1. Una vez identificado el derrame pleural, se accede con la aguja metálica hasta la cavidad pleural.
2. Se introduce la guía metálica a través del lumen de la aguja. A continuación, se retira la aguja dejando la guía metálica en su lugar.
3. Se pasa el dilatador a lo largo de la guía metálica hasta alcanzar la pleura parietal o cavidad pleural.
4. Se retira el dilatador, manteniendo la guía metálica y se introduce el catéter pleural a través de la guía metálica.
5. Finalmente, se retira la guía metálica dejando el catéter pleural posicionado.

*Habitualmente los *kits* de catéteres pleurales Seldinger contienen todo el material necesario para su colocación.

Imágenes 1 y 2: Imágenes de los drenajes pleurales habitualmente utilizados en urgencias.



- A:** Argylle 24 Fr con trocar introducer;
B: Argylle 20 Fr con trocar introducer. Kit Seldinger;
C: Catéter pleural Seldinger 12 Fr polifenestrado;
D: Aguja metálica;
E: Guía metálica;
F: Dilatador.

