

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD
DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



TESIS

**“CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS CLINICAS Y TRATAMIENTO
DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA, HOSPITAL ANTONIO
LORENA DEL CUSCO, 2016 - 2020”**

PRESENTADO POR:

Bach. Exaltación John Salazar Hanco

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

ASESOR:

Dr. Víctor Aquilino Béjar Bravo

Cusco – Perú

2021

AGRADECIMIENTO

A Dios, padre omnipotente, que me ha guiado en el sendero correcto, me ha
dado fuerzas y sabiduría en mi desempeño diario.

A mis padres y hermanos, por su apoyo incondicional en este difícil recorrido,
llenándome de optimismo, amor y confianza, especialmente a mi madre
Cirila.

A mi esposa, Yony Paullo, por sus consejos, por compartir esta lucha a mi
lado, por instarme a superarme cada día

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme culminar esta etapa de mi vida en compañía de todos mis seres queridos.

A mi madre Cirila, por darme por segunda vez la vida para seguir mis sueños.

A mi hija: Allison Aitana Salazar Paullo, mi fuerza, mi pilar, mi sostén, cuando pensé en desertar ella fue mi motivo para continuar, la razón por la que ahora estoy aquí... todo éste logro es de ella!!!

CONTENIDO

	pag.
CONTENIDO	iii
RESUMEN	iv
SUMARY	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPITULO I	1
PROBLEMA DE INVESTIGACION	1
1.1 Fundamentación del problema	1
1.3 formulación del problema	8
1.4 Objetivos de la investigación	10
1.5 Justificación del estudio del problema	11
CAPITULO II	14
MARCO TEORICO CONCEPTUAL	14
2.1 Definición de términos básicos	21
2.2 Hipótesis.....	21
2.3 Variables	22
2.5 Operacionalización de variables.....	23
CAPITULO III	26
METODOLOGIA	26
3.1 Tipo de estudio	26
3.2 Diseño de la investigación	26
3.3 Población y muestra	26
3.4 Criterios de selección	27
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	28
3.6 Procedimientos.....	29
CAPITULO IV	30
RESULTADOS	30
4.1 Análisis de resultado	30
CAPITULO V	39
DISCUSION Y COMENTARIOS	40
CAPITULO VI	44
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	46
BIBLIOGRAFIA	47
ANEXOS	53

RESUMEN

“CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS CLINICAS Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO ,2016-2020”

Salazar EJ. Bejar VA.

Objetivo: Establecer las características epidemiológicas, clínicas y tratamiento de la trombosis venosa profunda en el hospital Antonio Lorena del cusco ,2016-2020

Material y Método: Se ejecutó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, se realizó en el Hospital Antonio Lorena del Cusco en el periodo de 2016 al 2020, se revisó 66 historias clínicas de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de trombosis venosa profunda.

RESULTADOS: Se evaluó 66 historias clínicas, se encontró que el grupo etario mayores de 80 años presento el mayor número de casos en 31%, el sexo femenino fue el más predominante con 58%, la mayoría procedía de zonas urbanas con una frecuencia de 72%. Las comorbilidades más frecuentes fueron trombosis de la vena superficial (33%), inmovilización de miembros inferiores (30%), traumatismo (18%), enfermedades crónicas degenerativas diferentes a cáncer (12%), cirugías mayores en el último mes (12%) y las neoplasias (9%). Dentro de las manifestaciones clínicas las más relevantes fueron: dolor en un 100%, seguido de edema con fovea en 55%, pantorrilla con aumento de más de 3cm en 33%, edema en toda la extremidad en 33%, aumento de la temperatura local en 30%, eritema y signo de homans en 27%.

Con respecto al diagnostica se usó con mayor frecuencia el estudio imageneologico (85%) y 15% el dímero D, dentro del estudio imageneológico la mayoría fue diagnosticada por ecografía doopler (81%) seguido de angiotem en 19%, en cuanto a la extremidad afectada el mayor número de casos se presentó en la pierna izquierda (57%) y en su mayoría se presentó en el segmento proximal. Respecto al tratamiento el 90% recibió fármacos dentro de estos el 70% recibió enoxaparina, 18% heparina no fraccionada y 6% dabigatran o ribaroxavan, de acuerdo a que día se hizo el cambio de anticoagulantes de vía parenteral a vía oral el 67 % lo hizo entre los 4 a 6 días, pasado los 6 días el 21 % y 12 % el primer y segundo día, el tratamiento con medias de compresión represento 1% y al 9 % se les intervino quirúrgicamente donde solo se realizó la trombolectomía.

CONCLUSIONES:

La edad mayor a 80 años fue el más predominante, el sexo femenino y la procedencia urbana fueron las más frecuentes, la comorbilidad más frecuentemente fue la trombosis venosa superficial seguida de la parálisis de miembros inferiores, la manifestación clínica más frecuente fue el dolor y edema con fovea en miembros inferiores, en cuanto al diagnóstico el más usado fue la ecografía doopler y finalmente el tratamiento que más se utilizó fue el farmacológico dentro del cual el más utilizado fue la enoxaparina, cambiándose a warfarina en la mayoría de los casos entre los 4 a 6 días.

PALABRAS CLAVE: trombo, coagulo, tromboembolismo, fibrina

ABSTRACT

“CLINICAL EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH DIAGNOSIS OF DEEP VENOUS THROMBOSIS AT THE ANTONIO LORENA DEL CUSCO HOSPITAL, 2016-2020 ”

Salazar EJ. Bejar VA.

OBJECTIVE: To establish the epidemiological, clinical and treatment characteristics of deep vein thrombosis in the Antonio Lorena del Cusco hospital, 2016-2020

MATERIAL AND METHOD: An observational, descriptive, retrospective and cross-sectional study was carried out at the Antonio Lorena Hospital in Cusco in the period from 2016 to 2020, 66 medical records of patients older than 18 years with a diagnosis of thrombosis were reviewed deep vein.

RESULTS: 66 medical records were evaluated, it was found that the age group older than 80 years presented the highest number of cases in 31%, the female sex was the most predominant with 58%, the majority came from urban areas with a frequency of 72 %. The most frequent comorbidities were thrombosis of the superficial vein (33%), immobilization of lower limbs (30%), trauma (18%), chronic degenerative diseases other than cancer (12%), major surgeries in the last month (12%).) and neoplasms (9%). The most relevant clinical manifestations were: pain in 100%, followed by pitting edema in 55%, calf with an increase of more than 3cm in 33%, edema in the entire limb in 33%, increase in local temperature in 30%, erythema and homans sign in 27%.

Regarding the diagnosis, the imaging study was used more frequently (85%) and 15% the D-dimer, within the imaging study the majority was diagnosed by doppler ultrasound (81%) followed by angiotem in 19%, regarding the extremity The largest number of cases was affected in the left leg (57%) and the majority occurred in the proximal segment. Regarding the treatment, 90% were treated pharmacologically, within these, 70% received enoxaparin, 18% unfractionated heparin and 6% dabigatran or ribaroxavan, according to which day the change from parenteral to oral anticoagulants was made, 67% They did it between 4 to 6 days, after 6 days 21% and 12% on the first and second day, treatment with compression stockings represented 1% and 9% underwent surgery where only thrombolectomy was performed.

CONCLUSIONS:

Age over 80 years was the most prevalent, female sex and urban origin were the most frequent, the most frequent comorbidity was superficial venous thrombosis followed by lower limb paralysis, the most frequent clinical manifestation was pain and edema with fovea in the lower limbs, in terms of diagnosis, the most used was doppler ultrasound and finally the most used treatment was the pharmacological one, of which the most used was enoxaparin, changing to warfarin in most cases among the 4 to 6 days.

KEY WORDS: thrombus, clot, thromboembolism, fibrin

INTRODUCCIÓN

El tromboembolismo venoso (TEV), es la tercera causa de muerte por enfermedad cardiovascular ocupando el primer lugar por muerte intrahospitalaria. Se clasifica en dos patologías: la trombosis venosa profunda (TVP) y embolismo pulmonar (EP). La trombosis venosa profunda se define como la oclusión parcial o total del sistema venoso debido a un trombo de fibrina, el cual provoca una disminución del flujo sanguíneo acompañado de inflamación local con capacidad para embolizar (1).

Esta afección común puede provocar complicaciones como el síndrome posflebítico, la embolia pulmonar y la muerte (2).

Dado que la aparición de trombosis venosa profunda es oculta en su mayor parte, la mortalidad es relativamente alta. En consecuencia, si el diagnóstico temprano y la terapia trombolítica pueden lograrse rápidamente, la tasa de mortalidad se reducirá en gran medida. Sin embargo, el diagnóstico definitivo de TVP se basa generalmente en exámenes por imágenes, que son costosos, requieren mucho tiempo y son parcialmente invasivos (3).

En cuanto al diagnóstico de la trombosis venosa profunda se dice que es complicado, debido a que sus signos y síntomas son en su mayoría inespecíficos, esta característica me conduce a muchos diagnósticos diferenciales y exámenes de imagen en pacientes sin TVP, lo que disminuye en gran medida la eficacia diagnóstica (3,4).

En cuanto al tratamiento de primera línea se basa en la administración de anticoagulantes en especial la heparina de bajo peso molecular (HBPM), pero está contraindicada en pacientes con lesión renal severo o con alto riesgo de sangrado. Otros anticoagulantes utilizados son las heparinas no fraccionadas (HNF), warfarina, dabigatran, rivaroxaban, trombolisis dirigido por cateterismo y filtros de vena cava inferior (5).

Por todo lo anterior descrito se considera como una emergencia que requiere tratamiento inmediato donde el objetivo de este trabajo es describir el perfil epidemiológico clínico y tratamiento de la trombosis venosa profunda, con la finalidad de identificar esta patología, dar tratamiento adecuado y prevenir complicaciones.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 Fundamentación del problema

El tromboembolismo venoso (TEV), ocupa la tercera causa de muerte de enfermedad cardiovascular (1), donde los casos de trombosis venosa profunda (TVP) a nivel del miembro inferior conlleva a severas complicaciones como el riesgo de embolia pulmonar entre el 2,6% y el 9,4%, así como el 20% de los pacientes con trombosis venosa profunda extensa de la pierna desarrollan síndrome postrombótico crónico (6).

El diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la TVP sigue siendo un desafío para los servicios de urgencias en la actualidad, debido a la presencia de signos y síntomas clínicos ambiguos y al potencial desenlace fatal, debido a esto los hallazgos individuales o incluso las combinaciones de hallazgos que sugieren una TVP no son lo suficientemente precisos para identificar a los pacientes que muy probablemente no tienen TVP en la práctica clínica (6,7), reduciendo en gran medida la eficacia diagnóstica ya que el diagnóstico definitivo de TVP se basa generalmente en exámenes por imágenes, que son costosos, requieren mucho tiempo y son parcialmente invasivos (3).

Múltiples autores describen que la TVP presenta una incidencia anual de 1 - 2 / 1000 habitantes. Se estima que EEUU, afecta de 100 hasta 100.000 personas por año, con una prevalencia aproximada de 900.000 eventos anuales, a diferencia de Europa donde los estudios reportan una incidencia de 70 – 140 casos en 100,000 personas por año (1). En el Ecuador se informa que aproximadamente el 5-10% de muertes hospitalarias son debido a las TEV (9). En el Perú se desconoce la incidencia de esta patología en la práctica hospitalaria (20).

Posiblemente la incidencia global de esta patología esta subvalorada, debido a que esta enfermedad ofrece con frecuencia inconvenientes al diagnóstico como ya se dijo debido a que los signos y síntomas son poco sensibles y poco específicos (10).

El porcentaje de mortalidad es preocupante e estos pacientes, posterior a los 30 días del episodio trombotico, sin referencia ni sospecha de embolismo pulmonar la

mortalidad se acerca al 6% y si existiera embolismo pulmonar llega hasta un 13%, esta característica hace que esta patología se considere una enfermedad crónica con periodos de reagudización (1). En consecuencia, si el diagnóstico temprano y la terapia trombolítica pueden lograrse rápidamente, la tasa de mortalidad de esta patología se reducirá en gran medida (3).

Por todo lo anterior descrito se considera como una emergencia que requiere tratamiento inmediato donde el objetivo de esta tesis es identificar las características epidemiológicas, clínicas y tratamiento de la trombosis venosa profunda, con la finalidad de identificar esta patología, dar tratamiento adecuado y prevenir complicaciones mortales.

1.2 Antecedentes de la investigación

1.2.1 Nivel Internacional

Mulatu A, Melacu T. (ETIOPIA, 2020), en su estudio "Recurrencia de trombosis venosa profunda y sus predictores en hospitales terciarios seleccionados en Etiopía: un estudio de cohorte prospectivo". Cuyo **objetivo** fue evaluar la recurrencia de la trombosis venosa profunda y sus predictores en hospitales terciarios en Etiopía. **Materiales y método**, fue una investigación de cohorte prospectiva en pacientes hospitalizados, el análisis de datos se realizó con el programa de SPSS versión 21.0 para detectar los factores independientes de la recurrencia de la TVP, el grado de significación se consideró con un p menores de 0.05. **Resultados**, el total de población fue de 129, predominó el grupo etario de 18 – 35 años con un 58,9%, el sexo femenino (65,1%) y la procedencia de zona rural (57,4%), el 26,4% desarrollo TEV recurrente y la TVP representó el 82,40% de los episodios recurrentes, las comorbilidades que tuvieron mayor significancia fueron el consumo ocasional del alcohol ($P=0,019$), antecedentes quirúrgicos ($P=0,010$), diabetes mellitus ($P<0,001$), la localización que tuvo mayor asociación fue el sitio proximal ($P=0,022$). **Conclusiones**, la tasa de recurrencia de la incidencia fue de 2,99 en 1000 días-paciente, hubo resolución completa de la TVP en un mínimo de pacientes con anticoagulación recomendada. La edad avanzada, antecedentes de cirugía, embarazo, DM, incapacidad para alcanzar el TTPa objetivo a las 24 horas posteriores al inicio de la heparina, la afectación del sitio proximal, los antecedentes de TVP y el consumo de alcohol no cuantificado fueron predictores independientes de recurrencia de la TVP (17).

Strandvik G. (QATAR, 2020), en su estudio "Características clínicas, prácticas de manejo y resultados hospitalarios en pacientes traumatizados con tromboembolismo venoso". Cuyo **objetivo** fue evaluar las características clínicas, que prácticas de manejo se realizaron y los resultados hospitalarios de la tromboembolia venosa (TEV) entre los pacientes traumatizados. **Materiales y método**, el estudio fue retrospectivo de todos los atendidos con diagnóstico de traumatismo con desarrollo

de trombos en el servicio de traumatología. **Resultados**, el estudio encontró que 84 pacientes tenían TEV por traumatismos: 56 tenían TVP y 28 EP, la mayoría el 54,76% eran de sexo masculino, la edad media fue 46 ± 18 años y los diagnosticados con TVP tenían más probabilidad de tener antecedentes de cirugía reciente, estado postrado en cama y una TVP previa en comparación con aquellos diagnosticados con EP, las comorbilidades más frecuentes asociadas a TEV fueron obesidad, hipertensión, diabetes mellitus e hipercolesterolemia donde no se observaron diferencias entre los dos grupos con respecto a las comorbilidades, excepto por la insuficiencia cardíaca congestiva que fue mayor en pacientes con EP. **Conclusiones**, el estudio concluyó que es justificable una evaluación exhaustiva de las características del TEV en pacientes poli traumatizados, el dímero D es prometedora para descartar TEV en pacientes traumatizados. La HBPM se puede utilizar de forma segura en pacientes con TEV relacionado con un traumatismo. Se justifica el desarrollo de puntuaciones sólidas de riesgo de hemorragia para pacientes con traumatismos para orientar la terapia anticoagulante óptima (18).

Muñoz J, Zamora G.(Ecuador,2020), en su estudio "Características clínicas, exámenes complementarios y tratamiento en pacientes con trombosis venosa profunda. Hospital José Carrasco Arteaga 2019" cuyo **objetivo**, fue determinar el perfil clínico, exámenes complementarios y el tipo de tratamiento de la trombosis venosa profunda. **Materiales y método**, fue un estudio descriptivo transversal cuya muestra fueron 169 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de TVP, la información se analizó mediante el uso del SPSS versión 23. **Resultados**, el estudio encontró que el intervalo de edad más frecuente fue entre los 60 a 69 años y entre los 70 a 79 años ambos con un 21.9% y la edad media fue $63.07 \pm 17,74$ años, el sexo femenino predominó con un 56,8%, los síntomas y signos más frecuentes: edema unilateral (92,3%) y dolor (75,7%), mientras que el eritema fue el menos frecuente. La localización más común de TVP fue la proximal (60,9%). El método diagnóstico de imagen más utilizado fue la ecografía doppler (99,4%), el dímero D se ejecutó en el 45,6% de los pacientes y en los pacientes sometidos a esta prueba el 35,5% obtuvieron un valor mayor a 500 ng/L. Como tratamiento farmacológico de

inicio se usó mayor frecuencia la enoxaparina (97,6%), el no farmacológico con mayor frecuencia fue medias de compresión (68,6%). No hubo tratamiento quirúrgico. **Conclusiones**, este estudio concluyo que TVP predomina en adultos mayores, sexo femenino, con presencia de edema unilateral y dolor con localización en el segmento proximal, el método de diagnóstico más utilizado fue la ecografía Doppler y el tratamiento farmacológico mayormente usado fue la enoxaparina (5).

Rivera M. (Nicaragua, 2017), en su estudio “Comportamiento Clínico – Epidemiológico y Experiencias en el manejo de Trombosis Venosa Profunda de Miembros Inferiores, en los Departamentos Quirúrgicos del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, entre los periodos de junio 2014 al octubre 2016”. Cuyo **objetivo** fue determinar cómo se lleva el comportamiento frente al manejo de la trombosis venosa profunda en dicho hospital. **Materiales y método**, fue un estudio de tipo descriptivo con corte transversal cuya muestra fue de 38 pacientes con diagnóstico de TVP, la información será introducida en una base de datos del programa SPSS versión 15.0, el mismo que se utilizará para su análisis. **Resultados**; En su mayoría se presentó más en el género femenino (82%), adulto mayor (66%) y procedentes de zona urbana (62%), dentro de los factores de riesgo con más frecuencia destacó la postración >3 días (39,4%), seguido de cirugías mayores en las últimas 3 semanas (26,3%) y menor frecuencia las neoplasias, en cuanto a las manifestaciones clínicas la mayoría se manifestó; dolor en miembro afectado (74%) y el aumento del diámetro mayor a 3cms con respecto a la pierna contralateral (82%), el miembro más afectado fue el izquierdo (76.3%). La localización más frecuente de TVP fue la distal (52%). En cuanto al tratamiento más frecuentemente utilizado fue la heparina no fraccionada (94%), el traslape a warfarina se realizó entre 3-5 día en el 82%, después del quinto día en el 11% y en su mayoría (89%) se les indicó una dosis de 5mg/día. **Conclusiones**, este estudio concluyo que la TVP de miembros inferiores predomina en el sexo femenino, adulto mayor, procedentes de zonas urbanas, principal factor de riesgo fue la postración > 3días, el dolor y el aumento del diámetro>3cms son características clínicas importantes, el miembro más afectado fue el izquierdo casi de forma equitativa en su porción

proximal o distal, la terapia anticoagulante más utilizada fue la heparina no fraccionada y la terapia con warfarina fue administrada y monitorizada adecuadamente (8).

Castro A. (Ecuador, 2018), en su estudio “Características clínico- epidemiológicas en pacientes con trombosis venosa profunda en hospitales de Guayaquil, abril-septiembre, 2017. Cuyo **objetivo** fue determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda sintomática en hospitales de tercer nivel durante abril a septiembre 2017. **Materiales y método**, fue un estudio multicentrico, no experimental, descriptivo, de tipo transversal y con enfoque cuantitativo. La población fue de 61pacientes, donde solo 56 cumplieron con los criterios de inclusión y para un mejor estudio se dividió en tres grupos: jóvenes (<39 años), edad media (40- 46 años) y adulto mayor (>65 años). **Resultados**; los grupos que tuvieron mayor frecuencia en desarrollar TVP fueron; la edad media (53.6%) y adulto mayor (33.9%), el sexo femenino predomino tanto en el grupo de jóvenes (71%) y adulto mayor (58%), mientras que el sexo masculino predomino en el grupo de edad media (63%). Las comorbilidades con mayor frecuencia fueron el antecedente de cirugía reciente (34%) seguido de enfermedades crónicas degenerativas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, tabaquismo) con un 29%. La manifestación clínica más frecuente fue el dolor más edema en miembro inferior afectado (37.5%) seguido de solo dolor (26.8%) y solo edema (25%), el miembro mayormente afectado fue el izquierdo con un 59 %. El signo de Homans fue positivo en el 29 %. **Conclusiones**; el sexo femenino experimenta más episodios de TVP en edad reproductiva y en la vejez, debe estipular protocolos de manejo de profilaxis posoperatorio para TVP para no generar gasto público, este estudio es importante para las especialidad de hematología, cirugía y oncología (19).

Flores S. (Ecuador, 2017), en su estudio “Riesgo de trombosis venosa profunda en pacientes hospitalizados con padecimientos no quirúrgicos y su asociación con factores condicionantes”. Cuyo **objetivo** fue identificar los factores condicionantes más frecuentes en el riesgo a desarrollar trombosis venosa profunda en pacientes

hospitalizados con padecimientos no quirúrgicos para instaurar una buena y oportuna trombopprofilaxis. **Materiales y método;** fue un estudio observacional de corte transversal, para el cual se extrajo información por encuestas anónimas de 127 pacientes internados por causas clínicas en el servicio de Medicina Interna del Hospital General San Francisco de Quito. El análisis estadístico se ejecutó con el programa SPSS con chi-cuadrado. **Resultados;** el 38.6% de pacientes presenta un riesgo alto de padecer TVP y el 61.4% presenta un riesgo bajo. El análisis estadístico reveló que no existe una relación entre el grupo de alto riesgo de tener TVP con los factores: sexo, motivo de hospitalización y tiempo de hospitalización. Pero se halló una gran asociación estadística con los factores de movilización y enfermedades crónicas degenerativas. **Conclusiones;** las principales comorbilidades como antecedentes para desarrollar trombosis venosa profunda en el presente estudio fueron la movilidad de los pacientes y la concomitancia con las enfermedades crónicas degenerativas (9).

1.2.2 Nivel nacional

Santillana M. (Perú, 2020), en su estudio “Características clínicas epidemiológicas de trombosis venosa profunda en un Hospital Regional 2017 – 2019”. Cuyo **objetivo** fue determinar las Características clínicas epidemiológicas de trombosis venosa profunda en el servicio de Hematología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico (HRDCQ) Daniel Alcides Carrión - Huancayo. **Materiales y método;** el estudio fue descriptivo, observacional y transversal, durante los años 2017-2019, la muestra fue de 118 pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda (TVP), la técnica de recolección de datos fue el análisis documental y el instrumento una ficha. El análisis estadístico se realizó con el programa IBM SPSS Statistics versión 22 y para las figuras Excel 2016. **Resultados;** el rango de edad que predominó fue la de 60-69 años con un 29.7%, en relación al género el femenino fue el predominante con un 60.16% y el 53,4 % eran procedentes de zona urbana. Entre las características clínicas más frecuentes se encontró el dolor 99,2% seguido del calor local con un 89,8% y aumento de volumen en un 86,4%. **Conclusiones:** Se concluyó

que entre 60-69 años de edad es más frecuente la trombosis venosa profunda, el sexo femenino tuvo el mayor predominio al igual que los procedentes de zona urbana, donde la clínica más frecuente que presentaron fue el dolor, calor local y aumento de volumen (20).

1.2.3 Nivel local

No se encontraron estudios locales sobre esta patología puesto que hay escasez de información sobre el tema de manera actualizada. Por lo cual el presente estudio es de suma importancia para guiar a futuros estudios de cómo son las características de esta patología y su comportamiento en la sierra peruana.

1.3 Formulación del problema

1.3.1 Problema general

¿Cuáles son las características epidemiológicas clínicas y tratamiento de la trombosis venosa profunda en el Hospital Antonio Lorena del Cusco ,2016-2020?

1.3.2 Problemas específicos

1. ¿Cuáles son las características demográficas (edad, sexo, lugar de procedencia) de pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda en el Hospital Antonio Lorena del Cusco ,2016-2020?

2. ¿Cuáles son las comorbilidades para pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda en el hospital Antonio Lorena del cusco ,2016-2020?

3. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda en el Hospital Antonio Lorena del Cusco ,2016-2020?

4. ¿Cuál es el abordaje diagnóstico que se utiliza con mayor frecuencia en pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda en el Hospital Antonio Lorena del Cusco ,2016-2020?

5. Cuál es el manejo que se utiliza con mayor frecuencia en pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda en el Hospital Antonio Lorena del Cusco ,2016-2020¿?

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

Establecer las características epidemiológicas, clínicas y tratamiento de la trombosis venosa profunda en el Hospital Antonio Lorena del Cusco ,2016-2020.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Identificar las características demográficas (edad, sexo, lugar de procedencia) de pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda en el Hospital Antonio Lorena del Cusco ,2016-2020.
2. Determinar las comorbilidades para pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda en el Hospital Antonio Lorena del cusco ,2016-2020.
3. Caracterizar las manifestaciones clínicas de pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda en el Hospital Antonio Lorena del cusco ,2016-2020.
4. Establecer el abordaje diagnóstico que se utiliza con mayor frecuencia en pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda en el Hospital Antonio Lorena del cusco ,2016-2020.
5. Determinar el manejo que se utiliza con mayor frecuencia en pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda en el Hospital Antonio Lorena del cusco ,2016 - 2020.

1.5 Justificación del estudio del problema

Trascendencia

La trombosis venosa profunda es una patología que se ha incrementado debido a los estilos de vida de la población, por eso es catalogada como la causa prevenible más frecuente de muerte hospitalaria y la tercera causa de morbilidad por enfermedad cardiovascular, llevando por ende un incremento de visitas al servicio de emergencias del área de medicina interna. Esta patología presenta diversos factores asociados, los cuales varían en diversas poblaciones y dado que en nuestro medio no se encuentra del todo estudiada es necesario conocer la verdadera magnitud de este problema en tiempos actuales, dicho conocimiento será vital para identificar el perfil epidemiológico, clínico y tratamiento, el cual nos permitirá identificar de manera más pronta a los pacientes en riesgo y así realizar intervenciones oportunas y sobre todo costo beneficiosas para el sector salud, dado que su conocimiento será importante para el diagnóstico y tratamiento en nuestro medio y no esperar secuelas graves por una trombosis venosa profunda complicada, por lo expuesto se observa la importancia y conveniencia del desarrollo de este trabajo.

Relevancia académica

El presente estudio proporciona una visión general y sistematizada del problema y se ofrece a manera de antecedente para estudios posteriores y actualización del conocimiento.

Conocimiento

La trombosis venosa profunda es una patología va en aumento en el área de medicina interna de los hospitales según las estadísticas globales lo que podría pasar en el presente hospital, debido a los cambios en el estilo de vida de los cusqueños, con este conocimiento observaremos potenciales factores de riesgo en nuestra localidad que se puedan modificar o controlar para no desarrollar este cuadro y con ello justificar la realización de medidas de prevención y promoción,

todo esto haría que los gastos de atención disminuyeran. Por todo lo expuesto es factible la realización del presente estudio.

Ciencia

En países como el nuestro no se le ha dado la debida importancia por ende, permite pensar que el problema va a ser mucho mayor en el futuro con las complicaciones que este puede presentar generando mayores costos en el tratamiento para una mejor calidad de vida del paciente, por lo que corresponde elaborar estrategias preventivo-promocionales.

Comunidad

Ya que no existen suficientes estudios que se actualicen constantemente en cuanto a la incidencia, prevalencia y factores de riesgo en nuestra localia, este trabajo de investigación servirá de apoyo para prevenir esta patología que podría ir en aumento en la población cusqueña, hasta el punto que podría a convertirse en un problema de salud pública en nuestra región, en consecuencia es importante y conveniente la realización de este proyecto de investigación.

1.6 Limitaciones y viabilidad del estudio

La limitación de este proyecto dentro del hospital donde se realizó es que no se realice a todos los pacientes producto del mal llenado de las historias clínicas y error en la codificación del CIE-10. El presente trabajo de investigación se desarrolló en el Hospital Antonio Lorena del Cusco con previa autorización del personal encargado del servicio de Medicina Interna, actualmente el hospital cuenta con recursos humanos adecuados. El gasto del proyecto es autofinanciado por que el proyecto es sostenible. Por todo ello el proyecto es viable.

1.7 Aspectos éticos

- El presente trabajo se realizó en base a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial quien preside las investigaciones médicas en seres humanos bajo principios éticos.
- Se solicitó la autorización de las autoridades competentes del Hospital Antonio Lorena para la revisión de las historias clínicas y confidencialidad en el registro de datos.
- Se solicitó la revisión y la conformidad por parte del comité de investigación del Hospital Antonio Lorena.
- La información obtenida fue manejado únicamente por el investigador y la publicación de los datos recopilados se realizó en forma anónima.

CAPITULO II

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1 Marco teórico

2.1.1 Definición

La trombosis venosa profunda se presenta por el origen de un trombo por lo general de fibrina que bloquea de forma parcial o total la circulación venosa profunda, casi siempre la mayoría se origina en el sistema venoso profundo de los miembros inferior tanto a nivel de las venas proximales como la vena femoral superficial o la vena poplitea así como las venas distales como vena tibial anterior, posterior y vena peronea (12).

2.1.2 Clasificación

La trombosis venosa profunda se puede dividir en tres tipos:

- TVP distal (también conocida como TVP distal aislada, TVP de la pantorrilla o TVP por debajo de la rodilla), que involucra el sistema venoso infrapoplíteo.
- TVP femoropoplíteo, que afecta las venas proximales de la pierna hasta el ligamento inguinal.
- TVP iliofemorales que involucra TVP proximal que se extiende por encima del ligamento inguinal (35).

2.1.3 Fisiopatología

La creación de un trombo se debe al resultado de tres condiciones; la hipercoagulabilidad, daño endotelial y la estasis sanguínea, la conocida triada de Virchow. La estasis en esta patología se coteja por los sitios donde con mayor frecuencia se presenta que son los miembros inferiores. Si la estasis se presenta por un periodo mayor de 24 a 72 horas se forma fibrina, se impulsa la agregación plaquetaria, los leucocitos migran por el endotelio, se reduce la síntesis de activador tisular de plasminogeno y se impide la acción inhibitoria de la proteína

C cuando se expone a la sangre. Esta característica en la unidad de cuidados intensivos es de suma importancia debido a que los pacientes son inmovilizados por tiempos prolongados. Por otra parte el endotelio participa en la hemostasia mediante la producción de factor de Von Willebrand, elastina, fibronectina, factor tisular y colágeno, además el endotelio tiene mecanismos que lo protegen de la trombosis como su carga negativa, la producción de inhibidores de actividad plaquetaria (prostaciclina, ácido 13-hidroxioctadecadienoico, óxido nítrico, inhibidores de depósito de fibrina, etc), que son alterados cuando se produce daño endotelial (14).

Durante la anestesia la relajación de los músculos de la pantorrilla produce la falta de acción de bombeo esto conlleva a la formación de trombos durante cirugías mayores. La agresión de una vena produce daño endotelial lo que conduce a la agregación plaquetaria, fibrina, la formación de un coágulo y la disminución de la actividad fibrinolítica. La agresión puede deberse a la manipulación de la vena, golpe y punción de soluciones irritantes en el vaso (8).

2.1.4 Manifestaciones clínicas

Se estima que aproximadamente el 75% de las trombosis venosas son subclínicas, debido a que los trombos son menos adherentes a la pared de venas de gran calibre con pocas valvas y mínima inflamación, esto hace que la hipertensión venosa no se presente; en mayoría de ocasiones solo son informadas posterior a un evento agudo de embolia pulmonar (14).

El síndrome posflebitico tiene en la incompetencia valvular la causa más importante. El síntoma más frecuente y de aparición precoz es el edema. Las varices superficiales se manifiesta producto de la circulación venosa colateral. El dolor se presenta más en posición de sedestacion prolongada, bipedestación y ambientes con altas temperaturas (5). Las manifestaciones epidémicas de manifiestan en forma crónica como la induración, hiperpigmentación, prurito, atrofia, estas afectan toda la pierna pero se presentan con mayor frecuencia a

nivel supramaleolar (6). La ulcera postrombotica se considera como la etapa evolutiva final de los transtornos tróficos cutáneos (15).

2.1.5 Diagnóstico

- Dímero D

El dímero D es uno de las sustancias tras la disolución de la fibrina producidos durante la activación tanto del sistema de coagulación como de la cascada de fibrinólisis. El dímero D sirve clínicamente como un marcador sensible de episodios trombóticos agudos y también puede estar elevada en los síndromes aórticos agudos debido a los cambios hematológicos relacionados con el estrés por cizallamiento sanguíneo. Un resultado de dímero D positivo puede indicar que hay una formación y descomposición de un coágulo sanguíneo significativo (trombo) en el cuerpo, pero la prueba no es específica para la ubicación, etiología o patología subyacente (13). Un dímero D negativo descarta la TVP y no se requieren pruebas adicionales ni anticoagulación y aparte el dímero D tiene una utilidad limitada en pacientes hospitalizados y en determinadas poblaciones de pacientes (posquirúrgicas, embarazadas) debido a la alta frecuencia de resultados positivos con umbrales estándar (29).

Este producto de degradación final procoagulante puede guiar a los médicos en el diagnóstico de pacientes con tromboembolismo venoso (TEV), afecciones hipercoagulables o protrombóticas y disección arterial. (12)

- Flebografía

Este procedimiento se hace mediante la introducción de un medio de contraste a nivel de las venas gracias a la visualización directa de los defectos de repleción y la extensión del proceso trombotico. Es sumamente sensible y específico. Para detectar las TVP de las grandes venas de la pierna y del muslo se utiliza la albumina marcada con tecnecio 99 esta no es sensible para TVP distales, no detecta trombos oclusivos ni compresiones extrínsecas. Este procedimiento se puede asociar con ganamagrafia de perfusión pulmonar para diagnóstico de

trombo embolismo pulmonar (8).

La flebografía ha sido sustituida por la ecografía doppler, por ser una técnica invasiva (inyección de contraste endovenoso), puede provocar complicaciones (16).

- La ecografía de compresión

Es ahora la prueba de imagen de elección para diagnosticar la TVP. La ausencia de compresibilidad de una región venosa se considera el criterio diagnóstico utilizado, pero la adición de Doppler (incluido el flujo de color) puede ser útil para identificar con precisión los vasos y confirmar la compresibilidad de un segmento en particular. En muchos centros, las pruebas de ultrasonido se limitan a las venas proximales (va desde la vena femoral común hasta las venas de la pantorrilla donde se unen a la vena poplítea), para las cuales la sensibilidad es del 97%. Para la TVP en las venas de la pantorrilla, la sensibilidad es solo del 73%. Dado que no se escanea la parte distal de la pantorrilla, se ha demostrado que la ecografía debe repetirse 1 semana después (pruebas seriadas) si el resultado es negativo para detectar TVP que se extiende hacia las venas proximales. Sin embargo, en pacientes sintomáticos, sólo el 20% de los trombos detectados están aislados para la pantorrilla, y sólo el (20-30) % de estos trombos eventualmente se extenderá al sistema venoso proximal. Por lo tanto, las pruebas seriadas de rutina son ineficaces e inconvenientes. De hecho, los estudios que utilizan el enfoque de pruebas en serie han demostrado que solo el 1-2% de los pacientes que tienen un resultado ecográfico inicial negativo se confirmará que tienen TVP proximal en las pruebas en serie. Como resultado, las pruebas en serie no son rentables (2).

- Ecografía doppler

Este estudio posee una sensibilidad (94%) y especificidad (98%) cuando se realiza a nivel de las venas proximales y a nivel de las venas distales posee una sensibilidad (63%) y una especificidad (93.5%). El valor predictivo positivo es

99% y el valor predictivo negativo es 95% (5).

La ecografía doppler diagnostica la TVP así como su extensión, la presencia de trombos no oclusivos diferenciándolos de los defectos intraluminares de compresiones extrínsecas (18).

- Resonancia magnética (RM)

Este estudio posee una sensibilidad (91.5%) y especificidad (94.8%), si la TVP es de origen proximal estos porcentajes se incrementan. La finalidad de este estudio es la confirmación de trombosis de la vena iliaca, especialmente en embarazadas, pero su alto costo es sin duda su poca utilización (16).

- Tomografía axial computarizada (TAC)

Este estudio posee una sensibilidad (95.9%) y una especificidad (95.2%), se utiliza generalmente para diagnóstico tromboembolismo acompañado de TVP (5).

2.1.6 Tratamiento

El tratamiento estándar para la TEV es la terapia de anticoagulación, cuyo objetivo es interrumpir la extensión del trombo en las venas proximales y reducir el riesgo de recurrencia de la TEV (como TVP o EP). Los medicamentos anticoagulantes tienen el riesgo de sangrado como complicación del tratamiento. La gravedad del sangrado es un motivo para interrumpir el tratamiento y los episodios de sangrado mayor requieren en su mayoría transfusión, intervención endoscópica, angiográfica o cirugía (35).

- Anticoagulación

El tratamiento de elección inicial es la anticoagulación. La terapia inicial debe incluir dosis terapéuticas de heparina no fraccionada o heparina de bajo peso molecular. El tratamiento inicial con terapia anticoagulante oral sola es inaceptable. La facilidad de administración y la eficacia de la heparina BPM lo convierten en el anticoagulante preferido, ya sea que se administre de forma

ambulatoria u hospitalaria. Dado que la heparina BPM se excreta predominantemente por vía renal, se debe utilizar heparina no fraccionada en pacientes con disfunción renal significativa. Un agente más nuevo es el pentasacárido sintético fondaparinux, que es al menos tan eficaz y seguro como la heparina de bajo peso molecular en el tratamiento de la TVP. El fondaparinux puede considerarse como un agente alternativo para el tratamiento de la TVP con el beneficio adicional de que, hasta la fecha, no se ha informado de trombocitopenia inducida por heparina con este agente. Desafortunadamente, la formulación de dosis terapéutica de fondaparinux (7,5 mg por vía subcutánea para la mayoría de los pacientes) es de difícil adherencia a los pacientes (2).

El sostenimiento de la anticoagulación se trata con anticoagulantes orales (Acenocumarol o Warfarina), estos fármacos se administran posteriores a los 2 días a la dosis de carga de HPBM o HNF debido a que estos fármacos tardan en actuar 72 horas (8).

De acuerdo al tiempo de duración del tratamiento se definieron como tratamiento anticoagulante parenteral precoz (HPN o fondaparinux) \leq 10 días después del diagnóstico de TVP, mientras que el tratamiento anticoagulante prolongado se definió como tratamiento anticoagulante (warfarina, anticoagulante oral directo o heparina no fraccionada) continuado durante $>$ 10 días, después del diagnóstico de TVP (31).

- Trombólisis dirigida por catéter

Este procedimiento consiste en la extracción y eliminación del trombo que obstruye la vena mediante un agente trombotico que elimina el coagulo. Presenta mejores resultados cuando el trombo se localiza en venas iliofemorales y femoropoplitea distal (5).

- Medias de compresión

Las medias de compresión del tipo cortas (hasta la rodilla) y compresión fuerte (30 mmhg) se utilizan para disminuir la incidencia del Síndrome Postrombótico. Los mejores beneficios se dan cuando se utilizan antes del primer mes tras el evento trombótico alargando su uso hasta un año como mínimo. Sin embargo estas medias de compresión no ayudan a prevenir el porcentaje de recurrencia de TVP (8).

- Filtros de Vena Cava Inferior

El primer filtro intraluminal se construyó en el año 1958 por Weese, el cual podía bloquear el paso del embolo sin afectar la dinámica sanguínea previniendo el tromboembolismo pulmonar. En 1981 Greenfield creó el primer filtro percutáneo si recurrir a la venotomía (19). En este procedimiento se esteriliza en la zona inguinal contralateral y el perineo, se coloca una vaina de 6 French en la vena ilíaca común a través de una punción en la vena femoral común con inyección de 20 ml de medio de contraste. Luego se avanza la vaina larga hasta el nivel de la vena renal inferior y se libera el filtro de la vena cava inferior debajo del nivel infrarrenal donde el posicionamiento exacto del filtro se reconfirma con venografía después de completar el procedimiento. (30)

Este procedimiento tiene las siguientes indicaciones: (20)

1. Contraindicaciones para la terapia anticoagulante.
2. Tromboembolismo recurrente a pesar de una adecuada anticoagulación.
3. Colocación profiláctica en pacientes de alto riesgo

- Tromboembolectomía.

La tromboembolectomía se define como la extracción mediante cirugía de los trombos venosos. Está indicada en pacientes con isquemia de la extremidad o embolismo pulmonar extenso que fracasaron o tienen contraindicado el tratamiento trombolítico. Este procedimiento nos está exenta de complicaciones como una elevada mortalidad o recurrencias debido al daño causado en el

endotelio venoso (8).

Hay un concepto llamado “vena abierta” dentro de los procedimientos de cirugía de la TVP , se trata de la eliminación inmediata de la obstrucción de la vena por extracción, lisis y aspiración del trombo. En los últimos años ha tomado relevancia la trombolisis fármaco mecánica (TFM) como una opción para manejo de la TVP proximal (34).

2.2 Definición de términos básicos

Trombo: Es la formación de un coagulo dentro de un vaso sanguíneo el cual se queda en el sitio de origen (13).

Trombo embolismo: Enfermedad producida por la impactación de un fragmento de un trombo. Se produce cuando este se desprende de su lugar de origen, y es llevado por el torrente sanguíneo hasta producir la oclusión de una arteria distante del lugar de origen (5).

Fibrina: La fibrina es una proteína fibrilar con la posibilidad de formar redes tridimensionales a nivel de los vasos sanguíneos y tendones. Actúa como pegamento o hilo ubicado entre las plaquetas que agrupan en un herida (8).

2.3 Hipótesis

Por ser un estudio observacional no cuenta con hipótesis.

2.4 Variables

Variables implicadas

- Variables independientes:

- Antecedentes epidemiológicos
- Manifestaciones clínicas
- Manejo diagnóstico
- Tipo de Tratamiento

- Variables dependientes:

- Trombosis venosa profunda.

Variables no implicadas

- Edad
- Procedencia
- sexo

2.5 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICION	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICION	EXPOSICION FINAL
Trombosis venosa profunda	Formación de un coágulo de trombina en venas 1,2	Cualitativo	Indirecta	Presencia de trombo	Nominal	Recolección de datos de la historia clínica en la ficha de recolección	Sera expresado en porcentaje (%)
Edad	Años que ha cumplido el paciente desde su nacimiento hasta la fecha del diagnóstico .22	Cuantitativo	Indirecta	Edad en años cumplidos	De intervalo	Recolección de datos de la historia clínica en la ficha de recolección	Menos de 20 20-29 30-39 40-49 50-59 Mas de 60
Procedencia	Origen o lugar de donde procede.23	Cualitativo	Indirecta	Procede de zona rural, urbana	Nominal	Recolección de datos de la historia clínica en la ficha de recolección	Zona rural Zona urbana
Sexo	Genero femenino y masculino .24	Cualitativo	indirecta	Genero	nominal	Recolección de datos de la historia clínica en la ficha de recolección	Masculino femenino
Comorbilidades	Traumatismos Cirugías Enfermedades crónicas degenerativas Trombosis venosa superficial Inmovilización de miembros inferiores	Cualitativo	Indirecta	Presencia de antecedente	Nominal	Recolección de datos de la historia clínica en la ficha de recolección -si -no	Sera expresado en porcentaje (%)

Manifestaciones clínicas	Dolor, signo de homans , eritema , cianosis,Edema con fóvea Venas superficiales no varicosas	cualitativo	indirecto	Presencia de síntomas o signos	nominal	Recolección de datos de la historia clínica en la ficha de recolección	Sera expresado en porcentaje (%)
Manejo diagnostico	Dimero D	cuantitativo	Indirecta	Valores séricos de dimero D	discreto	Recolección de datos de la historia clínica en la ficha de recolección	-Menor 500ng/ l - Mayorde500ng/ l
	Exámenes imagenologicos	Cualitativo	Indirecta	Ecografía doopler Resonancia magnética Tomografía computarizada Ninguno		Recolección de datos de la historia clínica en la ficha de recolección: Si no	Sera expresado en porcentaje (%)
	Localización	Cualitativo	Indirecta	Proximal Distal		Recolección de datos de la historia clínica en la ficha de recolección: Si no	Sera expresado en porcentaje (%)
Tipo de tratamiento	Tratamiento no farmacológico	Cualitativo	Indirecta	Medias de compresion	Nominal	Recolección de datos de la historia clínica en la ficha de recolección: Si no	Sera expresado en porcentaje (%)
	Tratamiento farmacológico	Cualitativo	Indirecta	Warfarina Dabigatrán Rivaroxabán Heparina no Fraccionada Enoxaparina Otro		Recolección de datos de la historia clínica en la ficha de recolección: Si no	Sera expresado en porcentaje (%)

	Tratamiento quirúrgico	Cualitativo	Indirecta	-Trombolisis dirigida -Filtros para vena cava inferior		Recolección de datos de la historia clínica en la ficha de recolección: Si no	Sera expresado en porcentaje (%)

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo transversal descriptivo, retrospectivo.

- **Transversal:** porque la recolección de datos se realizó en un solo momento de acuerdo a los objetivos de la investigación planteados.
- **Retrospectivo:** es decir se recolecto información sobre hechos que ya ocurrieron en el pasado a partir de la revisión de las historias clínicas registradas de los pacientes con diagnóstico de egreso de trombosis venosa profunda, en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2016 - 2020.

3.2 Diseño de la investigación

- **Observacional:** se realizó un estudio observacional porque no hubo intervención del investigador ni manipulación de variables.

3.3 Población y muestra

3.3.1 Descripción de la población

Está comprendida 85 historias clínicas de los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de trombosis venosa profunda en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2016 – 2020.

Para hallar la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

n = Es el tamaño de la muestra. (66)

N = Es el tamaño de la población. (85)

p: Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5. (0.5)

q: porcentaje de la población que no tiene el atributo deseado =1-p. (0.5)

Z = Valor obtenido mediante los niveles de confianza. Siendo este un valor constante que, si en caso no se cuenta con su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivalente a 1,96. (1.96)

e = Límite aceptable de error muestral que se toma en este caso como el 5%. (0.05)

Reemplazando los datos en la fórmula de tamaño de muestra, se obtuvo una muestra de 66 historias clínicas de pacientes hospitalizados con trombosis venosa profunda con un nivel de confianza de 95% y error muestral de 5%.

3.3.2. Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- ✓ Historias clínicas de pacientes hospitalizados mayores de 18 años de ambos sexos con diagnóstico de trombosis venosa profunda.
- ✓ Historias clínicas completas de los pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda.
- ✓ Pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda en miembros inferiores que fueron hospitalizados.

Criterios de exclusión:

- ✓ Pacientes hospitalizados con diagnóstico de trombosis venosa profunda antes

del 2016.

- ✓ Pacientes cuya historia clínica presentó registros inadecuados, datos no registrados o registros incompletos.

3.3.3 Muestra: tamaño de muestra y método del muestreo

La muestra fue no probabilística comprendida de 66 historias clínicas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión que tuvieron registros con diagnóstico de egreso de trombosis venosa profunda del Hospital Antonio Lorena del Cusco en el periodo de 2016 al 2020.

Método de muestreo

El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional, por conveniencia, ya que las historias clínicas de pacientes hospitalizados con diagnóstico de trombosis venosa profunda, fueron seleccionados en función si cumplen o no con los criterios de selección.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas

Los datos fueron recolectados por medio de una ficha de recolección de datos.

Instrumento de recolección de datos

- Ficha de recolección de datos

La ficha de recolección de datos fue validado por Juicio de expertos utilizando el método de distancia de punto medio para lo cual se contó con 4 expertos en el tema; 3 médicos especialistas en medicina interna y 1 médico de cirugía general del Hospital Antonio Lorena del Cusco.

El valor hallado por el método de distancia de punto medio en el presente estudio fue de 1.97 cayendo en la zona A, lo cual significa adecuación total del instrumento, lo que habilita para su aplicación en la investigación.

3.5 Procedimientos

1. Se solicitó la aprobación de la oficina de capacitación y de la dirección ejecutiva del Hospital Antonio Lorena.
2. Se obtuvo el permiso del área de estadística y archivos para la revisión de historias clínicas.
3. Para la selección de la muestra se usó el código internacional de enfermedades CIE-10: I82.
4. Se aplicó la ficha de recolección de datos según a los criterios de inclusión y exclusión.
5. Se creó una base de datos donde se almacenó toda la información necesaria utilizando el programa office Excel 2016 para la ejecución de gráficos estadísticos de los resultados hallados en el presente estudio descriptivo.

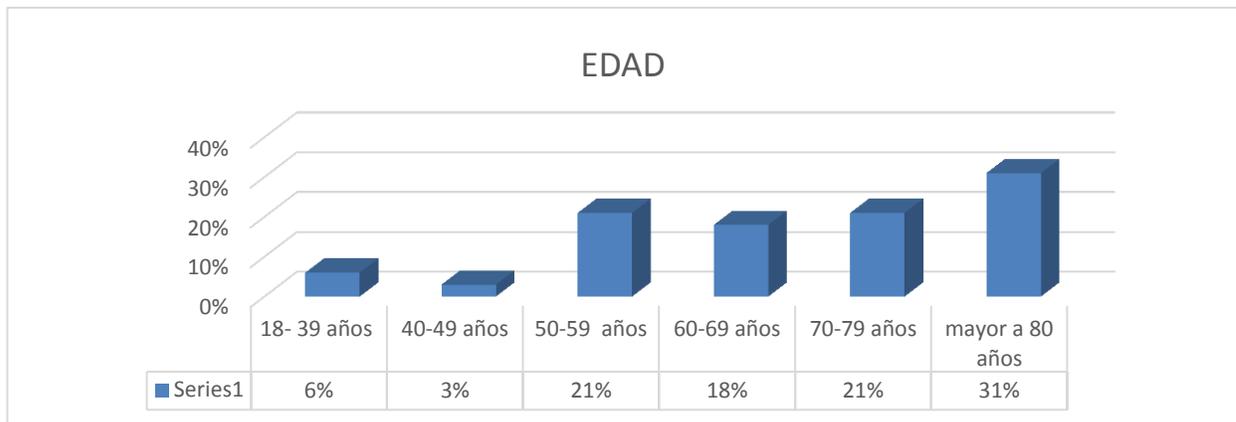
CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 Análisis de resultado

Características demograficas

Grafico 1: Distribución de las características demográficas de trombosis venosa profunda en relación a la edad.

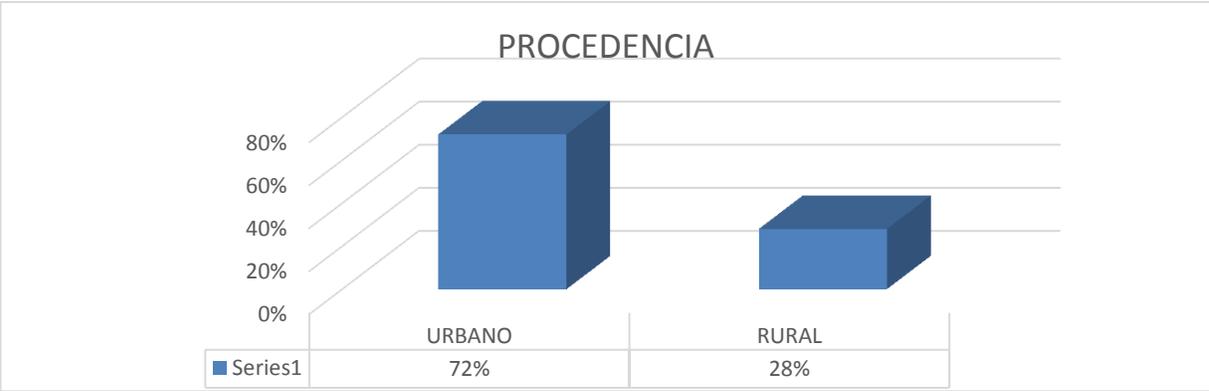


Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación

En este gráfico se observa la distribución porcentual de la característica demográfica en relación a la edad, se observa que el grupo etario con mayor proporción de casos de trombosis venosa profunda, fueron los mayores de 80 años que representa el 31%, seguido del grupo de 70 - 79 años y el grupo etario de 50 - 59 años ambos con 21 %, el grupo etario de 60 - 69 años represento el 18% y el grupo etario de 18 - 39 años represento el 6%. La edad media fue 70,18 años, la desviación estándar de 18,07 con una varianza de 316,69, la edad mínima fue 21 años y la máxima 98 años.

Grafico 2: Distribución de las características demográficas de trombosis venosa profunda en relación a la procedencia.

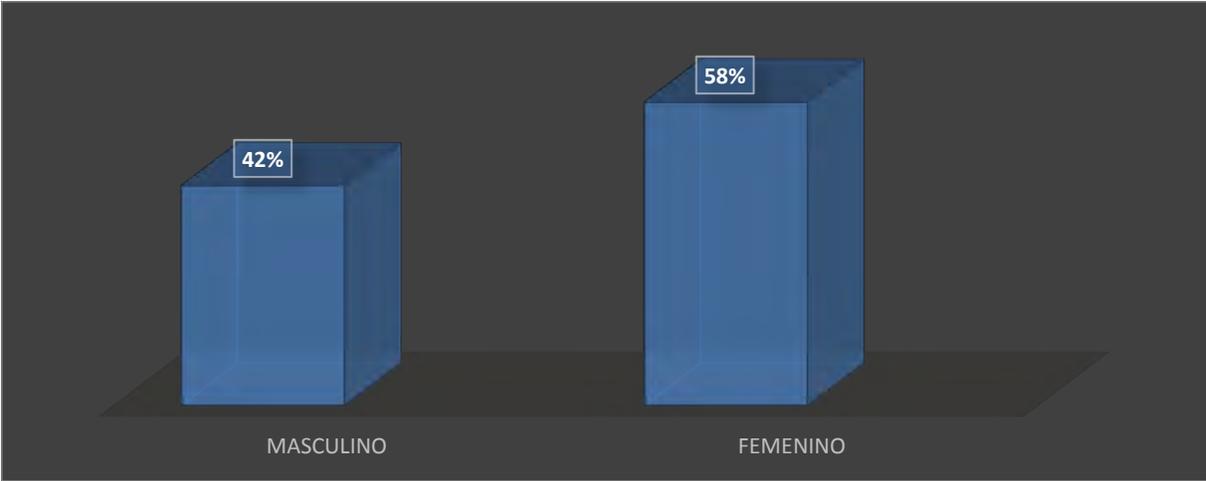


Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación

En este gráfico se observa la distribución porcentual de la característica demográfica en relación a la procedencia donde se observa, que el 72% eran procedentes de zonas urbanas y el 28% eran procedentes de zonas rurales.

Grafico 3. Distribución de las características demográficas de trombosis venosa profunda en relación al sexo.



Fuente: ficha de recolección de dato

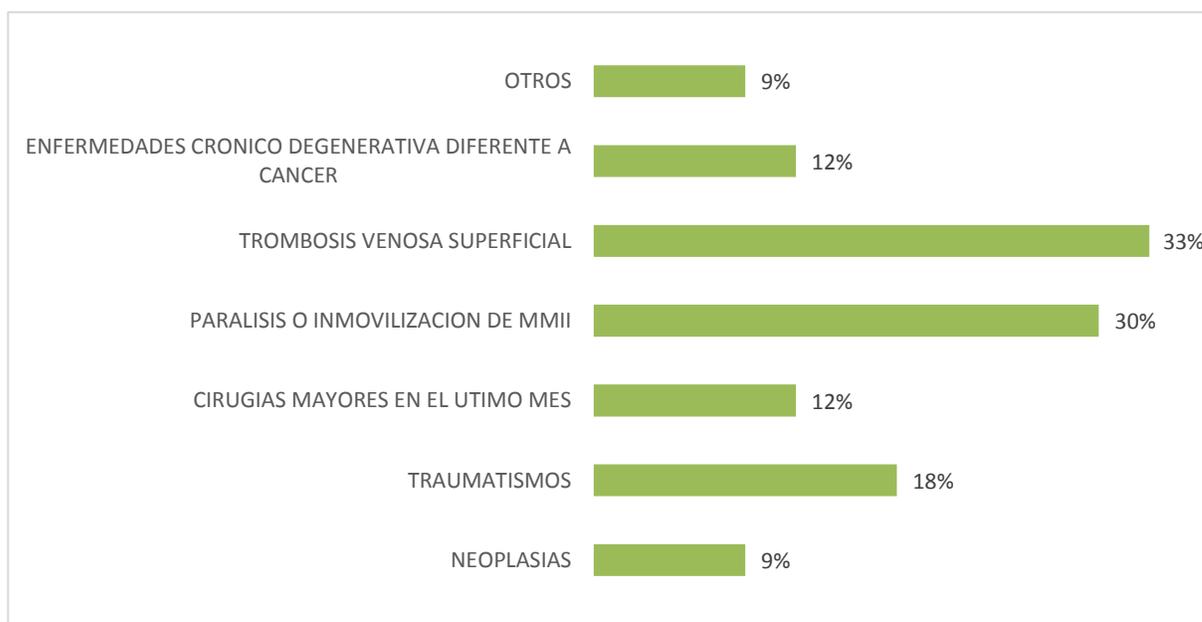
Interpretación

En este gráfico se observa la distribución porcentual de la característica demográfica

en relación al sexo, del cual se observa que sexo femenino tiene la mayor proporción con un 58% en comparación con el sexo masculino que represento el 42%.

Comorbilidades más frecuentes y trombosis venosa profunda

Grafico 4. Valores porcentuales de comorbilidades y trombosis venosa profunda.

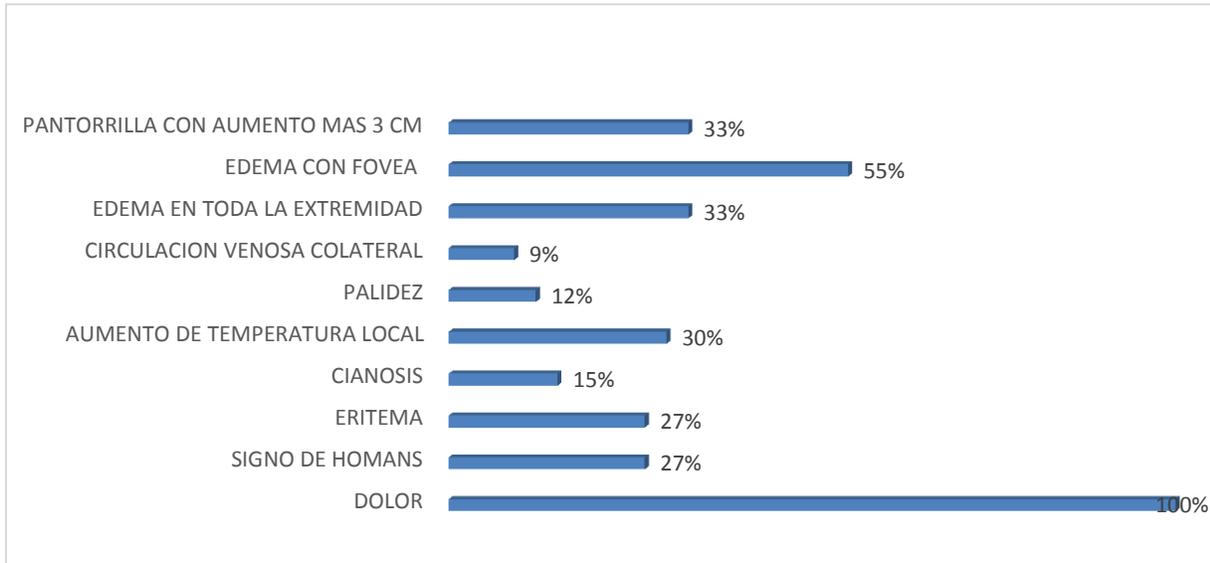


Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación

El gráfico representa los porcentajes de las comorbilidades asociadas de los pacientes diagnosticados con trombosis venosa profunda, donde se observa que la trombosis de la vena superficial fue la comorbilidad más frecuente con un 33%, la parálisis o inmovilización de miembros inferiores represento el 30 %, los traumatismos representaron el 18%, las enfermedades crónicas degenerativas al igual que las cirugías mayores en el último mes representaron el 12% cada uno y las neoplasias representaron el 9%.

Grafico 5. Manifestaciones clínicas más frecuentes y trombosis venosa profunda profunda

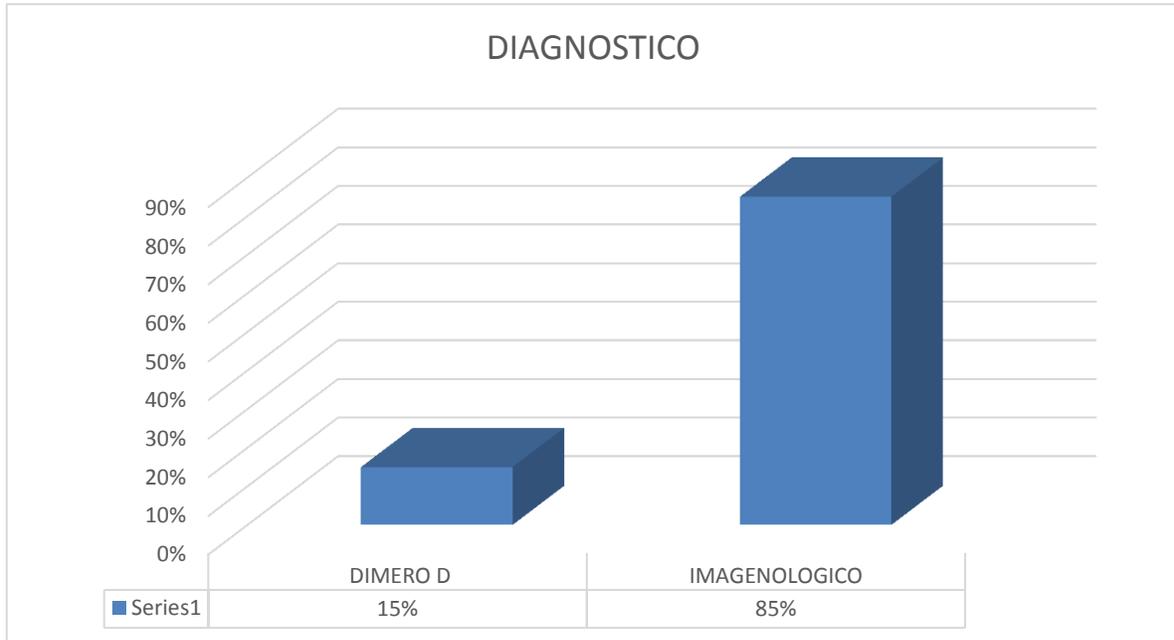


Fuente: ficha de recolección de datos.

Interpretación

El gráfico representa las manifestaciones clínicas de los pacientes diagnosticados con TVP, donde se observa que el 100% de los pacientes presentaron dolor en el miembro afectado seguido de edema con fovea en un 55%, el 33% de los pacientes presentaron un aumento de volumen de pantorrilla en más de 3cm en relación con la pierna contralateral al igual que el edema en toda la extremidad, el aumento de la temperatura local se presentó en un 30%, el eritema y signo de Homans tuvieron un porcentaje de 27% cada uno y solo el 9% presentó circulación venosa colateral.

Grafico 6. Método de diagnóstico y trombosis venosa profunda

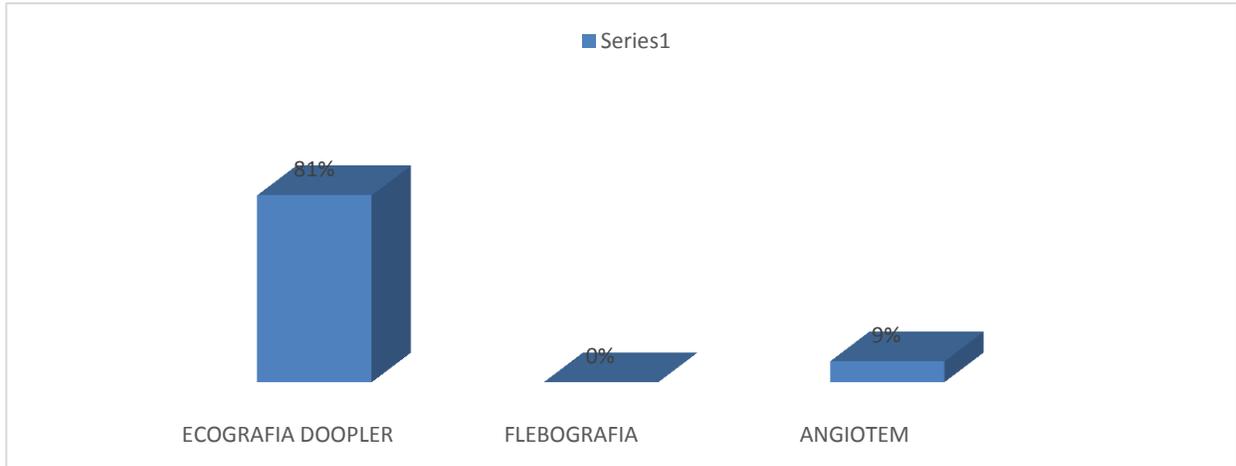


Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación

El gráfico representa el método diagnóstico que se usó en los pacientes diagnosticados con trombosis venosa profunda, donde se evidencia que el estudio imagenológico se usó con mayor frecuencia con un porcentaje de 85% y el 15 % de pacientes utilizaron el dímero D.

Grafico 6.1 Diagnostico imageneologico y trombosis venosa profunda

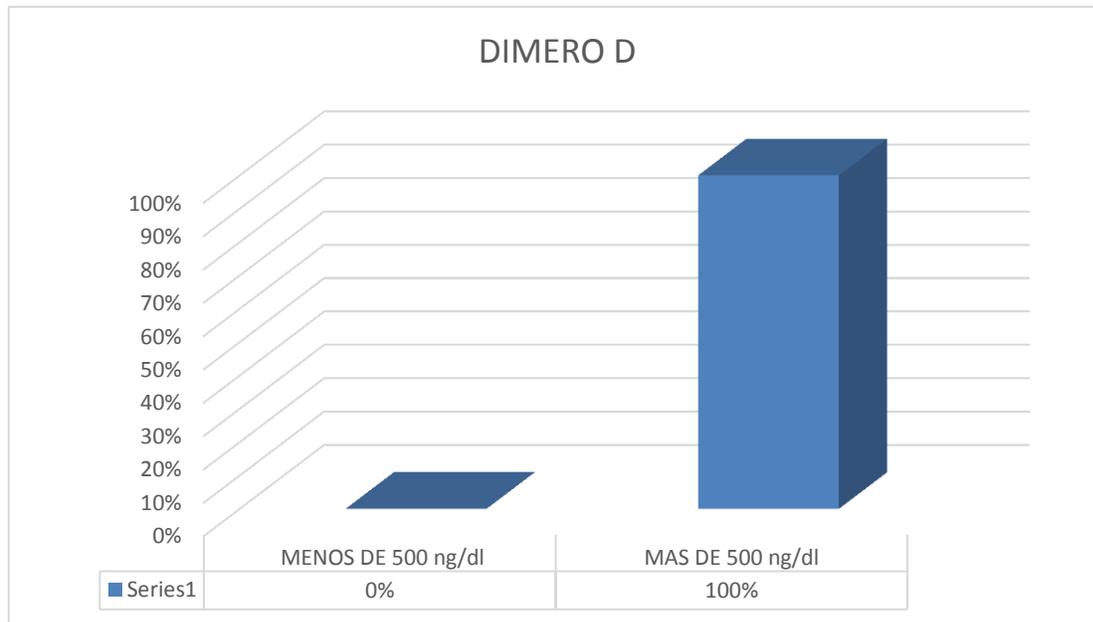


Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En este grafico se observa que dentro del diagnóstico imageneologico el que fue usado con mayor frecuencia fue la ecografía doodpler con un porcentaje de 81% y el 19 % usó el angiotem.

Grafico 6.2. Dímero D y trombosis venosa profunda

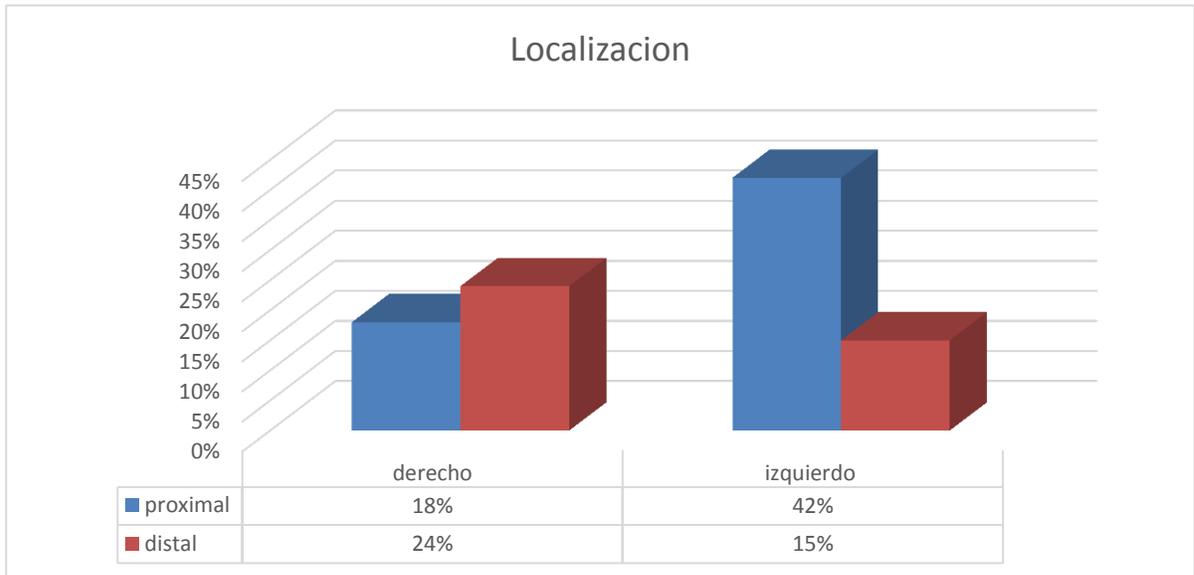


Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación

En este grafico se observa que dentro del diagnóstico por dímero D para TVP, el 100% presento un valor mayor de 500 ng/dl, ningún paciente arrojó una prueba menor de 500 ng/dl.

Grafico 6.3. Extremidad afectada y trombosis venosa profunda



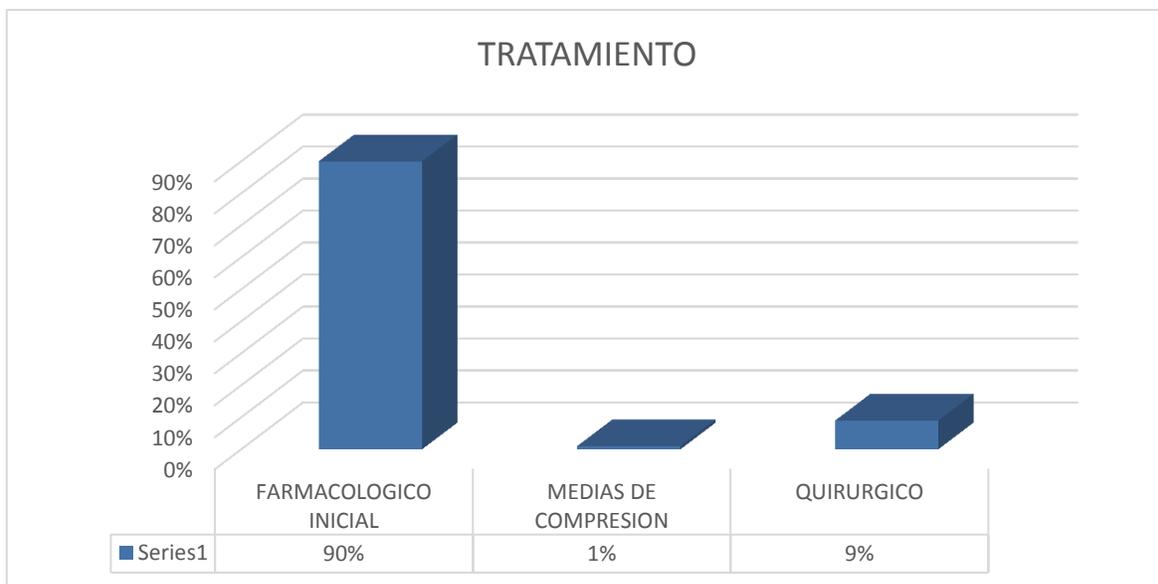
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

Este grafico nos muestra la extremidad afectada en nuestra población de estudio, donde el mayor porcentaje se presentó en la pierna izquierda con un 57%, asu vez se ubicó en su mayoría en el segmento proximal. En la pierna derecha se presentó en el 42% en el cual la ubicación más frecuente fue el segmento distal.

Tratamiento y trombosis venosa profunda

Grafico 7. Tratamiento y trombosis venosa profunda

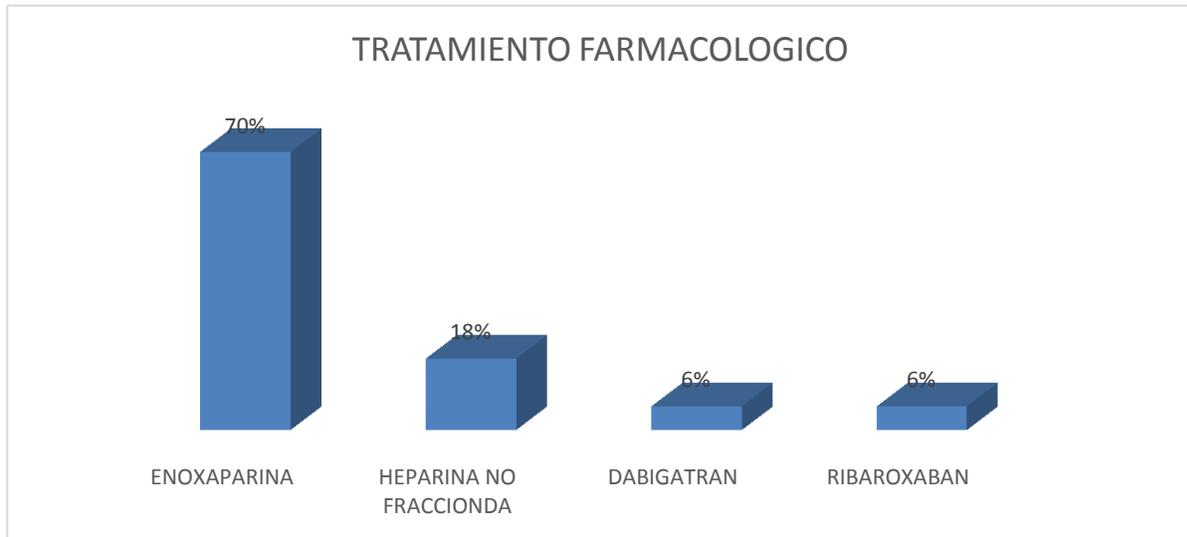


Fuente: ficha de recolección de datos.

Interpretación

En este gráfico se evidencia que el mayor porcentaje de los pacientes atendidos por trombosis venosa profunda fueron tratados de manera farmacológica en un 90%, el 9 % de los pacientes se les intervino quirúrgicamente y el 1% se trató con el uso de medias de compresivas.

Grafico 7.1. Tratamiento farmacológico y trombosis venosa profunda

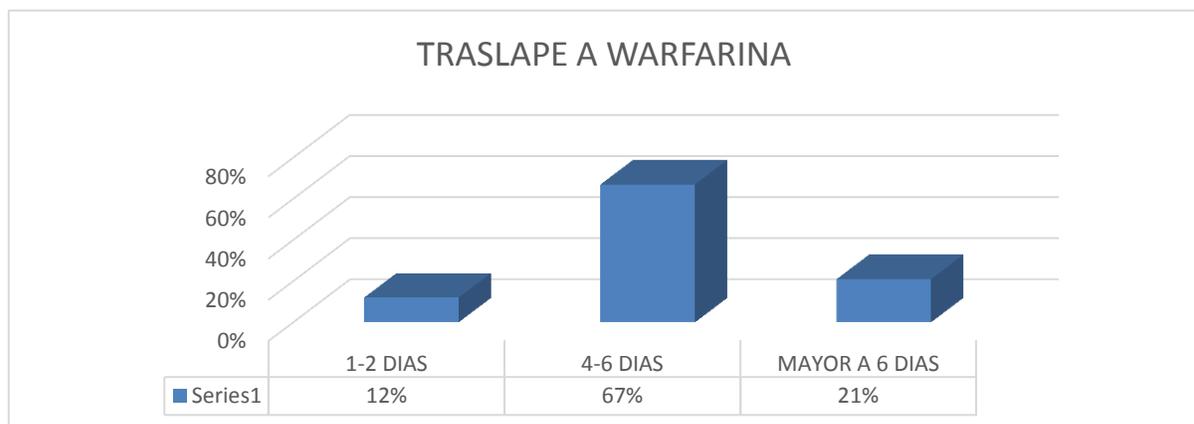


Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación

En este grafico se evidencia que el 70% de los pacientes atendidos por TVP recibieron la enoxaparina como tratamiento farmacológico inicial, el 18% de los pacientes recibieron heparina no fraccionada y solo el 6% de pacientes fueron tratados con dabigatran al igual que ribaroxaban.

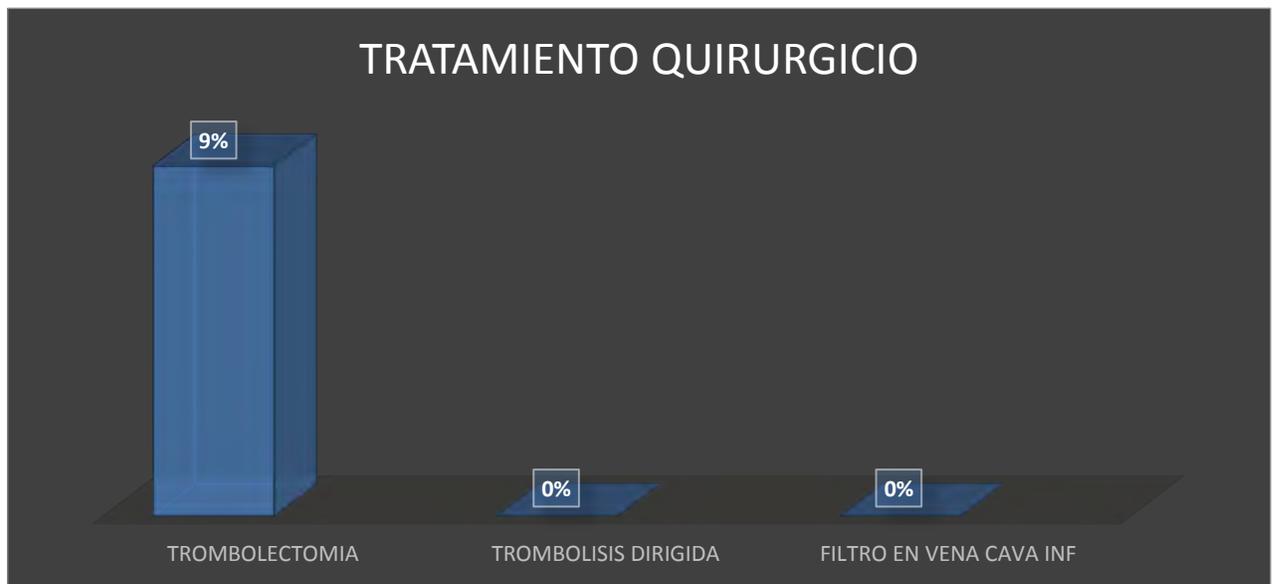
Grafico 7.2 Traslape de warfarina y trombosis venosa profunda.



Interpretación

En el presente grafico se observa que los pacientes atendidos por trombosis TVP que recibieron anticoagulantes de acción rápida como medida inicial y luego cambiaron a warfarina como tratamiento de mantenimiento, se distribuyeron de acuerdo a que día se hizo el cambio donde el 67 % de pacientes hicieron el traslaje de medicamentos entre el 4 a 6 día, pasado los 6 días el 21 % y solo el 12 % el primer y segundo día.

Grafico 7.3 Tratamiento quirúrgico y trombosis venosa profunda



Fuente:Fficha de recolección de datos

Interpretación

En este grafico se observa que el mayor porcentaje de los pacientes atendidos por TVP, que recibieron tratamiento quirúrgico fue la trombolectomía con un porcentaje de 9%, no se evidencio trombolisis dirigida ni filtro de vena cava inferior.

CAPITULO V

DISCUSION Y COMENTARIOS

Características demográficas

En el estudio publicado por Mulatu A, Melacu **(17)** determinó que los factores demográficos más relevantes para la TVP fueron el grupo etareo de 18 – 35 años con un 58,9%, el sexo femenino (65,1%) y la procedencia de zona rural (57.4%), en el presente estudio se encontró un hallazgo diferente en cuanto a la edad y procedencia donde se encontró que la edad mayor a 80 años (31%) y la procedencia urbana (72%) fueron los más representantes , con respecto al sexo se encontró un hallazgo similar donde el sexo femenino con un 58% tuvo mayor número de casos.

Muñoz J, Zamora G. **(5)** determinaron que el intervalo de edad más frecuente para presentar una TVP fue entre los 70 a 79 años y 60 a 69 años ambos con un porcentaje de 21.9%, el sexo femenino tuvo mayor número de casos (56.8%), en el presente estudio se encontró un hallazgo diferente con respecto a la edad donde se encontró que la edad mayor a 80 años fue el más representante (31%), con respecto al sexo se encontró un hallazgo similar donde el sexo femenino fue el que tuvo mayor número de casos (58%).

El estudio publicado Rivera M. Nicaragua, 2017 **(8)** encontró que la edad adulto mayor (66%), el sexo femenino (82%) y procedentes de zona urbana (62%), son los factores demográficos más frecuentes para desarrollar TVP, estos resultados coinciden con nuestro estudio con respecto a la edad, sexo y procedencia-

En el estudio presentado por Santinalla M. Perú, 2020 **(20)**, determinaron que los factores demográficos más relevantes para la TVP fueron el rango de edad de 60 a 69 años con un 29,7%, el sexo femenino con un 60.2% y la mayoría eran procedentes de zona urbana con un 53,4%, estos resultados difieren con el presente estudio en cuanto a la edad donde se encontró que mayores de 80 años fue el más frecuente con 31% y con respecto al sexo y procedencia se encontró resultados similares al presente estudio.

Comorbilidades

En el estudio realizado por Rivera M. Nicaragua, 2017 **(8)** demostraron que las comorbilidades más frecuentes para desarrollar una TVP fueron la postración mayor a 3 días (39.4%) y cirugías mayores en el último mes (26%), estos factores coinciden con el presente estudio donde inmovilización de los miembros inferiores (30%) y cirugías mayores en el último mes (12%) están entre las comorbilidades que mayor porcentaje obtuvieron. También en este estudio se halló que las neoplasias fue la comorbilidad con menor frecuencia lo cual compatibiliza con lo hallado en nuestro estudio donde las neoplasias solo alcanzaron un 9%.

El estudio realizado por strandvik G. Qatar. **(18)** indica como antecedentes más evidentes para el desarrollo de TVP es el estado de encamamiento y cirugía reciente, estos resultados coinciden con el presente estudio en cuanto a la parálisis o inmovilización de los miembros inferiores que fue uno de las comorbilidades que tuvo mayor porcentaje con un 30%.

En el estudio realizado por Castro A. Ecuador, 2018 **(19)** encontró que las comorbilidades con mayor frecuencia para desarrollar TVP fueron antecedentes de cirugía reciente (34%) y enfermedades crónico degenerativas (29%), estos resultados difieren con el presente estudio donde estas comorbilidades tuvieron menores porcentajes en frecuencia cada uno con 12%

Manifestaciones clínicas

En la investigación realizada se evidencio los resultados según la frecuencia de las manifestaciones clínicas presentadas, donde el dolor fue la principal manifestación representando el 100%, el 55% de pacientes presento edema con fovea , el 33% se evidencio edema en toda la extremidad inferior igual que un incremento mayor de 3 cm en pantorrilla ,el aumento de temperatura local se halló en 30% ,el signo de homans y eritema presentaron una frecuencia de 27% , solo el 9% presento circulación colateral venosa estos resultados coincidieron con

En el estudio ejecutado por Castro A. Ecuador, 2018 **(19)**, indica que la manifestación clínica más frecuente de la TVP fue el dolor más edema en miembro afectado (37,5%), seguido de solo dolor (26.8%) y solo edema (25%), este hallazgo

es similar con el presente estudio donde la manifestación clínica más frecuente fue el dolor (100%) seguido de edema con fovea (55%). Santinalla M. Perú, 2020 **(20)** encontró que la manifestaciones clínicas más frecuentes fueron el dolor (99%), seguido de calor local (89,8%) y aumento de volumen (86,4%), estos hallazgos coinciden con el presente estudio en cuanto al dolor (100%) y aumentó de volumen, difiriendo en cuanto al aumento de temperatura local el cual en nuestro estudio obtuvo un menor porcentaje (30%). El estudio de Muñoz J, Zamora G. Ecuador, 2020 **(5)** encontró que las manifestaciones clínicas más frecuente fueron el edema unilateral (92,3%) y dolor en miembro inferior (75,7%), estos hallazgos difieren con el presente estudio en cuanto al edema unilateral donde este alcanzo un porcentaje de 55%. En el estudio realizado por Rivera M. Nicaragua, 2017 **(8)** encontró que el mayor porcentaje manifestó dolor en miembro afectado (74%) y aumento del diámetro mayor a 3cms con respecto a la pierna contralateral (82%), estas manifestaciones coinciden con nuestro estudio en cuanto al dolor en miembro afectado pero difieren en el aumento de diámetro mayor a 3 cm el cual tuvo un porcentaje menor en nuestro estudio (33%).

Diagnostico

En la presente investigación efectuada se evidencia los resultados según la frecuencia del tipo de diagnóstico donde el 85% se diagnosticó por estudio de imágenes y el 15% mediante dímero D, dentro de los estudios imageneologicos el 81% fue por ecografía doopler y el 19 % por medio de angiotem, en cuanto al diagnóstico por dímero D el valor de su resultado en todas las pruebas fue mayor a 500 ng /dl.

El estudio de Muñoz J, Zamora G. Ecuador, 2020 **(5)** indica que el método diagnóstico de imagen más utilizado fue la ecografía doppler (99,4%), el dímero D se realizó en el 45,6%, estos resultados coinciden con nuestro estudio donde el método diagnóstico más utilizado fue el imageneologico resaltando la ecografía doopler (81%)

En el diagnóstico de nuestro estudio se observó que el 57 % de los pacientes atendidos presento TVP en el miembro inferior izquierdo y el 42 % en el miembro inferior derecho, en el estudio que realizo por Castro A. Ecuador, 2018 **(19)** se halló que el 58% de la TVP se desarrolló en el miembro inferior izquierdo dato que coincide con nuestro estudio donde el 57% presento TVP en miembro izquierdo.

En nuestro estudio mediante el diagnostico imagenologico se detectó que en el 60 % de los pacientes el trombo se ubicó proximalmente y el 40% fue de ubicación distal, lo cual compatibiliza con el estudio realizado por Mulatu A. Melacu T. Etiopia, 2020 **(17)** donde indica que el sitio más comprometido fue la región proximal, al igual que la investigación ejecutada por Muñoz J, Zamora G. Ecuador, 2020 **(5)** indicando la localización más frecuente fue la región proximal con un porcentaje de 60.9%, lo cual presenta una equivalencia con nuestro estudio que se ejecutó en el Hospital Antonio Lorena del Cusco.

Tratamiento

En el estudio Muñoz J, Zamora G. Ecuador, 2020 **(5)** en su estudio se observó que el 97,6% recibió tratamiento farmacológico de inicio con anticoagulantes, en cuanto al tratamiento no farmacológico se les recomendó medias de compresión al 68,6% y ninguno recibió tratamiento quirúrgico, estos resultados coinciden en cuanto al tratamiento farmacológico donde el 90% recibió fármacos anticoagulantes, pero difieren en cuanto al tratamiento no farmacológico donde al 9% se les intervino quirúrgicamente y al 1% se les indico medias de compresión.

El estudio realizado por Muñoz J, Zamora G. Ecuador, 2020 **(5)** Muñoz J determino que el 97,6% usaron enoxaparina como anticoagulante de inicio inmediato este resultado coincide con nuestro estudio donde 70% de los pacientes atendidos recibieron la enoxaparina como tratamiento farmacológico inicial. Rivera M. Nicaragua, 2017 **(8)** en su estudio encontró que el 97 % de pacientes iniciaron tratamiento farmacológico con heparina no fraccionada como anticoagulante de acción rápida, estos datos difiere con nuestro estudio donde la heparina no fraccionada fue usada con menor frecuencia (18 %).

Rivera M. Nicaragua, 2017 **(8)** en su estudio observó que el 82% de los pacientes hicieron el traslape a warfarina entre los días 3 a 5, el 11% lo hizo después del 5 día y el 7% entre los días 1 a 2, estos hallazgos coinciden con el presente estudio donde el 67% de los pacientes hicieron el traslape entre los días 4 a 6 y en menor porcentaje (12%) entre el 1-2 día.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

Primera conclusión

Los pacientes con trombosis venosa profunda en su mayoría fueron adultos mayores de 80 años con una edad media de 70.18 años, el sexo femenino fue el más predominante con el mayor número de casos y los pacientes procedentes de zonas urbanas representaron más de la mitad de los casos.

Segunda conclusión

Las comorbilidades asociadas con mayor frecuencia en los pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda fueron la trombosis venosa superficial, la parálisis o inmovilización de miembros inferiores y traumatismo a nivel de los miembros inferiores.

Tercera conclusión

En la totalidad de todos los pacientes el dolor a nivel del miembro inferior afectado fue la manifestación clínica más frecuentemente encontrado en los pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda, seguido de edema con fovea y aumento de temperatura local.

Cuarta conclusión

El abordaje diagnóstico que se usó con mayor frecuencia en los pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda fue la ecografía doppler, seguido de dímero D y angiotem.

Quinta conclusión

La enoxaparina fue el tratamiento farmacológico más usado en pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda, cambiándose a warfarina en la mayoría de los casos entre los días 4 a 6 y la trombolectomía fue el único tratamiento quirúrgico que se utilizó.

SUGERENCIAS

Al Hospital Antonio Lorena del Cusco:

- Al departamento de cirugía que realice un protocolo que sirva de guía para la TVP, debido a que no existe antecedente de esta en nuestra población, para asegurar la eficacia de un correcto diagnóstico y manejo anticoagulante.
- A los jefes de los departamentos de traumatología, cirugía y ginecología que se plasme en sus expedientes una estadificación de probabilidad de TVP posoperatorio y en base a eso adecuar la profilaxis antitrombótica.
- Se recomienda capacitación continua del personal de salud del hospital así como de la población en general sobre esta patología mediante la difusión de escalas de riesgo así como enfatizar en la prevención, dando a conocer la importancia de los beneficios económicos, biológicos y psicosociales.

A los internos medicina y médicos asistentes de hospital Antonio Lorena del Cusco:

- Se sugiere el correcto llenado de las historias clínicas, con letras legibles y uso correcto CIE-10 de las diferentes patologías.

RECOMENDACIONES

- Es necesario desarrollar itinerarios extrahospitalarios para asegurar oportunidades de seguimiento, educación del paciente y comunicación entre la atención primaria y secundaria
- Se recomienda realizar un estudio en el cual podamos obtener datos estadísticos sobre la Incidencia y prevalencia de las enfermedades tromboembólicas a nivel de país, puesto que hay escasez de información sobre el tema. Un estudio de estas características nos ayudaría a implementar de manera adecuada las guías internacionales de prevención y manejo de TVP.
- Realizar investigaciones sobre el impacto que tiene la trombosis venosa profunda en la calidad de vida de los pacientes, ya que como se explicó, la TVP tiene secuelas importantes como el tromboembolismo pulmonar, hipertensión pulmonar, y síndrome posflebítico que en otros países representa un problema en relación a la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Mora Sandino V, Villalobos Vega E. Abordaje de trombosis venosa profunda en miembros inferiores. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de febrero de 2020 [citado 10 de junio de 2021];5(2):e360. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/360>
2. Scarvelis D, Wells PD. Diagnóstico y tratamiento de la trombosis venosa profunda. CMAJ. 24 de octubre de 2006; 175 (9): 1087-92. doi: 10.1503 / cmaj.060366. Errata en: CMAJ. 20 de noviembre de 2007; 177 (11): 1392. PMID: 17060659; PMCID: PMC1609160.
3. Li J, Zhang F, Liang C, Ye Z, Chen S, Cheng J. La eficacia diagnóstica del valor de corte del dímero D ajustado por edad y las puntuaciones de probabilidad previas a la prueba para la trombosis venosa profunda. Clin Appl Thromb Hemost. 2019 enero-diciembre; 25: 1076029619826317. doi: 10.1177 / 1076029619826317. PMID: 30754991; PMCID: PMC6715010
4. Fuentes Camps E, Luis del Val García J, Bellmunt Montoya S, Hmimina Hmimina S, Gómez Jabalera E, Muñoz Pérez MÁ. Estudio coste efectividad del proceso diagnóstico de la trombosis venosa profunda desde la atención primaria [Cost-effectiveness of the deep vein thrombosis diagnosis process in primary care]. Aten Primaria. 2016 Apr;48(4):251-7. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2015.05.006. Epub 2015 Aug 19. PMID: 26298874; PMCID: PMC6877810.
5. Muñoz J, Zamora G. Características clínicas, exámenes complementarios y tratamiento en pacientes con trombosis venosa profunda. Hospital José Carrasco Arteaga 2019.Universidad de Cuenca.Ecuador ,2020.
6. El Tabei L, Holtz G, Schürer-Maly C, Abholz HH. Precisión en el diagnóstico de trombosis venosa profunda y pélvica en atención primaria: un análisis de 395 casos atendidos por 58 médicos de atención primaria. Dtsch Arztebl Int. 2012 Noviembre; 109 (45): 761-6. doi: 10.3238 / arztebl.2012.0761. Publicación electrónica 9 de noviembre de 2012 PMID: 23227128; PMCID: PMC3514769.
7. Salvi A, Nitti C, Fabbri A, Groff P, Ruggiero EG, Agnelli G. Diagnóstico y tratamiento de la trombosis venosa profunda en el servicio de urgencias: resultados

de un estudio de técnica de grupo nominal italiano. Clin Appl Thromb Hemost. 2020 enero-diciembre; 26: 1076029620959720. doi: 10.1177 / 1076029620959720. PMID: 33112649; PMCID: PMC7791439.

8. Rivera M. Comportamiento Clínico – Epidemiológico y Experiencias en el manejo de Trombosis Venosa Profunda (TVP) de Miembros Inferiores, en los Departamentos Quirúrgicos del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, en el periodo Junio 2014- Octubre 2016. Nicaragua .2017

9. Flores S. Riesgo de trombosis venosa profunda en pacientes hospitalizados con padecimientos no quirúrgicos y su asociación con factores condicionantes.2017. Pontificia universidad católica del ecuador facultad de medicina.

10. Vidalon M, Barzola L. Validación de los criterios de Wells para el diagnóstico de trombosis venosa profunda en el servicio de medicina interna del hospital nacional ramiro priale priale essaud –huancayo ,2014 .Universidad nacional del centro del Perú.2015

11. Laynez J, Garzaro M, Molina M. Trombosis venosa profunda: factores de riesgo y profilaxis Revista Vol. No. 03 Agosto - Octubre 2017. Asociación de Medicina Interna de Guatemala.

12. Plico N. Aplicabilidad de la escala de Wells en el diagnóstico de trombosis venosa profunda en el hospital general docente Riobamba en el periodo septiembre 2009-agosto 2010.facultad de salud publica .ecuador.2011.

13. Mousa AY, Broce M, Gill G, Kali M, Yacoub M, AbuRahma AF. El uso apropiado de la prueba del dímero D puede minimizar la sobreutilización de la ecografía dúplex venosa en un hospital contemporáneo de alto volumen. *Ann Vasc Surg* . 2015; 29 (2): 311-317. doi: 10.1016 / j.avsg.2014.07.032

14. Martinez M. Enfermedad tromboembólica venosa en la unidad de cuidados intensivos ,un problema no resuelto .unidad de cuidados intensivos .mexico Rev Med IMSS 2002; 40 (3): 233-245

15. Verdu J. Estudio del tafi y sus principales polimorfismos genéticos en la enfermedad tromboembólica evnosa.2007

16. Chirino DL. Diagnóstico radiológico de la trombosis venosa profunda. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul. 2013;14(Suppl: 1).

17. Mulatu A, Melaku T, Chelkeba L. Recurrencia de trombosis venosa profunda y sus predictores en hospitales terciarios seleccionados en Etiopía: un estudio de cohorte prospectivo. *Clin Appl Thromb Hemost*. 2020 enero-diciembre; 26: 1076029620941077. doi: 10.1177 / 1076029620941077. PMID: 32931311; PMCID: PMC7495521.
18. Strandvik G, El-Menyar A, Asim M, Galwankar S, Al-Thani H. Características clínicas, prácticas de manejo y resultados hospitalarios entre pacientes traumatizados con tromboembolismo venoso. *J Emerg Trauma Shock*. 2020 abril-junio; 13 (2): 124-130. doi: 10.4103 / JETS.JETS_83_19. Publicación electrónica del 10 de junio de 2020 PMID: 33013091; PMCID: PMC7472818.
19. Castro A, Cherrez I. Características clínico- epidemiológicas en pacientes con trombosis venosa profunda en hospitales de guayaquil, abril- septiembre 2017. Disponible en <https://www.bibliotecasdelecuador.com/Record/oai:localhost:123456789-2611/Description>
20. Santillana M. Características clínicas epidemiológicas de trombosis venosa profunda en un Hospital Regional 2017 – 2019. renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/1710712 disponible en : URI <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/UPLA/1847>
21. Dorland Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina. 28a ed. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1997.
22. RAE.es. Definición de edad. 2021. [online] Diccionario de la Real academia española, Available at: <http://lema.rae.es/drae2001/srv/search?id=HLafKWLkRDXX2hFUevue>
23. ASALE, R. Definición de *procedencia*. 2021 [online] Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario. Available at: <http://dle.rae.es/?id=UEfuBID> [Accessed 09 jun. 2021].
24. RAE-ASALE, RAE. sexo [Internet]. RAE.es. [citado el 11 de junio de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/sexo>
25. Rivera S. Pacientes con alto riesgo de trombosis venosa profunda : comparación de los resultados del examen clínico dimero D y flebografía .UNMSM.

26. Mousa AY, Broce M, Gill G, Kali M, Yacoub M, AbuRahma AF. El uso apropiado de la prueba del dímero D puede minimizar la sobreutilización de la ecografía dúplex venosa en un hospital contemporáneo de alto volumen. *Ann Vasc Surg* . 2015; 29 (2): 311-317. doi: 10.1016 / j.avsg.2014.07.032
27. Pereira O, Palay M, Rodríguez A, eyra . La diabetes mellitus y las complicaciones cardiovasculares. *MEDISAN* [Internet]. 2015 Mayo [citado 2021 Jun 14] ; 19(5): 675-683. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000500013&lng=es.
28. Bryce-Moncloa A, Alegría-Valdivia E, Martín-San M. Obesidad y riesgo de enfermedad cardiovascular. *An. Fac. med.* [Internet]. 2017 Abr [citado 2021 Jun 14];78http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000200016&lng=es. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13218>.
29. Lim W, Le Gal G, Bates SM, Righini M, Haramati LB, Lang E, Kline JA, Chasteen S, Snyder M, Patel P, Bhatt M, Patel P, Braun C, Begum H, Wiercioch W, Schünemann HJ, Mustafa REAL ACADEMIA DE BELLAS ARTES. Pautas de la American Society of Hematology 2018 para el manejo del tromboembolismo venoso: diagnóstico del tromboembolismo venoso. *Blood Adv*. 2018 27 de noviembre; 2 (22): 3226-3256. doi: 10.1182 / bloodadvances.2018024828. PMID: 30482764; PMCID: PMC6258916.
30. Liu B, Liu M, Yan L, Yan J, Wu J, Jiao X, Guo M. Trombectomía mecánica percutánea combinada con trombólisis dirigida por catéter en el tratamiento de la embolia pulmonar aguda y la trombosis venosa profunda de las extremidades inferiores: un nuevo sistema endovascular integral estrategia. *J Int Med Res*. Febrero de 2018; 46 (2): 836-851. doi: 10.1177 / 0300060517729898. Publicación electrónica del 20 de septiembre de 2017. PMID: 29239263; PMCID: PMC5971515.
31. Yamashita Y, Shiomi H, Morimoto T, Yoneda T, Yamada C, Makiyama T, Kato T, Saito N, Shizuta S, Ono K, Kimura T. Asymptomatic Lower Extremity Deep Vein Thrombosis - Clinical Characteristics, Management Strategies, and Long-Term

Outcomes. *Circ J*. 2017 Nov 24;81(12):1936-1944. doi: 10.1253/circj.CJ-17-0445. Epub 2017 Jun 27. PMID: 28659542.

32. Ibrahim NA, Hassan FM, Elgari MM, Abdalla SE. Factores de riesgo de trombosis venosa profunda de las extremidades inferiores en mujeres sudanesas. *Vasc Health Risk Manag*. 2018 20 de agosto; 14: 157-164. doi: 10.2147 / VHRM.S170556. PMID: 30154662; PMCID: PMC6108343.

33. Ibrahim MZ, Igashi JB, Lawal S, Usman B, Mubarak AZ, Suleiman HM. Evaluación ecográfica Doppler de trombosis venosa profunda de miembros inferiores en un hospital universitario, noroeste de Nigeria. *Ann Afr Med*. 2020 enero-marzo; 19 (1): 8-14. doi: 10.4103 / aam.aam_62_18. PMID: 32174609; PMCID: PMC7189887.

34. Marine Leopoldo, Urbina Jesús, Bergoeing Michel, Valdés Francisco, Mertens Renato, Kramer Albrecht. Trombólisis mecánica y farmacomecánica en trombosis venosa profunda sin respuesta clínica al tratamiento convencional. *Rev. méd. Chile* [Internet]. Enero de 2017 [consultado el 25 de junio de 2021]; 145 (1): 63-71. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000100009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000100009>.

35. Kirkilesis G, Kakkos SK, Bicknell C, Salim S, Kakavia K. Tratamiento de la trombosis venosa profunda distal. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 9 de abril; 4 (4): CD013422. doi: 10.1002 / 14651858.CD013422.pub2. PMID: 32271939; PMCID: PMC7144816.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Datos generales.....Numero de historia clínica	
1. CARACTERISITICAS DEMOGRAFICOS	
o Edad:___años o <u>Sexo.....</u>	Procedencia: _____
2. COMORBILIDADES :	
o Traumatismos () o Cirugías mayores en el último mes () o Enfermedades crónico degenerativas diferentes a cáncer () o Parálisis o inmovilización de miembro inferior o Trombosis venosa superficial () o Neoplasias o otros	
3. MANIFESTACIONES CLINICAS	
o Dolor () o eritema , () o cianosis, () o Signo de homans ()	o Venas superficiales no varicosas() o Edema con fóvea ()
4. MANEJO DIAGNOSTICO	
o DIMERO D SI..... NO..... o Menos de 500 ng/l () o Mas de 500 ng/l. () o EXAMENES IMAGENOLOGICOS o Ecografía doopler () o Flebografía () o Resonancia magnética () o Tomografía computarizada ()	o LOCALIZACION o Proximal () o Distal ()
5. TIPO DE TRATAMIENTO	
TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO o Medias de comprensión si.... No TRATAMIENTO QUIRUGICO o Trombolisis dirigida () o Filtros para vena cava inferior()	o TRATAMIENTO FARMACOLOGICO o Warfarina () o Dabigatran () o Rivaroxaban () o Heparina no fraccionada () o Heparina de bajo peso molecular ()

Anexo 2.

CARACTERÍSTICAS EPIDIMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y TRATAMIENTO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA, HOSPITAL ANTONIO LORENA, 2016 - 2020

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todas y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....
.....

AGRADEZCO ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
REGISTRO REGIONAL DEL CUSCO
Dr. Víctor Rojas Dávalos
Médico Internista
C.R. 11763 RNE. 25616

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA, HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2016-2020.

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras s milares, obtendremos también datos s milares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a d versas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....

.....

.....

AGRADEZCO ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN


 Presidente del Jurado
 Universidad Peruana
 de Ciencias Médicas
 del Cusco
FIRMA Y SELLO

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA, HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2016-2020.

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....

.....

.....

AGRADEZCO ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN


 HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO
 CIPUANO
 C.M.P. 56323 INT. 100
 FIRMA Y SELLO

CARACTERÍSTICAS EPIDIMIOLOGICAS, CLÍNICAS Y TRATAMIENTO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA, HOSPITAL ANTONIO LORENA, 2016 - 2020

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todas y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que instrumentarse o suprimirse?

.....

.....
 Georgina S. Sarmiento Valverde
 MÉDICA INTERNISTA
 CMP 53460 RNE 26510

AGRADEZCO ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN

ANEXO 3

VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR EL CRITERIOS DE EXPERTOS MEDIANTE EL METODO DE PUNTO MEDIO.

1. La siguiente tabla tiene los puntajes por ítems y sus respectivos promedios brindados por los cinco expertos, especialistas en ginecología

ITEMS	EXPERTOS				PROMEDIO
	A	B	C	D	
1	5	5	5	4	4.75
2	4	5	4	5	4.5
3	5	5	5	5	5
4	5	5	5	5	5
5	4	5	4	4	4.25
6	4	5	5	5	4.75
7	5	5	5	5	5
8	5	5	5	4	4.75
9	5	5	5	5	5

2- una vez hallados los promedios se determinó la distancia del punto múltiple (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + \dots + (x - y_9)^2}$$

Dónde:

- X= valor máximo en la escala concedida para cada ítem.
- Y= promedio de cada ítem.

Reemplazando:

DPP=

$$\sqrt{(5 - 4.75)^2 + (5 - 4.5)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 4.25)^2 + (5 - 4.75)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 4.75)^2 + (5 - 5)^2}$$

$$DPP = \sqrt{0.05 + 0.25 + 0 + 0 + 0.56 + 0.05 + 0 + 0.05 + 0}$$

$$DPP = \sqrt{0.96}$$

$$DPP = 0.97$$

3.- Después determinamos la distancia máxima (D máx.) del valor que hemos obtenido, respecto al punto de referencia cero, con la siguiente ecuación:

$$D (\text{máx.}) = \sqrt{(x - 1)^2 + (x - 1)^2 + \dots + (x - 1)^2}$$

Donde:

- X= valor máximo en la escala concedida para cada ítem.
- Y=1

D (máx.)=

$$\sqrt{(5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2}$$

$$D (\text{máx.}) = \sqrt{144}$$

$$D (\text{máx.}) = 12$$

4. El valor de D (máx.) se divide entre el valor máximo de la escala: $12/5=2.4$

5. con este resultado de 2.4 se construye un parámetro de medición y este va desde cero hasta un valor máximo de 12 y se divide en intervalos iguales, denominados de la siguiente forma:

A	Adecuación total	0 - 2.4
B	Adecuación en gran medida	2.5 - 4.8
C	Adecuación promedio	4.9 - 7.2
D	Escasa adecuación	7.3 - 9.6
E	Inadecuación	9.7 - 12.0

6. el punto DPP debe caer en la zona A o B, para poder afirmar que es válido y confiable, caso contrario debe ser reestructurado y/o modificado. En este proyecto el DPP es de 1.97 que se ubicaría en la zona A correspondiente a una zona de adecuación total, esto significa que es válido y confiable

ANEXO 4



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL ANTONIO LORENA
 OFICINA DE INVESTIGACION, DOCENCIA Y CAPACITACION
 "Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"



Cusco 13 de mayo de 2021

MEMORANDUM N° 0092- 2021-GORE CUSCO DRSC-HAL- DE-OIDC

A Sr. RICSÍ LUCANA QUINTANILLA
 Jefe de la Unidad de Estadística Tecnología, Informática y Telecomunicaciones.

DE M.C. RODOLFO LAROTÁ CICALOQUISPE
 JEFE DE LA OFICINA DE INVESTIGACION, DOCENCIA Y CAPACITACION

ASUNTO AUTORIZA INGRESO DE INTERNOS DE CIENCIAS DE LA SALUD PARA OBTENER DATOS ESTADISTICOS PARA PROYECTOS DE TESIS

REFERENCIA : FUT

Previo un atento saludo me dirijo a usted, para hacer de su conocimiento obras en poder de la Oficina de Investigación Docencia y Capacitación, expedientes de proyectos de Tesis, presentados por Internos de Ciencias de la Salud, solicitando el ingreso a las instalaciones de la Unidad de Estadística para obtener **DATOS ESTADISTICOS**, por lo que esta Oficina en coordinación con la Dirección Ejecutiva, **autoriza** el ingreso de los siguientes Internos:

Nº	FUT	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	UNIVERSIDAD
1	91130	SILVIA CAVERO CARHUABUPAY	MEDICINA HUMANA	UNIVERSIDAD ANDINA
2	91138	CARLOS SOTO RODRIGUEZ	MEDICINA HUMANA	UNIVERSIDAD ANDINA
3	91136	LUIS ANGEL SUJIA QUISEP	MEDICINA HUMANA	UNSAAC
4	91111	EXALTACION SALAZAR HARCOO	MEDICINA HUMANA	UNSAAC ✓
5	91180	SONTAJO ANDRÓN MASIAS	MEDICINA HUMANA	UNSAAC
6	91156	SAYUR MORENO RIVAS	MEDICINA HUMANA	UNIVERSIDAD ANDINA
7	91171	HECTOR OLIVERA PAUCATI	MEDICINA HUMANA	UNSAAC
8	91171	DANICA ALVAREZ CONCHA	MEDICINA HUMANA	UNIVERSIDAD ANDINA
9	91254	MELBA YUDISA VERA HUARMANONCO	FARMACIA Y BIOQUIMICA	UNSAAC

315 216
210-2-0011

Atentamente,

Rodolfo Larotá Cicaloquispe
 JEFE DE LA OFICINA DE INVESTIGACION, DOCENCIA Y CAPACITACION
 HOSPITAL ANTONIO LORENA
 CUSCO



MATRIZ DE CONSISTENCIA
“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS,
CLÍNICAS Y TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA, HOSPITAL ANTONIO
LORENA DEL CUSCO, 2016-2020”

PROBLEMAS	OBGETIVOS	HIPOTISIS	VARIABLE	METODOLOGIA
¿Cuáles son las características epidemiológicas clínicas y tratamiento de la trombosis venosa profunda en el Hospital Antonio Lorena del Cusco ,2016-2020?	Establecer las características epidemiológicas, clínicas y tratamiento de la trombosis venosa profunda en el Hospital Antonio Lorena del Cusco ,2016-2020.	Por ser un estudio observacional no cuenta con hipótesis.	VARIABLES INDEPENDIENTES: <ul style="list-style-type: none"> • Comorbilidades • Manifestaciones clínicas • Manejo diagnostico • Tipo de tratamiento VARIABLE DEPENDIENTE: <ul style="list-style-type: none"> - Trombosis venosa profunda VARIABLE INTERVINIENTE: <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • procedencia 	Nivel de investigación: Descriptivo Tipo de investigación: transversal diseño de investigación: descriptivo M... ..O M: muestra O: observación de variable población: Pacientes con diagnóstico de egreso de la trombosis venosa profunda en el Hospital Antonio Lorena del Cusco ,2016-2020. muestra: 66 historias clínicas muestreo: no probabilístico técnica de procesamiento de datos: estadísticas descriptiva e inferencial técnica e instrumento de recolección de datos: ficha de recolección de datos
¿Cuáles son las características demográficas (edad, sexo, lugar de procedencia) de pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda en el Hospital Antonio Lorena del Cusco ,2016-2020??	Identificar las características demográficas (edad, sexo, lugar de procedencia) de pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda en el Hospital Antonio Lorena del Cusco ,2016-2020.			
¿Cuáles son las comorbilidades para pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda en el hospital Antonio Lorena del cusco ,2016-2020	Determinar las comorbilidades para pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda en el Hospital Antonio Lorena del cusco ,2016-2020..			
¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda en el Hospital Antonio Lorena del Cusco ,2016-2020?	Caracterizar las manifestaciones clínicas de pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda en el Hospital Antonio Lorena del cusco ,2016-2020.			
¿Cuál es el abordaje diagnóstico que se utiliza con mayor frecuencia en pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda en el Hospital Antonio Lorena del Cusco ,2016-2020?	Establecer el abordaje diagnostico que se utiliza con mayor frecuencia en pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda en el Hospital Antonio Lorena del cusco ,2016-2020.			
¿Cuál es el manejo que se utiliza con mayor frecuencia en pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda en el Hospital Antonio Lorena del Cusco ,2016-2020?	Determinar el manejo que se utiliza con mayor frecuencia en pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda en el Hospital Antonio Lorena del cusco ,2016 - 2020.			