

# GUÍA PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN URGENCIAS-UHD

(Nov 2012)

## • **PROFILAXIS ETE**

*(Siempre que se pueda, movilización precoz)*

### A) PREVENCIÓN ETE EN PACIENTES NO QUIRÚRGICOS

Pacientes con patología médica aguda subsidiaria de ingreso hospitalario (o encamamiento domiciliario):

- Cálculo de riesgo trombótico (Guía PRETEMED; **tabla 1**)
  - En pacientes de bajo riesgo: Ninguna medida
  - Pacientes con riesgo de ETE: HBPM a dosis profilácticas según **tabla 2**
    - Si sangrado o alto Riesgo de sangrado (**tabla 3**): Medidas mecánicas:
      - Medias de Compresión Elástica Fuerte (MCEF)
      - O mejor con Compresión Pneumática Intermitente (CPI)
      - Movilización precoz
    - Cuando el R. Hemorrágico disminuya, iniciar HBPM o HNF.
    - No extender tratamiento tras periodo de inmovilización (2B)

Pacientes encamados crónicos:

No se recomienda trombopprofilaxis sólo por encamamiento crónico. Aplicar guía PRETEMED si enfermedad aguda o crónica exacerbada concomitante.

Pacientes críticos:

- HBPM
- Si sangrado o alto Riesgo de sangrado: Medidas mecánicas con MCEF o mejor con CPI. Cuando el R. Hemorrágico disminuya, iniciar HBPM o HNF.

Pacientes con Cáncer:

- Sin otros FR: Ninguna medida
- Con más FR (incluye: TVP previa, inmovilización, terapia hormonal, inhibidores de la angiogénesis, talidomida, lenalidomida): HBPM

Profilaxis en Embarazadas:

Ni la HNF ni la HBPM atraviesan la placenta, por lo que son seguras para el feto y deben utilizarse según sea necesario para las indicaciones maternas (Guía 2012 ACCP en terapia antitrombótica)

### B) PREVENCIÓN ETE EN PACIENTES QUIRÚRGICOS NO ORTOPÉDICOS

- Calcular escala Caprini (ver **tabla 4**)

- Pacientes con muy bajo riesgo (Caprini=0): No medidas
- Pacientes con bajo riesgo (Caprini=1-2): Medias de compresión o mejor CPI
- Pacientes con riesgo moderado (Caprini=3-4):
  - Sin alto R. hemorrágico: HBPM (2B) o medidas mecánicas (2C)
  - Alto R hemorrágico o consecuencias graves: Medidas mecánicas
- Pacientes con alto R (Caprini  $\geq$  5):
  - Sin alto riesgo hemorrágico: HBPM+medidas mecánicas
  - Si sangrado o alto Riesgo de sangrado: Medidas mecánicas con MCEF o mejor con CPI. Cuando el riesgo hemorrágico disminuya, iniciar profilaxis farmacológica.
    - En cirugía oncológica abdomino-pélvica sin alto R sangrado: HBPM durante 4 semanas
    - Si HBPM o HNF estuvieran contraindicadas o no disponibles, en pacientes sin alto R de sangrado: Dosis bajas de AAS, fondaparinux o profilaxis mecánica preferiblemente con IPC.

### C) PREVENCIÓN ETE EN PACIENTES QUIRÚRGICOS ORTOPÉDICOS

- Pacientes con artroplastia total de cadera o rodilla o fractura de cadera: Tromboprofilaxis durante 35 días tras el alta hospitalaria con: HBPM (de elección), fondaparinux, dabigatran, rivaroxaban, HNF, antivit K, aspirina (1B) o IPC (1C)
- En pacientes con alto R hemorrágico: IPC
- Los pacientes con artroscopia de rodilla sin antecedente de TVP, no precisan tromboprofilaxis.

**Tabla2**

<b>HBPM PARA PROFILAXIS DE LA ETE DISPONIBLES EN EL HOSPITAL</b>
<p>PRINCIPIO ACTIVO: <b>BEMIPARINA</b> (Hibor®)</p> <p>DOSIFICACIONES: 2500 UI/día si riesgo bajo; 3500 UI ó 5000 UI/día si riesgo alto.</p> <p><b>Nota:</b> En situaciones de muy alto riesgo de tromboembolismo estaría indicada ENOXAPARINA ajustada a peso corporal (1 mg/kg SC cada 24h), siendo las presentaciones más usuales las de 60 mg y 80 mg</p>

### HBPM PARA PROFILAXIS DE LA ETE DISPONIBLES EN EL MERCADO

<b>Enoxaparina</b>	<b>Dalteparina</b>	<b>Nadroparina</b>	<b>Bemiparina</b>	<b>Tinzaparina</b>
20mg/40mg/60mg	2.500UI/5.000UI	0,3ml-0,6ml	2.500UI/3.500UI	3.500UI/4.500UI
Por día	Por día	Por día	Por día	Por día

# **TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA**

## **• DIAGNÓSTICO DE TVP**

### **1º- Estratificación del Riesgo:**

#### **Escala de Wells para estratificación de riesgo:**

<b>Modelo de Wells ( para Trombosis proximales):</b>	
Cancer.....	+1
Parálisis o inmovilización de MMII.....	+1
Encamamiento >3 días.....	+1
Dolor localizado.....	+1
Aumento de tamaño de MII.....	+1
Aumento de pantorrilla >3 cm unilateral.....	+1
Edema con pitting unilateral.....	+1
Dilatación venosa superficial.....	+1
Otros diagnósticos posibles.....	-2

Wells >2, alta probabilidad de trombosis venosa profunda, y <2; baja probabilidad.

### **2º- Exploraciones complementarias:**

- Analítica básica con hemograma, BQ y coagulación con dímero D.
- ECG y Rx torax

#### **- DIMERO D**

Útil para el diagnóstico de **exclusión** (valor predictivo negativo del 98% y un valor predictivo positivo del 44%).

- Posibles falsos negativos: Trombosis de más de 1 semana de evolución (se normalizan las cifras), anticoagulados, trombosis distales y EP en art. subsegmentarias
- Valores elevados de DD nunca serán suficientes para diagnosticar una ETE

#### **- ECODOPPLER DE MIEMBROS INFERIORES:**

Es la técnica de elección ante la sospecha de TVP proximales, con alta sensibilidad y especificidad en pacientes sintomáticos. Su sensibilidad disminuye en TVP distales y en pacientes asintomáticos, siendo su eficacia subóptima en pacientes con: trombosis distales, pélvicas y trombosis recurrentes.

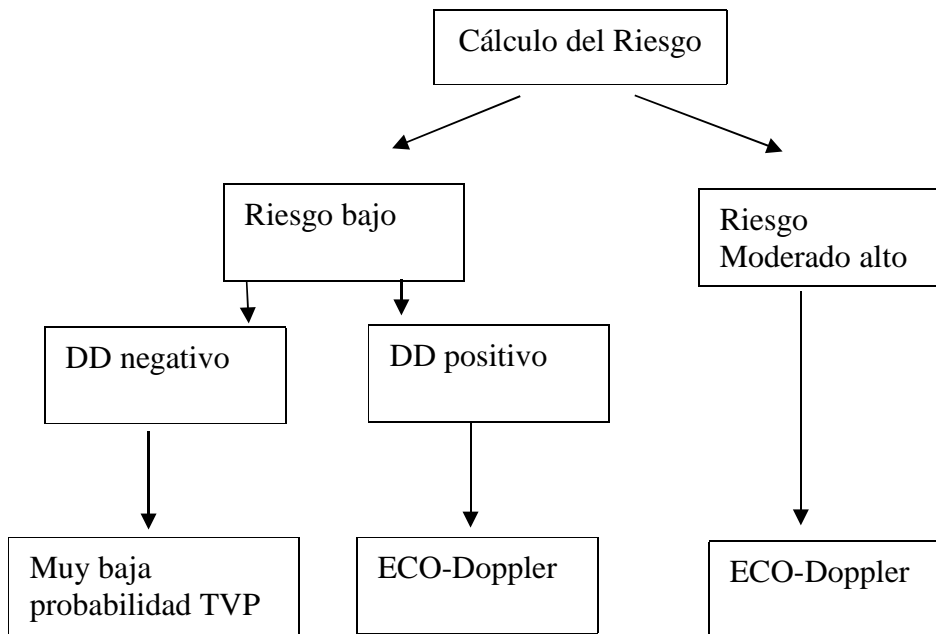
#### **- FLEBOGRAFÍA**

La flebografía es considerada el “gold standard” para el diagnóstico de TVP con una sensibilidad y especificidad cercana al 100% para todo el territorio venoso.

#### **- ANGIO-Resonancia magnética:**

Constituye un método diagnóstico en la enfermedad tromboembólica, no invasivo, con una sensibilidad y especificidad comparable a la flebografía en trombosis de venas pélvicas y femorales, ofreciendo la posibilidad de una exploración conjunta de miembros inferiores y pulmonar. Útil en pacientes con férulas, en el embarazo y en alérgicos al contraste yodado que precisan flebografía.

### Algoritmo Diagnóstico:



### • CLASIFICACIÓN:

Las TVP de MMII se clasifican según su localización en:

#### **DISTALES:**

- Incluyen: v. gemelares (gastronémicas), tronco tibioperoneo (tibiales posteriores y peronéas), tibiales anteriores y v. soleas.
- Asintomáticas en el 75% de los casos.
- Solo un 5% dan lugar a tromboembolismo pulmonar o síndrome postflebítico. Sin tratamiento el 20-30% progresan al territorio proximal.

#### **PROXIMALES:**

- Incluyen: v. ilíaca externa, v. ilíaca interna, v. femoral común, femoral profunda, femoral superficial, poplítea.
- **90% TEP son causados por émbolos procedentes de TVP proximales.**

- **TRATAMIENTO DE TVP**

Considerar administración de heparina mientras llegan las pruebas complementarias en función de la probabilidad y riesgo del paciente.

- **Trombosis venosa superficial o Tromboflebitis**

- No precisa ingreso hospitalario, aunque sí en casos recidivantes para descartar síndrome de Trosseau.

- HBPM:

- Sin afectación del cayado de la safena: Fondaparinux 2.5 mg/día/sc durante 15 días y control por Médico de Familia.
- En caso de afectación del cayado de la safena, se recomienda anticoagulación 3 meses y cita en Consulta de Trombosis (Citar con Dra. Sánchez o Dra. Valero; dejar constancia en Historia clínica)

- Analgesia

- Reposo relativo

- MCEF

- **Tratamiento TVP confirmada en Urgencias:**

- Tratamiento ambulatorio excepto: Ver “Criterios de exclusión al tratamiento domiciliario” en apartado “TRATAMIENTO DE LA TVP EN RÉGIMEN DOMICILIARIO”.

- Pautar Heparina

- Iniciar anticoagulantes orales (antivitamina K) precozmente:

- Si UHD: Inicio precoz por UHD

- Si ingreso hospitalario: Cursar Hoja Consulta Urgente a Hematología.

- Reposo relativo desde el primer día de ingreso: aunque no se ha demostrado la necesidad de este, si bien se aconseja en función del dolor y el edema.

- MCEF hasta raíz de miembro afecto, evitando excesiva compresión y variando la misma en función de la evolución del edema del paciente.

- Analgesia

### ***Tipo de Heparinas recomendadas***

#### **1.- Heparina no fraccionada (grado 1A):**

No ha demostrado ser más beneficiosa para el tratamiento de la TVP que la HBPM y Precisa además controles de TPTa cada 6 horas e infusión IV.

Solo en determinados casos como peso > 120 kg inestabilidad hemodinámica o pacientes con I. Renal con filtrado glomerular menor de 30 mL/min se prefiere su uso en la actualidad en el tratamiento agudo.

## 2.- Heparina de bajo peso molecular (HBPM) (grado 1A):

### α) HBPM disponibles en el hospital:

#### Enoxaparina (Clexane®): 1mg/kg/12h ó 1,5mg/kg/día

- Dosificaciones: **60mg, 80 mg, 100 mg, 120 mg, 150 mg**
- Si peso > 100Kg o trastornos tromboembólicos complicados o Riesgo hemorrágico alto: 1mg/kg/12h
- **Nota:** Ajustar dosis en:
  - **Obesidad:** Pautar 1mg/kg/12h hasta un máximo de 150UI/12h, y cursar hoja de consulta a Hematología para ajuste de dosis.
  - **Renal severa (FG < 30ml/min):** Reducir dosis a 1mg/kg/día y cursar hoja de consulta a Hematología para ajuste de dosis.
  - **Embarazo:** Ni la HNF ni la HBPM atraviesan la placenta, por lo que son seguras para el feto y deben utilizarse según sea necesario para las indicaciones maternas (Guía 2012 ACCP en terapia antitrombótica)

### b) Tipos de HBPM disponibles en el mercado y dosis de tratamiento recomendada:

- Bemiparina (Hibor®): 115 UI/Kg/24 horas. Presentaciones de 2500, 3500, 5000, 7500 y 10.000 UI.
- Dalteparina (Fragmin®): 200 UI/Kg 1 vez al día si dosis total < 18.000 UI y cada 12 horas si > 18.000 UI. Presentaciones de 2500 (0.1 ml), 5000 (0.2 ml), 7500 (0.3ml), 10.000 (0.4 ml), 12.500 (0.5 ml), 15.000 (0.6 ml) y 18.000 UI (0.7 ml).
- Enoxaparina: (Clexane®): 1 mg/Kg cada 12 horas, con presentaciones de 20 mg (0.2 ml), 40mg (0.4 ml), 60 mg (0.6 ml), 80 mg (0.8 ml) y 100 mg (1ml).  
**Clexane forte®:** 1.5mg/Kg una vez al día con presentaciones de 90 mg (0.6ml), 120 mg (0.8ml) y 150 mg (1ml).
- Nadroparina: (Fraxiparina®): 85.5 UI/Kg cada 12 horas, con presentaciones de 0.3 ml (2850 UI) , 0.4ml (3800 UI) ,0.6 ml (5700 UI), y 0.8 ml (7600 UI).  
**Fraxiparina forte®:** 171 UI/Kg una vez al día, con presentaciones de 0.6 ml (11400 UI), 0.8 ml (15200 UI) y 1 ml (19000 UI).
- Tinzaparina (Innohep®): 175 UI/Kg una vez al día. Presentaciones de 10.000 UI (jeringas de 0.25, 0.35 y 0.45 ml) y 20.000 UI (jeringas de 0.5, 0.7 y 0.9 ml). Parece ser la más segura sin precisar ajuste de dosis terapéutica en pacientes con aclaramientos de creatinina hasta 20 ml/h.

Dosis peso	Clexane®	Clexane forte®	Fragmin®	Fraxiparina®	Fraxiparina forte®	Hibor®	Innohep®
40-49 Kg	40mg/12h	60-70 mg/24h	7500-10000 U/24h	0.4ml/12h	0.4ml/24h	5000 U /24h	0.35ml/24h
50-59 Kg	60mg: 0.5ml/12h	80-90 mg/24h	10000-12500 U/24h	0.5ml/12h	0.5ml/24h	7500 U /24h	0.45ml/24h
60-69 Kg	60mg: 1ml/12h	90-100 mg/24h	12500-15000U /24h	0.6ml/12h	0.6ml/24h	7500 U /24h	0.5ml/24h
70-79 Kg	80mg: 0.7ml/12h	100-120 mg/24h	15000-18000U /24h	0.7ml/12h	0.7ml/24h	10000U /24h	0.6ml/24h
80-89 Kg	80mg: 1/12h	120-150 mg/24h	18000U /24h	0.8ml/12h	0.8ml/24h	10000U /24h	0.7ml/24h
90-99 Kg	100 mg: 0.9ml/12h	150mg(0.9-1ml)/24h	10.000U/12h		0.9ml/24h	10000U /24h	0.8ml/24h
>100Kg	100mg: 1/12h	150 mg/24h	10.000U/12h		1ml/24h		0.9ml/24h

### *Filtro de vena cava inferior*

Indicaciones (grado 1C):

- Contraindicación absoluta o complicaciones de anticoagulación: Hemorragia SNC, gastrointestinal activa, retroperitoneal o pulmonar. Metastasis cerebrales, ACV masivo, TCE reciente, trombopenia <50.000 o antecedentes de trombopenia por heparina.
- Recidiva de TEP con anticoagulación correcta.
- TEP recurrente con hipertensión pulmonar.

A ser posible si el factor de riesgo es transitorio se implantara filtro transitorio, y se reiniciará la anticoagulación en cuanto sea posible.

### **CONTRAINDICACIÓN DE ANTICOAGULACIÓN:**

<b>ABSOLUTAS</b>	<b>RELATIVAS</b>
Hemorragia activa severa	Cirugía inminente o reciente
Hemorragia intracraneal reciente	Traumatismo importante
HTA grave no controlable	Parto reciente
Aneurisma cerebral o aórtico disecante	Anemia severa
Trastornos de la coagulación no corregidos	Enf. Ulcerosa activa
	Pericarditis o derrame pericárdico

## **TRATAMIENTO DE LA TVP EN RÉGIMEN DOMICILIARIO:**

### **- Criterios de exclusión de tratamiento ambulatorio:**

- Pacientes sin diagnóstico claro.
- Pacientes con sospecha de enfermedad grave subyacente o neoplasia.
- Sospecha de embolismo pulmonar.
- Alto riesgo de hemorragia: HTA maligna, úlcera péptica, cirugía reciente, alteraciones de la coagulación, trombocitopenia.
- Recidiva de TEP.
- Tratamiento fibrinolítico.
- Flegmasia cerulea o alba dolens.
- Intenso dolor.
- Pacientes embarazadas.
- Sospecha de progresión rápida o trombosis de la vena cava inferior.
- Enfermedad grave que requiera ingreso.
- Riesgo de TVP recurrente (TVP previa, embarazo).
- Síndrome postflebítico.
- TVP bilateral.
- Alergia, contraindicación o limitaciones al uso de heparina de bajo peso molecular: Trombopenia, obesidad mórbida.
- Falta de colaboración o dificultad para el seguimiento.

### **- Consideraciones para el tratamiento ambulatorio con HBPM**

Advertir al paciente que acuda al Servicio de Urgencias si aparece alguna de las siguientes manifestaciones:

- Cualquier tipo de sangrado (encías, orina, ojos, etc)
- Aparición de puntos rojos en la piel
- Heces negras
- Dolor en costado
- Fatiga, empeoramiento general.



## • **Control TVP en UHD:**

- **Control de síntomas**

- **Control anticoagulación con dicumarínicos/HBPM**

Inicio precoz y ajustar posteriormente con INR, se suspenderá Heparina tras 5 días si INR estable en dos controles.

- En caso de TVP distal:

- Mantener: 6-12 semanas y citar en C. Ext de M. Int (Consulta de trombosis) en 2 meses.
- En caso de duda diagnóstica (clínica compatible con DD+ pero ECO negativa), remitir preferente a C. Ext de M.Int (Consulta de Trombosis), en un plazo aproximado de 2 semanas, previo contacto con Dra. R.Sánchez o Dra. B.Valero para valoración de nueva ECO-Doppler vs Flebografía

- En caso de TVP Proximal: Mantener 3-6 meses y citar en C. Ext. de M. Interna (consulta de trombosis) en 3 meses.

- En caso de TVP en paciente Oncológico: Tratamiento con HBPM.

- **Comprobar** realización de Hemograma con plaquetas en urgencias y repetir al tercer día de tratamiento para descartar trombocitopenia inducida por heparina, así como resto de exploraciones complementarias pertinentes.

- **Mantener** MCEF como mínimo 1 mes.

**Tabla1. Guía PRETEMED**

**TABLA PARA EL CÁLCULO DEL RIESGO DE ETV EN PROCESOS MÉDICOS E INDICACIONES DE TROMBOPROFILAXIS**

PROCESOS PRECIPITANTES	PESOS AJUSTADOS		
	1	2	3
PROCESOS PRECIPITANTES	Embarazo/puerperio <sup>a</sup> Viajes en avión > 6 horas	Enfermedad inflamatoria intestinal activa Infección aguda grave Insuficiencia cardíaca clase III Neoplasia	AVCA con parálisis de miembros inferiores EPOC con descompensación grave Infarto agudo de miocardio Insuficiencia cardíaca clase IV Mieloma con quimioterapia <sup>d</sup> Traumatismos de MMII sin cirugía
PROCESOS ASOCIADOS	Diabetes mellitus Hiperhomocisteinemia Infección por VIH Parálisis de MMII TVS previa	Síndrome nefrótico Trombofilia <sup>b</sup> TVP previa <sup>c</sup> Vasculitis (Beçhet/Wegener)	
FÁRMACOS	Anticonceptivos hormonales Antidepresivos Antipsicóticos Inhibidores de la aromatasa Tamoxifeno-Raloxifeno Terapia hormonal sustitutiva	Quimioterapia	
OTROS	Catéter venoso central Edad > 60 años Obesidad (IMC > 28) Tabaquismo > 35 cigarrillos/día	Encamamiento > 4 días	

AVCA: Accidente vascular cerebral agudo; EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IMC: Índice de masa corporal; MMII: Miembros inferiores; TVP: Trombosis venosa profunda previa; TVS: Trombosis venosa superficial; VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana.

(a) PESO 3 si: embarazo y trombofilia; PESO 4 si: embarazo y TVP previa.  
(b) PESO 2 si: factor V de Leyden en > 60 años, déficit de proteína S o C, déficit combinado, déficit de antitrombina, anticuerpos antifosfolípidos.

PESO 1 si: factor VIII > 150% o Factor V de Leyden en < 60 años.

(c) PESO 3 si: TVP previa espontánea.

PESO 5 si: TVP previa y trombofilia.

(d) PESO 4 si: mieloma en tratamiento con quimioterapia y talidomida.

**CÁLCULO DEL RIESGO AJUSTADO (RA)**

RA = Suma de pesos de los distintos procesos precipitantes (rojo) + suma de pesos de otras circunstancias de riesgo (verde).

*Esta fórmula sólo puede aplicarse si su paciente presenta al menos un proceso precipitante o un proceso asociado con peso ajustado ≥ 2.*

**RECOMENDACIONES DE PROFILAXIS DE ETV**

Riesgo ajustado	Recomendación
1-3	Considerar el uso de medidas físicas
4	<b>Se sugiere</b> profilaxis con HBPM
> 4	<b>Se recomienda</b> profilaxis con HBPM

**Tabla2**

**HBPM PARA PROFILAXIS DE LA ETE DISPONIBLES EN EL HOSPITAL**

PRINCIPIO ACTIVO: **BEMIPARINA** (Hibor®)

DOSIFICACIONES: 2500 UI/día si riesgo bajo; 3500 UI ó 5000 UI/día si riesgo alto.

**Nota:** En situaciones de muy alto riesgo de tromboembolismo estaría indicada ENOXAPARINA ajustada a peso corporal (1 mg/kg SC cada 24h), siendo las presentaciones más usuales las de 60 mg y 80 mg

**Tabla 3.**

Alto Riesgo sangrado: HAS-BLED  $\geq 3$

Riesgo de Sangrado según el Puntaje HAS-BLED		
Letter	Clinical characteristic <sup>a</sup>	Points awarded
<b>H</b>	Hipertensión	1
<b>A</b>	Anormalidades en la función renal o hepática	1 o 2
<b>S</b>	Evento iSquémico	1
<b>B</b>	Sangrado	1
<b>L</b>	Labilidad en INR's	1
<b>E</b>	Edad (Mayor 65 años)	1
<b>D</b>	Drogas o Alcohol	1 o 2
		<b>Máximo 9 puntos</b>

**Tabla 4**

Escala de Caprini		Escala de Caprini	
<b>1 Punto</b>		<b>2 Puntos</b>	<b>3 Puntos</b>
Edad 41-60 años		Edad 60-74 años	Edad >75 años
Cirugía menor programada		Artroscopia	Antecedente de trombosis venosa
Antecedente de cirugía mayor (<1 mes)	<b>Mujeres 1 Punto</b>	Cáncer (actual o previo)	Historia familiar de trombosis
Várices	Anticonceptivos orales o terapia de sustitución hormonal	Cirugía mayor (>45 minutos)	Factor V Leiden positivo
Antecedente de enfermedad inflamatoria intestinal	Embarazo o postparto	Laparoscopia (>45 minutos)	Mutación 20210A de Protrombina
Obesidad (IMC >25)	Historia de abortos espontáneos recurrentes, parto prematuro con eclampsia, retraso de crecimiento intrauterino	Paciente confinado a cama (>72 horas)	Hiperhomocisteinemia
Infarto agudo al miocardio		Inmovilización con yeso (<1 mes)	Anticoagulante lúpico positivo
Insuficiencia cardíaca (<1 mes)		Catéter venoso central	Anticuerpos anticardiolipinas positivos
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica			Trombocitopenia inducida por Heparina
Edema actual de miembros pélvicos			Otras trombofilias
Pacientes encamados			

CAPRINI JOSEPH A., Thrombosis Risk Assessment as a Guide to Quality Patient Care to Quality Patient Care. Dis Mon 2005; 51: 70-68. CAPRINI JOSEPH A., Thrombosis Risk Assessment as a Guide to Quality Patient Care to Quality Patient Care. Dis Mon 2005; 51: 70-68.

Riesgo bajo (0-1 puntos), Riesgo moderado (2 puntos), Riesgo alto (3-4 puntos), Riesgo muy alto (5 o más)

## **Abreviaturas**

ACV: Accidente cerebro-vascular  
CPI: Compresión neumática intermitente  
EP: Embolia pulmonar  
ETE: Enfermedad tromboembólica  
FR: Factor de riesgo  
HBPM: Heparina bajo peso molecular  
HNF: Heparina no fraccionada  
MCEF: Medias de compresión elástica fuerte  
MMII: Miembros inferiores  
R: Riesgo  
SNC: Sistema nervioso central  
TCE: Traumatismo craneoencefálico  
TTPa: tiempo de tromboplastina parcial activada  
TVP: trombosis venosa profunda  
V: Venas

## **Bibliografía**

1. - Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians. Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012;141;7S-47S
- 2.- Guía Pretemed. [www.samfyc.es](http://www.samfyc.es)
- 3.- Guías Clínicas de Trombosis Venosa Profunda-2012 de la Comisión de Trombosis del HGUA
- 4.- Protocolo de Actuación de Trombosis Venosa Profunda 2008 del Sº de Urgencias HGUA
- 5.- Fondaparinux for the Treatment of Superficial-Vein Thrombosis in the Legs. *N Engl J Med* 2010; 363:1222-1232