Tromboembolia pulmonar aguda: las nuevas categorías A–E, diagnóstico, anticoagulación y terapias avanzadas

Basada en la guía AHA/ACC/ACCP/ACEP/CHEST/SCAI/SHM/SIR/SVM/SVN 2026 para la evaluación y el manejo de la tromboembolia pulmonar aguda en adultos (Creager MA, et al. Circulation 2026;153:e977–e1051; publicada también en J Am Coll Cardiol 2026), primera guía estadounidense *de novo* sobre el tema. Junto a cada recomendación clave va su clase (COR) y nivel de evidencia (LOE).

Versión 1.0 · Revisado el 28 de octubre de 2026 · Equipo editorial de Medicina en Resumen · Cada cifra verificada contra la guía original

A–E
nuevas categorías clínicas con subcategorías y un modificador respiratorio (R): sustituyen a "masiva/submasiva"

<10 %
de las personas evaluadas por sospecha de TEP termina con el diagnóstico: por eso importan las reglas y el dímero D

~3 %
desarrolla enfermedad tromboembólica crónica con hipertensión pulmonar (HPTEC) después de una TEP aguda

LO QUE TIENES QUE SABER

- **Clasifica con las categorías A–E**: de la TEP incidental (A) al paro o choque refractario (E2). La categoría decide dónde y cómo tratar.
- **Probabilidad <50 % + dímero D ajustado por edad** (edad × 10 µg/L) o algoritmo YEARS negativo: no hace falta imagen (2a B-R).
- **A y B (sin gravedad):** DOAC y alta temprana o tratamiento ambulatorio con seguimiento asegurado.
- **DOAC sobre AVK** (1 B-R) y, si se necesita vía parenteral, **HBPM sobre HNF** (1 B-R). Embarazo: HBPM o HNF; DOAC y warfarina, daño.
- **Terapias avanzadas** (trombólisis, catéter, trombectomía, cirugía): razonables en E1, a considerar en D1–2, **trombólisis sistémica dañina de A a C2**.
- **Primera TEP sin factor mayor reversible:** anticoagulación extendida, de preferencia DOAC a dosis reducida. Pregunta por síntomas en cada visita durante al menos 1 año.

1 Qué cambió: tres maneras de clasificar la TEP

ESQUEMA	CATEGORÍAS	QUÉ AGREGA
AHA 2011	Bajo riesgo · submasiva (PAS ≥90 con disfunción de VD o necrosis miocárdica) · masiva (PAS <90 por >15 min o inotrópicos)	Separaba solo por presión arterial y daño al VD.
ESC 2019	Bajo · intermedio-bajo · intermedio-alto (puntaje elevado + troponina **y** VD anormal) · alto (inestabilidad hemodinámica)	Agregó los puntajes clínicos (PESI/sPESI).
AHA/ACC 2026	**A** subclínica · **B** sintomática con puntaje bajo · **C** sintomática con puntaje alto · **D** falla cardiopulmonar incipiente · **E** falla cardiopulmonar	Subcategorías por VD, biomarcadores y perfusión; reconoce el **choque normotenso** y la TEP dominada por la falla respiratoria (modificador R).

Tabla elaborada con la tabla 5 de la guía AHA/ACC 2026, que resume los esquemas previos. Los pacientes pueden cambiar de categoría al reevaluarlos; se asigna según el indicador más grave.

2 Las categorías A–E
3 Diagnóstico
4 Estratificación del riesgo
5 Dónde tratar y equipo PERT
6 Anticoagulación y dosis
7 Terapias avanzadas y soporte
8 Duración y prevención secundaria
9 Seguimiento y enfermedad crónica
10 Errores frecuentes
11 Preguntas tipo examen · Referencias

2 Las categorías clínicas AHA/ACC 2026

CAT.	QUÉ ES	SUBCATEGORÍAS	MODIFICADOR RESPIRATORIO (R)
A	**Subclínica:** incidental y asintomática (p. ej., hallazgo en una TC de estadificación)	A1	—
B	**Sintomática** con puntaje de gravedad bajo*	**B1** subsegmentaria (única o múltiple) · **B2** no subsegmentaria	—
C	**Sintomática** con puntaje de gravedad elevado†	**C1** VD y biomarcadores normales · **C2** VD anormal *o* ≥1 biomarcador anormal · **C3** VD anormal *y* ≥1 biomarcador anormal	$SatO_2$ <90 %, FR ≥30 o necesidad de O_2 suplementario
D	**Falla cardiopulmonar incipiente**	**D1** hipotensión transitoria‡ · **D2** choque normotenso§	>6 L/min por puntas nasales o mascarilla con reservorio
E	**Falla cardiopulmonar**	**E1** hipotensión recurrente o persistente con choque cardiogénico (SCAI C) · **E2** choque cardiogénico refractario (SCAI D–E) o paro cardiaco	Falla respiratoria que requiere ventilación no invasiva o invasiva

*PESI ≤85, sPESI 0 o Bova ≤4. †PESI >85, sPESI ≥1 o Bova >4. ‡PAS <90 o caída >40 mmHg que dura <15 min o responde a líquidos IV. §Cualquiera: lactato >2 mmol/L, lesión renal aguda, diuresis <0.5 mL/kg/h, alteración del estado mental, índice cardiaco <2.2 L/min/m², PAM <60 mmHg o etapa de choque mayor (SCAI, CPES). La "R" se agrega a la subcategoría (p. ej., C3R, D2R). Tabla elaborada con la figura 2 de la guía; no la reproduce.

EJEMPLOS DE LA GUÍA

A1: persona asintomática con cáncer y TEP subsegmentaria en la TC de estadificación. **B2:** tras prótesis de cadera, sPESI 0, TEP segmentaria sin dilatación del VD. **C1R:** cáncer de mama con TEP lobar bilateral e hipoxemia, sin VD dilatado ni troponina. **D2:** posoperatorio de columna, TEP en ambas arterias pulmonares principales, creatinina en ascenso y PAM baja.

CHOQUE NORMOTENSO: EL QUE SE ESCAPA

Hipoperfusión sin hipotensión. La guía lo define con cualquiera de: lactato >2 mmol/L, diuresis <720 mL en 24 h, aumento de creatinina ≥0.3 mg/dL en 24 h o índice cardiaco ≤2.2 L/min/m². Buscarlo en D2 identifica a quien tiene más riesgo de deterioro y muerte (2a B-NR). En C3, una PAM <80 mmHg puede señalar a quien requerirá escalar (2a B-NR).

3 Diagnóstico

RECOMENDACIÓN	COR · LOE
Historia dirigida y exploración completa para estimar la probabilidad clínica (Wells, Ginebra revisada o juicio clínico).	1 · A
Probabilidad baja o intermedia (<50 %) + **dímero D ajustado por edad** por debajo del umbral (edad × 10 µg/L, ensayos en FEU): excluye TEP sin imagen.	2a · B-R
Algoritmo YEARS: corte de dímero D de 500 µg/L si hay ≥1 criterio (signos de TVP, hemoptisis o TEP como diagnóstico más probable) y de 1,000 µg/L si no hay ninguno.	2a · B-R
Embarazo: YEARS adaptado al embarazo para decidir quién no necesita imagen.	2b · B-NR
Probabilidad alta (>50 %) o dímero D elevado: imagen para confirmar o excluir.	1 · A
AngioTC pulmonar de preferencia sobre gammagrama V/Q; una angioTC positiva o un V/Q de alta probabilidad bastan para el diagnóstico.	1 · B-R / A
Embarazada con síntomas, criterios YEARS y radiografía normal: angioTC de dosis baja sobre gammagrama de perfusión de dosis baja.	2a · B-NR
Si no se puede hacer angioTC: V/Q (de preferencia SPECT) antes que angiorresonancia.	2a · B-R
Informar el **cociente VD/VI numérico** en la angioTC en vez de una descripción subjetiva.	1 · B-R

No sirven para el diagnóstico: ecocardiograma para confirmar o descartar, ultrasonido venoso tras angioTC o V/Q negativos, ni venografía por TC de rutina.	3: sin beneficio

Con dímero D ajustado por edad, en un estudio prospectivo de 3,346 pacientes la falla a 3 meses en mayores de 50 años con dímero D entre el umbral estándar y el ajustado fue de 0.3 % (IC 95 % 0.1–1.7 %); el umbral de seguridad aceptado es 2 %. La guía advierte que en lugares de prevalencia alta podrían escaparse casos y que casi todos los estudios excluyeron a personas ya anticoaguladas. **PERC** (solo si la probabilidad clínica es <15 %, p. ej., Wells <2): edad <50, FC <100, $SatO_2$ ≥95 %, sin hemoptisis, sin estrógenos, sin TEV previa, sin edema unilateral de pierna y sin cirugía o trauma en las 4 semanas previas; si se cumplen todos, no se necesitan más estudios. Menos del 10 % de los evaluados por sospecha tiene TEP. En el embarazo, el YEARS adaptado (tratar sin angioTC si hay síntomas en la pierna y ultrasonido positivo) evitó el 65 % de las angioTC en el primer trimestre.

4 Estratificación del riesgo

SPESI (1 PUNTO CADA UNO)
Edad >80 años · cáncer · enfermedad cardiopulmonar crónica · PAS <100 mmHg · FC ≥110 lpm · $SatO_2$ arterial <90 %
0 puntos: bajo riesgo de muerte a 30 días · **≥1:** alto riesgo

PESI: clases I (≤65) y II (66–85) de bajo riesgo. Bova: PAS 90–100 (2), troponina elevada (2), disfunción del VD (2), FC ≥110 (1). Hestia: 11 preguntas de sí o no; si todas son "no", se puede considerar manejo ambulatorio. Un lactato elevado se asocia con 9.05 veces más probabilidad de muerte por TEP.

RECOMENDACIÓN	COR · LOE
Categorías A–B: Hestia, PESI o sPESI para identificar bajo riesgo a corto plazo.	1 · B-R
Categoría C: medir al menos 1 biomarcador cardiaco (troponina o BNP).	1 · B-NR
Categorías C–E: medir **lactato** (venoso o arterial).	1 · B-NR
Categorías C–D sin choque: imagen del VD; ecocardiograma de preferencia sobre TC.	1 · A 2a · B-NR
Categorías C–D estables: un puntaje validado para TEP, o NEWS/NEWS2 como alternativa.	2a 2b
Categorías A–C: cuantificar la carga de trombo no sirve para pronóstico.	3: sin beneficio

Disfunción del VD en el ecocardiograma (tabla 4 de la guía): diámetro telediastólico ≥30 mm en paraesternal largo o basal ≥41 mm en apical; cociente VD/VI >0.9; TAPSE <1.7 cm; velocidad de insuficiencia tricuspídea ≥2.9 m/s sugiere hipertensión pulmonar.

5 Dónde tratar y equipo PERT

RECOMENDACIÓN	COR · LOE
En consulta o urgencias, usar una herramienta de decisión (Hestia, PESI o sPESI) para identificar quién puede tratarse de forma ambulatoria.	2a · B-R
Categorías A y B seleccionadas: tratamiento ambulatorio como opción razonable frente a hospitalizar, si se asegura el anticoagulante de inmediato y un seguimiento rápido y confiable.	2a · B-R
Con trombólisis sistémica o dirigida por catéter: vigilancia en terapia intensiva o intermedia.	1 · C-EO
Categorías C3–D estables con datos de alto riesgo: considerar traslado a un centro con terapias avanzadas.	2b · C-LD
Categoría E: **no trasladar antes de estabilizar**.	3: daño · C-EO
Categorías C–E: evaluación por un **equipo multidisciplinario de respuesta a TEP (PERT)**; en A–B con muchas comorbilidades también puede ayudar.	1 · B-NR

DATO DEL ARTÍCULO En HOME-PE, el manejo ambulatorio guiado por Hestia (38.4 %) o por sPESI (36.6 %) tuvo tasas compuestas bajas de recurrencia, sangrado mayor o muerte a 30 días (1.3 % y 1.1 % entre quienes se fueron a casa). La guía resume que la categoría A puede egresar de urgencias sin hospitalizar y que en la B se recomienda en general el alta temprana.

6 Anticoagulación

RECOMENDACIÓN	COR · LOE
Sin contraindicación absoluta: iniciar anticoagulación para reducir recurrencia y muerte.	1 · B-R
Categorías C1–E1 que requieren vía parenteral inicial: **HBPM sobre HNF** (menos recurrencia y sangrado mayor).	1 · B-R
Candidatos a vía oral: **DOAC sobre AVK**, salvo contraindicación.	1 · B-R
Sospecha de categoría C2 o mayor, bajo riesgo de sangrado e imagen demorada: anticoagulación terapéutica mientras se confirma.	2a · C-EO
Obesidad (IMC >30): DOAC sobre AVK. Obesidad clase III (IMC >40) con HBPM: reducir la dosis puede ser razonable.	2a · B-NR 2b · B-NR
Síndrome antifosfolípido trombótico establecido: AVK sobre DOAC. Con un solo anticuerpo (anticardiolipina o β2-glicoproteína), un DOAC puede ser alternativa.	1 · A 2b · B-R
Tumor cerebral primario o metastásico: un DOAC puede considerarse sobre HBPM para reducir hemorragia intracraneal.	2b · C-LD
ERC etapa 2–3: DOAC sobre AVK. ERC 4–5 o hemodiálisis: incierto si apixabán es mejor que AVK.	1 · A 2b · B-NR
Embarazo: HBPM o HNF. DOAC y warfarina, potencialmente dañinos (aborto, malformaciones).	1 · C-LD 3: daño
Lactancia: HBPM, HNF o warfarina sobre DOAC.	1 · C-LD
Hepatopatía crónica: DOAC sobre AVK en Child-Pugh A (2a) y quizá en B (2b); **no en Child-Pugh C**.	2a 2b 3: daño
Tras trombólisis o procedimiento endovascular, o si es probable que lo necesite: HBPM sobre HNF.	1 · B-NR 2a · C-LD
Si se vigila la HBPM: anti-Xa **pico** 3–5 h después de la dosis, una vez en estado estable (≥3 dosis). Razonable vigilar anti-Xa con depuración <30 mL/min.	1 · C-LD 2a · C-LD

Dosis de referencia

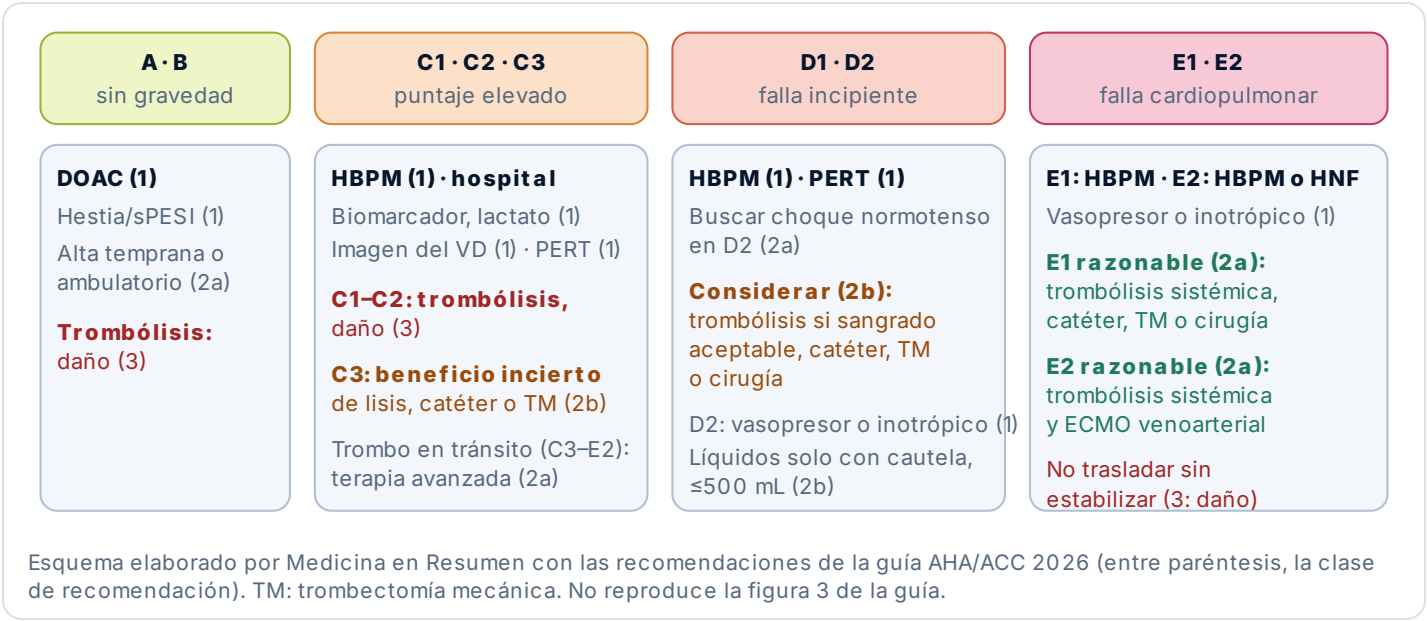
FÁRMACO	INICIO → MANTENIMIENTO	NOTAS
Apixabán	10 mg c/12 h por 7 días → 5 mg c/12 h	Fase extendida: 2.5 mg c/12 h
Rivaroxabán	15 mg c/12 h por 21 días → 20 mg/día	Fase extendida: 10 mg/día. Con alimentos*
Edoxabán · dabigatrán	≥5 días de anticoagulante parenteral → edoxabán 60 mg/día* · dabigatrán 150 mg c/12 h*	Ajuste renal y de peso según ficha técnica*
Enoxaparina	1 mg/kg c/12 h SC	En IMC ≥40 se estudió 0.8 vs 1.0 mg/kg (menos niveles supraterapéuticos)
HNF	Bolo 80 U/kg y luego 18 U/kg/h, ajustada por TTPa o anti-Xa*	Si hay inestabilidad o se prevé trombólisis o procedimiento
AVK (warfarina)	Con anticoagulante parenteral hasta INR ≥2	Preferida en síndrome antifosfolípido trombótico

Esquemas de inicio y de fase extendida: guía AHA/ACC 2026. *Dosis de ficha técnica o práctica habitual, no especificadas en la guía; verifica la ficha local. Evitar DOAC por al menos 4 semanas después de cirugía bariátrica (absorción menor).

7 Terapias avanzadas y soporte por categoría

CATEGORÍA	TROMBÓLISIS SISTÉMICA	DIRIGIDA POR CATÉTER	TROMBECTOMÍA MECÁNICA	EMBOLECTOMÍA QUIRÚRGICA
A–C1	3: daño · A	3: sin beneficio	3: sin beneficio	3: sin beneficio
C2	3: daño · B-R	2b (incierto)	2b (incierto)	3: sin beneficio
C3	2b (incierto)	2b (incierto)	2b (incierto)	3: sin beneficio
D1–D2	2b	2b	2b	2b (incierto)
E1	2a · C-LD	2a · C-LD	2a · B-NR	2a · B-NR
E2	2a · C-LD	—	—	3: sin beneficio · B-NR

Elaborado con la tabla 7 de la guía. En D1–E1, el catéter y la trombectomía pueden considerarse sobre la trombólisis sistémica para reducir sangrado mayor, y la cirugía para reducir hemorragia intracraneal (2b). En C2–D2 no se sabe si el catéter es mejor que la trombectomía o al revés (PEERLESS, 550 pacientes: sin diferencia en mortalidad a 30 días ni sangrado mayor).



Esquema elaborado por Medicina en Resumen con las recomendaciones de la guía AHA/ACC 2026 (entre paréntesis, la clase de recomendación). TM: trombectomía mecánica. No reproduce la figura 3 de la guía.

DATO DEL ARTÍCULO **Dosis:** alteplasa sistémica estándar, 100 mg en 2 h. Hay evidencia emergente de que 25–50 mg sería igual de eficaz con menos sangrado (dosis baja, 2b · C-LD); En trombólisis dirigida por catéter, la dosis estándar es 5–10 mg de alteplasa por arteria pulmonar; usar <5 mg no se recomienda (3: sin beneficio).

DATO DEL ARTÍCULO En un metaanálisis de 16 ensayos (n = 2,115), la trombólisis bajó la mortalidad (OR 0.53; NNT 59) a costa de más hemorragia intracraneal (OR 4.6; NNH 78). En PEITHO (1,006 pacientes), evitó el colapso pero aumentó el sangrado mayor, con beneficios y daños casi equilibrados. En E1–2, sangrado grave 9.9 % y hemorragia intracraneal 1.7 %.

SOPORTE EN EL PACIENTE GRAVE

Intubar es peligroso: en C–E, evitar la sedación profunda y la ventilación mecánica salvo indicación clara (3: daño); si se intuba, tener listos vasopresores, inotrópicos y ECMO (1). Puntas nasales de alto flujo en hipoxemia moderada a grave (2a). Vasodilatadores pulmonares inhalados en C2–E (2b). ECMO venoarterial razonable en E2 (2a), sin suspender la anticoagulación salvo sangrado (1).

FILTRO DE VENA CAVA

No de rutina en quien está anticoagulado (3: daño · A). Si no puede anticoagularse: filtro **recuperable** (1), retirarlo en cuanto baje el riesgo (1). Recurrencia pese a anticoagulación óptima: considerar (2b).

8 Duración y prevención secundaria

FACTOR MAYOR REVERSIBLE	FACTOR MENOR REVERSIBLE	FACTOR PERSISTENTE
Cirugía con anestesia general ≥30 min · hospitalización por enfermedad aguda ≥72 h en cama · cesárea · fractura de miembro inferior	Cirugía con anestesia general <30 min · hospitalización <72 h · enfermedad aguda fuera del hospital ≥72 h en cama · estrógenos (anticonceptivos o terapia hormonal) · periparto · trauma con movilidad reducida ≥72 h	Cáncer activo · enfermedad autoinmune (p. ej., artritis reumatoide, lupus) · enfermedad inflamatoria intestinal · inmovilidad crónica
Suspender a los 3–6 meses (1 · B-NR)	**Decisión compartida** (2a · B-NR)	**Extender** (1 · C-LD)

Tabla 9 de la guía, adaptada de Kearon 2016. Sin factor identificable: alto riesgo de recurrencia (~30–40 % a 10 años al suspender) → **anticoagulación extendida** (1 · A); extenderla redujo 80 % la recurrencia (2.75 vs 13.54 eventos por 100 pacientes-año) sin aumentar el sangrado mayor.

EN LA FASE EXTENDIDA (MÁS DE 6 MESES, SIN FECHA DE TÉRMINO)	COR · LOE
DOAC sobre AVK, salvo contraindicación.	1 · A
Dosis reducida: apixabán 2.5 mg c/12 h o rivaroxabán 10 mg/día.	1 · A
Con cáncer: DOAC o HBPM sobre AVK.	1 · A
Sin cáncer y con contraindicación a DOAC: AVK sobre ácido acetilsalicílico o nada.	1 · B-R
Contraindicación o rechazo de anticoagulación: ácido acetilsalicílico a dosis baja mejor que nada.	2a · B-R
Reevaluar periódicamente riesgo y beneficio de seguir anticoagulando.	1 · B-NR

RECURRENCIA PESE A ANTICOAGULACIÓN

Confirmarla con angioTC o V/Q (1) y buscar factores clínicos y farmacológicos (1). Si había apego: cambiar a otra clase de anticoagulante (2a); si tomaba DOAC a dosis reducida, pasar a dosis completa (2a); con cáncer y HBPM, subir la HBPM 20–25 % (2a). Un dímero D elevado no basta por sí solo para diagnosticar recurrencia.

9 Seguimiento y enfermedad tromboembólica crónica

- **Primera semana tras el alta:** educación, barreras y apego al anticoagulante, sangrado (1 · C-LD).
- **A los 3 meses o antes:** duración de la anticoagulación, estudios pendientes y síntomas persistentes (1 · C-EO).
- **Preguntar por disnea y limitación funcional en cada visita durante al menos 1 año** (1 · C-LD); tamizar ansiedad y depresión (2a).
- **Sin factor de riesgo identificado:** historia, exploración y tamizaje de cáncer según la edad (1 · A); **no** TC ni PET-TC de rutina para buscar cáncer (3: sin beneficio · A).
- Trombofilia: solo si <55 años o con antecedente familiar y sin factor mayor reversible, cuando el resultado cambie el manejo (2b).
- **Viajes:** deambulación temprana en vez de reposo (2a · A); medias de compresión en viajes ≥5 h (2a); en C2–E, posponer viajes largos 4 semanas (2b).
- Personas que pueden embarazarse: orientar sobre anticoncepción y anticoagulación (1); ante sangrado uterino anormal, manejarlo antes que suspender el anticoagulante (2a).

DISNEA A LOS 3 MESES: BUSCA LA ENFERMEDAD CRÓNICA

Disnea o limitación tras ≥3 meses de anticoagulación: evaluar **enfermedad tromboembólica crónica** (1 · B-NR) con **ecocardiograma más gammagrama de perfusión** (V/Q plano o SPECT) en vez de solo eco (2a); prueba de esfuerzo cardiopulmonar razonable para excluirla (2a). Seguir anticoagulando mientras se estudia (1).

La HPTEC aparece en ~3 %, pero 30–50 % tiene un ecocardiograma anormal persistente; el V/Q tiene un valor predictivo negativo cercano a 100 %. Con hipertensión pulmonar, referir a un centro experto (1). Sin síntomas, no repetir angioTC ni V/Q para ver si se resolvió el trombo (3: sin beneficio). Si se descartó y sigue sintomático: rehabilitación pulmonar (2a).

10 Errores frecuentes

ERROR	LO CORRECTO (AHA/ACC 2026)
Pedir angioTC a todos con sospecha baja o intermedia	Dímero D ajustado por edad o YEARS: si es negativo, no hace falta imagen
Usar el corte fijo de 500 µg/L en el adulto mayor	Edad × 10 µg/L (FEU) en probabilidad <50 %
Pedir ecocardiograma "para descartar TEP"	No confirma ni descarta (3: sin beneficio); sirve para estratificar
Clasificar solo por la presión arterial	Buscar el choque normotenso: lactato, diuresis, creatinina, índice cardiaco
Hospitalizar a toda TEP sintomática con sPESI 0	Categoría B: alta temprana o manejo ambulatorio con seguimiento asegurado
Trombolizar al paciente estable con troponina elevada (C2)	Trombólisis sistémica de A a C2: daño
Iniciar con HNF al paciente estable	HBPM sobre HNF (C1–E1); DOAC sobre AVK para seguir
Dar DOAC en el síndrome antifosfolípido trombótico	AVK sobre DOAC (1 A)
Intubar con sedación profunda sin preparar soporte	Evitarlo si es posible; tener vasopresores, inotrópicos y ECMO listos
Filtro de vena cava "de seguridad" en el anticoagulado	No de rutina (3: daño); solo si no puede anticoagularse, recuperable y retirarlo
Suspender a los 6 meses una TEP sin factor de riesgo	Anticoagulación extendida, de preferencia DOAC a dosis reducida
Dar de alta sin volver a preguntar por disnea	Preguntar en cada visita por 1 año; eco + V/Q si persiste a los 3 meses

11 Preguntas tipo examen

1. Hombre de 70 años con cáncer de pulmón, asintomático, con TEP subsegmentaria en la TC de estadificación. ¿Categoría AHA/ACC?

A) A1 · B) B1 · C) C1

A. Incidental y asintomática = categoría A; la B exige síntomas (B1 sería subsegmentaria sintomática).

2. Mujer de 72 años, probabilidad clínica intermedia, dímero D de 650 µg/L (FEU). ¿Qué sigue?

A) AngioTC · B) Gammagrama V/Q · C) Se excluye TEP sin imagen

C. Umbral ajustado = 72 × 10 = 720 µg/L; está por debajo (2a B-R).

3. TEP segmentaria con disnea leve, sPESI 0, sin dilatación del VD, buen apoyo en casa. ¿Manejo?

A) Hospitalizar con HNF · B) DOAC y manejo ambulatorio con seguimiento asegurado · C) Trombólisis a dosis baja

B. Categoría B2: DOAC (1) y tratamiento ambulatorio razonable (2a B-R) con seguimiento rápido.

4. sPESI 2, PA 124/78, troponina elevada, VD normal, lactato 1.2. ¿Categoría y papel de la trombólisis sistémica?

A) C2; dañina · B) C3; razonable · C) D1; a considerar

A. Puntaje alto con un biomarcador anormal = C2; trombólisis sistémica de A a C2 es 3: daño (B-R).

5. PAS 112 mmHg sin hipotensión, lactato 3.4 mmol/L y diuresis de 300 mL en 12 h, con VD dilatado. ¿Categoría?

A) C3 · B) D2 (choque normotenso) · C) E1

B. Hipoperfusión sin hipotensión es choque normotenso: D2. Terapia avanzada a considerar (2b) y vasopresor o inotrópico si hay choque cardiogénico (1).

6. **TEP con hipotensión persistente y choque cardiogénico (SCAI C) en un hospital sin intervencionismo. ¿Conducta?**

A) Trasladar de inmediato sin tratar · B) Trombólisis sistémica si el riesgo de sangrado es aceptable, vasopresores y estabilizar · C) Solo anticoagulación

B. E1: trombólisis sistémica razonable (2a C-LD); no trasladar a la categoría E antes de estabilizar (3: daño).

7. **Embarazada de 20 semanas con TEP confirmada, estable. ¿Anticoagulante?**

A) Apixabán · B) Warfarina · C) HBPM

C. HBPM o HNF (1 C-LD); DOAC y warfarina son potencialmente dañinos (3: daño).

8. **TEP en una persona con síndrome antifosfolípido trombótico triple positivo y antecedente de EVC. ¿Anticoagulante a largo plazo?**

A) Rivaroxabán · B) Warfarina · C) Apixabán a dosis reducida

B. AVK sobre DOAC en síndrome antifosfolípido trombótico (1 A).

9. **TEP 10 días después de una artroplastia de rodilla con anestesia general de 2 horas. ¿Duración?**

A) 3–6 meses y suspender · B) Extendida con dosis completa · C) Extendida con dosis reducida

A. Factor mayor reversible (cirugía con anestesia general ≥30 min): suspender al final de la fase inicial (1 B-NR).

10. **Primera TEP sin factor de riesgo identificable; a los 6 meses tolera bien el apixabán y sin sangrado. ¿Qué haces?**

A) Suspender · B) Continuar con apixabán 2.5 mg c/12 h y reevaluar periódicamente · C) Cambiar a ácido acetilsalicílico

B. Fase extendida (1 A) con dosis reducida (1 A) y reevaluación periódica (1 B-NR).

Referencias

1. Creager MA, Barnes GD, Giri J, et al. 2026 AHA/ACC/ACCP/ACEP/CHEST/SCAI/SHM/SIR/SVM/SVN guideline for the evaluation and management of acute pulmonary embolism in adults: a report of the ACC/AHA Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2026;153:e977–e1051. doi:10.1161/CIR.0000000000001415 (copublicada en J Am Coll Cardiol. 2026)
2. Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C, et al. 2019 ESC guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the ERS. Eur Heart J. 2020;41:543–603. doi:10.1093/eurheartj/ehz405 (citada a través de la tabla 5 de la guía AHA/ACC 2026)
3. Jaff MR, McMurtry MS, Archer SL, et al. Management of massive and submassive pulmonary embolism, iliofemoral deep vein thrombosis, and chronic thromboembolic pulmonary hypertension: a scientific statement from the AHA. Circulation. 2011;123:1788–1830.
4. Kearon C, Ageno W, Cannegieter SC, et al. Categorization of patients as having provoked or unprovoked venous thromboembolism: guidance from the SSC of ISTH. J Thromb Haemost. 2016;14:1480–1483 (base de la tabla 9 de la guía).

SOBRE ESTA GUÍA EN RESUMEN

Material educativo para profesionales de la salud y estudiantes de posgrado, elaborado con apoyo de inteligencia artificial y verificado contra la guía original. Resume recomendaciones; no sustituye la lectura de la guía ni el juicio clínico. Las dosis son de referencia: revisa la ficha técnica y la disponibilidad local. Los esquemas y tablas se elaboraron con los datos publicados; no reproducen figuras de la guía.

Videos, fuentes completas y otras guías en resumen: **medicinaenresumen.com** · @medicina.en.resumen