

MINISTERIO DE SALUD



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 174 -2022-DG-HVLH/MINSA

Magdalena del Mar, 09 de Noviembre de 2022

Vistos; el expediente N° 2200001417, que contiene la Nota Informativa N° 168-2022-OGC-HVLH/MINSA, emitida por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Víctor Larco Herrera;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el segundo párrafo del artículo 5° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006-SA, establece que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben de contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad y otros que sean necesarios, según sea el caso.

Que, mediante Resolución Ministerial N°302-2015/MINSA, se aprobó la Norma Técnica N° 117-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", cuya finalidad es contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica", con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad; a través de la formulación de Guías de Práctica Clínicas que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o local;



Que, conforme a lo establecido en el artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, determina los objetivos funcionales generales asignados al Hospital, siendo entre ellos, numeral d) Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de psiquiatría y salud mental, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su familia;



Que, mediante documento del Visto, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite a la Dirección General del Hospital Víctor Larco Herrera la "Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Trombosis Venosa Profunda", para su aprobación; la cual fue elaborada por el Departamento de Apoyo Médico Complementario; con la finalidad de contribuir a la disminución de la Trombosis Venosa Profunda en los pacientes de nuestra Institución y establecer criterios técnicos para para el diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención;



Que, mediante Nota Informativa N° 113-2022-OEPE-HVLH/MINSA, emitida por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, que hace suyo el Informe N° 084-2022-UFPOP-OEPE-HVLH/MINSA efectuado por la Unidad Funcional de Planeamiento, Organización y Proyectos, a su cargo; donde indica que el documento normativo titulado: "Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Trombosis Venosa Profunda", cumple con lo regulado por la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", aprobada por Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA y a la estructura indicada en el numeral 6.1 Estructura de los documentos normativos, que corresponde a lo precisado en el literal 6.1.3 Guía Técnica señalado en las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" aprobado por Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA;

Que, con el propósito de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos a nivel institucional, que permitan alcanzar los objetivos y metas de la institución; resulta necesario formalizar su aprobación, mediante la emisión del correspondiente acto resolutivo;

Estando a lo informado por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Víctor Larco Herrera; y,

Con el visto bueno del Jefe del Departamento de Apoyo Médico Complementario, de la Jefa la Oficina de Asesoría Jurídica, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico; y,

De conformidad con lo previsto en el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo Primero: APROBAR, el Documento Titulado: "GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA" del Hospital Víctor Larco Herrera; la misma que en documento adjunto a folios trece (13) incluido un anexo, forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo: Encargar al Departamento de Apoyo Médico Complementario del Hospital Víctor Larco Herrera, la implementación y cumplimiento del documento aprobado por la presente Resolución.

Artículo Tercero: DISPONER, que la Oficina de Comunicaciones, efectúe la publicación de la presente Resolución Directoral, en el Portal Institucional del Hospital "Víctor Larco Herrera" (www.larcoherrera.gob.pe)

Regístrese y comuníquese

Ministerio de Salud
Hospital Víctor Larco Herrera

Med. Elizabeth M. Rivera Chávez
Directora General
C M P 24232 R.N.E. 10693

EMRCH/JRCR/ALVA/MYRV.

Distribución:

- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Departamento de Apoyo Médico Complementario
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Archivo

HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA

DEPARTAMENTO DE APOYO MEDICO
COMPLEMENTARIO



**GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA**

2022



ÍNDICE

TÍTULO.....	3
I FINALIDAD	3
II OBJETIVO.....	3
III AMBITO DE APLICACIÓN	3
IV PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.....	3
4.1 NOMBRE Y CÓDIGO: Trombosis Venosa Profunda (TVP) I80.	3
V CONSIDERACIONES GENERALES	3
5.1 DEFINICIÓN:	3
5.2 ETIOLOGÍA.....	4
5.3 FISIOPATOLOGÍA:.....	4
5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	4
5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.....	4
VI CONSIDERACIONES ESPECIFICAS	5
6.1 CUADRO CLÍNICO.....	5
6.2 DIAGNÓSTICO.....	6
6.3 EXÁMENES AUXILIARES	7
6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA	7
6.5 COMPLICACIONES.....	8
6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA	9
6.7 FLUXOGRAMA / ALGORITMO.....	9
VII ANEXOS	10
7.1 Causas de elevación de Dímero D.....	10
VII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	11



TÍTULO

GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

I FINALIDAD

Contribuir a la disminución de la Trombosis venosa profunda en los pacientes de nuestra institución.

II OBJETIVO

Establecer los criterios técnicos para el diagnóstico y tratamiento de la Trombosis Venosa Profunda en el primer nivel de atención.

III AMBITO DE APLICACIÓN

La Guía Técnica tiene como ámbito de aplicación el Hospital Víctor Larco Herrera.

IV PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

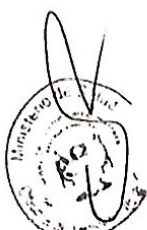
Diagnóstico y tratamiento de la Trombosis Venosa Profunda.

4.1 NOMBRE Y CÓDIGO: Trombosis Venosa Profunda (TVP) I80.

V CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIÓN:

Trombosis (oclusión de un vaso sanguíneo por coágulo o embolo) de venas poplítea, femoral o iliaca (nota: la vena femoral "superficial" forma parte del Sistema venoso profundo).



5.2 ETIOLOGÍA

Existen numerosas causas que en combinación producen la TVP, son adquiridas o congénitas. Se pueden agrupar de la siguiente manera: Reducción del flujo sanguíneo con incremento de la viscosidad o de la presión venosa central, variantes anatómicas que contribuyen a estasis venoso, lesión mecánica de la vena, factores de riesgo comunes de TVP, factores genéticos y otras condiciones que indican hipercoagulabilidad.

5.3 FISIOPATOLOGÍA: Triada de Virchow

- Estasis: Reposo en cama, inactividad, Insuficiencia cardiaca congestiva, Accidente cerebrovascular en los últimos 3 meses, viaje en avión mayor de 6 horas.
- Lesión del endotelio: Traumatismo, cirugía, TVP previa, inflamación.
- Trombofilia: Resistente a proteína C activada, deficiencia de proteína C y S, Síndrome antifosfolípídico, mutación del gen de la protrombina, aumento de factor VIII, hiperhomocistinemia, trombocitopenia inducida por heparina, anticonceptivos orales, tratamiento hormonal sustitutivo, tamoxifeno, raloxifeno.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La incidencia de la TVP es de 1 a 2 por 1000 personas/año, en USA se estiman 372 000 casos por año con una mortalidad de 300 000 casos y en Europa 761 697 casos/año y las muertes fueron 370 000, la frecuencia en hombres es 1.30 por 1 000 y en mujeres 1.1 por 1 000, la recurrencia es del 25% a los 5 años y del 30% a los 10 años.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- 5.1.1 Medio ambiente:** Edad >40años, Cirugía ortopédica, Fracturas de miembros inferiores, uso prolongado de torniquete neumático, trauma vascular, embarazo y puerperio, insuficiencia venosa profunda, cáncer, Lupus eritematoso sistémico, Síndrome antifosfolípídico, Catéter venoso central, cirugía bariátrica.
- 5.1.2 Estilos de vida:** Sedentarismo, inmovilización prolongada, uso de hormonas y medicamentos, obesidad mórbida.
- 5.1.3 Factores hereditarios (consejo genético):** Resistente a Proteína C activada, deficiencia de proteína C y S, Síndrome antifosfolípídico, mutación del gen de la protrombina, aumento de factor VIII, hiperhomocistinemia.



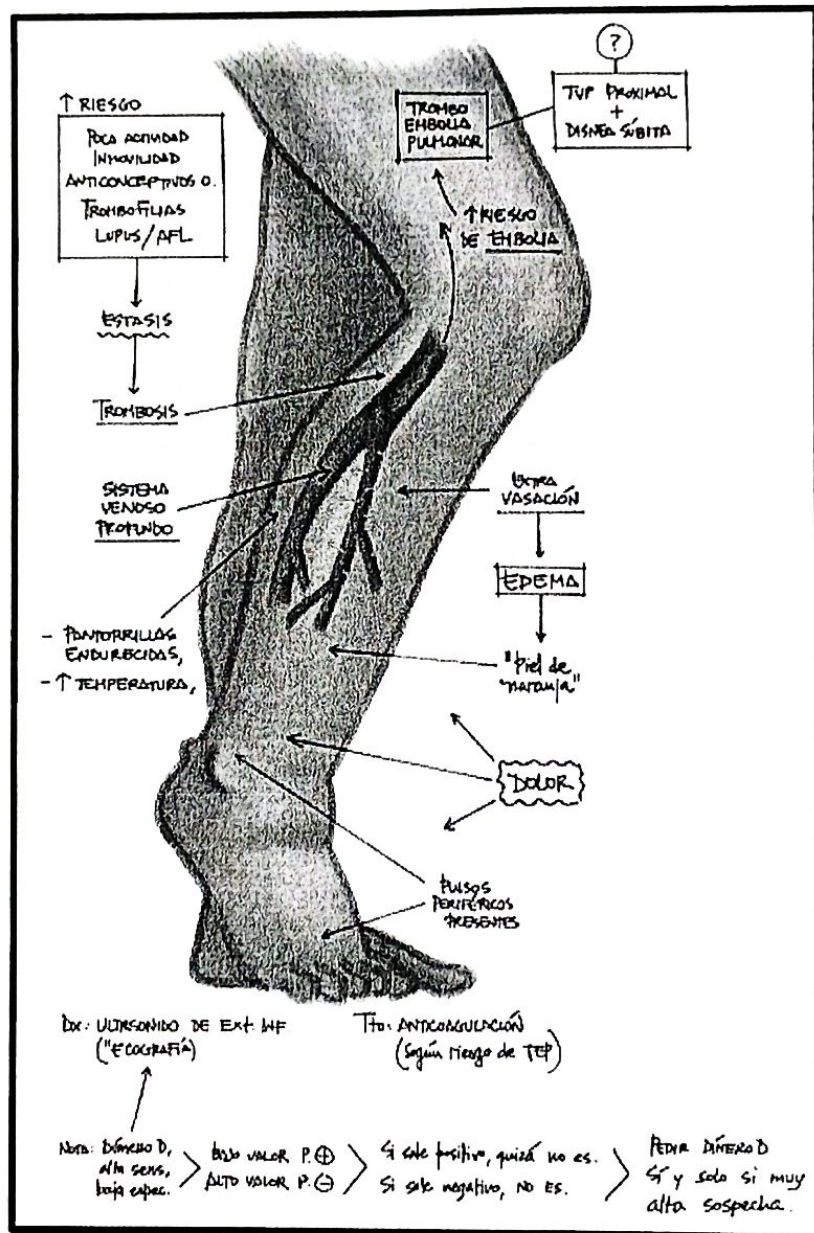
VI CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

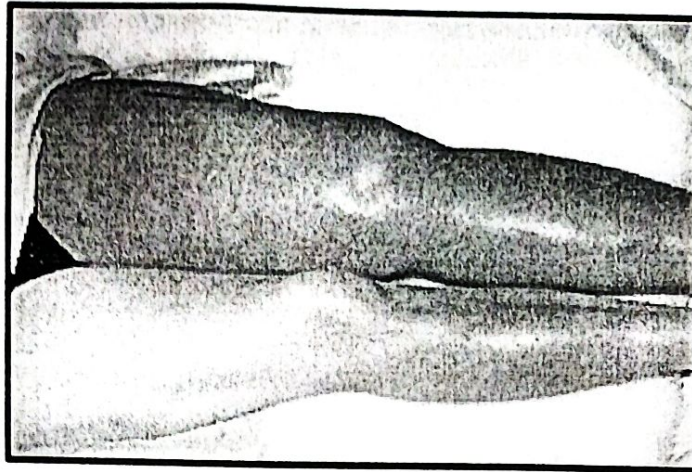
6.1.1 Signos y síntomas:

- Dolor de miembro afectado (65%; Signo de Homans).
- Edema de la extremidad afectada (88%).
- Eritema (34%).
- Calor local (40%).
- Dificultad o imposibilidad para deambulación.

6.1.2 Interacción cronológica:



6.1.1 Gráficos, diagramas, fotografías



6.2 DIAGNÓSTICO

6.2.1 Criterios de diagnóstico:

6.2.1.1 SCORE DE WELLS

Puntos	Condición
1	Cáncer activo (con tratamiento en curso, o en los 6 meses anteriores o tratamiento paliativo)
1	Parálisis, paresia o inmovilización con escayola de la extremidad inferior
1	Estancia en la cama de más de 3 días o cirugía mayor en las cuatro semanas anteriores
1	Hipersensibilidad localizada a lo largo de la distribución del sistema venoso profundo
1	Pantorrilla hinchada en más de 3 cm en comparación con la pierna asintomática (medida 10 cm por debajo de la tuberosidad tibial)
1	Edema con prurito (mayor en la pierna sintomática)
1	Venas colaterales superficiales (no varices)
-2	Diagnóstico alternativo tan probable o más que el de una trombosis venosa profunda

Riesgo alto	3 puntos	(Prevalencia TVP = 85%)
Riesgo moderado	1 ó 2 puntos	(Prevalencia TVP = 33%)
Riesgo bajo	0 puntos	(Prevalencia TVP = 5%)

Si ambas piernas son sintomáticas, puntuar el lado más afectado.



- 6.2.2 Diagnóstico diferencial:** Linfedema, síndrome nefrótico, falla renal, enfermedad hepática, tromboflebitis superficial, insuficiencia arterial, fractura por estrés, lesión de tejido celular subcutáneo, hematoma, artritis, tendinitis de Aquiles.

6.3 EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1 De Patología Clínica:

Hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, electrolitos, perfil hepático, proteínas totales y fraccionadas, Dímero D (sensibilidad 94% y valor predictivo negativo 96-97%, <500 ug/L excluye la posibilidad de TVP).

6.3.2 De Imágenes:

Electrocardiograma, Ecografía Doppler venosa (sensibilidad 97% y valor predictivo negativo 99%), Resonancia magnética nuclear (sensibilidad 91.5% y especificidad 94.8%), Tomografía axial computarizada (sensibilidad 95.9% y especificidad 95.2%).

6.3.3 De Exámenes especializados complementarios:
Flebografía (sensibilidad y especificidad 100%).

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas generales y preventivas:

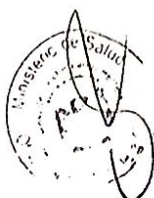
Hidratación, deambulación temprana, medias antiembólicas (9-12 mmHg profiláctica y 30-40 mmHg terapéutico).

6.4.2 Terapéutica:

6.4.2.1 Fase aguda:

Heparinas:

- **Enoxaparina:** 1 mg/kg subcutánea (SC) cada 12 horas (máximo 180 mg/d), se reduce la dosis a una vez al día si la tasa de filtración glomerular (TFG) es <30 ml/minuto.
- **Dalteparina:** 200 UI/kg SC cada 24 horas.
- **Heparina Sódica:** Si el paciente presenta enfermedad renal crónica avanzada, alto riesgo de hemorragia, obesidad extrema o desnutrición grave se utiliza 5000 UI en bolo endovenoso (EV), luego perfusión continua de 18 UI/Kg/h (sin exceder los 1600 UI/h); con TTP deseado de 1.5 a 2.3 del valor normal.
- **Fondoparinax:** 5 mg SC (<50kg), 7.5 mg (50-100kg), 10 mg (>100 Kg); contraindicado si la TFG es <30 ml/minuto (si existe tromboembolismo inducido por heparina).



- **Rivaroxaban:** 15 mg vía oral (VO) cada 12 horas por 21 días luego 20 mg/día.

6.4.2.2 Fase Crónica:

Si es primera vez 3 meses de duración si es segundo episodio por tiempo indefinido.

- **Warfarina:** Se inicia el mismo día de la heparina, se debe mantener un INR 2 a 3.
- **Apixaban:** 10 mg VO cada 12 horas por 7 días, luego 5 mg cada 12 horas por 6 meses.
- **Dabigatran:** 150 mg VO cada 12 horas precedida de Enoxaparina o Heparina sódica por 5 a 10 días por 6 meses.
- **Edoxaban:** 60 mg VO cada 24 horas precedida de Enoxaparina o Heparina sódica por 5 a 10 días por 6 meses.
- **Rivaroxaban:** 15 mg VO cada 12 horas por 21 días, luego 20 mg/día.

6.4.3 Efectos adversos o colaterales del tratamiento y su manejo:

El principal es el sangrado que puede ser intracraneal o gastrointestinal.

6.4.4 Signos de alarma a ser tomados en cuenta:

Hematomas, epistaxis, hemartrosis, trastorno del sensorio, melena, hematemesis.

6.4.5 Criterios de Alta:

Define los aspectos clínicos y de exámenes auxiliares que permiten garantizar la resolución de la enfermedad del paciente.

6.4.6 Pronóstico:

Mortalidad de aproximadamente 10%.

6.5 COMPLICACIONES

- **Síndrome postrombótico (25%):** Dolor, tumefacción, disminuye con medias de compresión por 3 meses.
- **Tromboembolismo recurrente:** Desde al 1%/año, hasta el 5%/año.
- **Tromboembolismo pulmonar (TEP):** Disnea, Dolor torácico de tipo pleurítico, tos, hemoptisis, taquipnea, crepitantes, taquicardia, fiebre, cianosis, roce pleural (TEP masivo: síncope, hipotensión, actividad eléctrica sin pulso, aumento de la presión venosa yugular, soplo de Graham Steel).



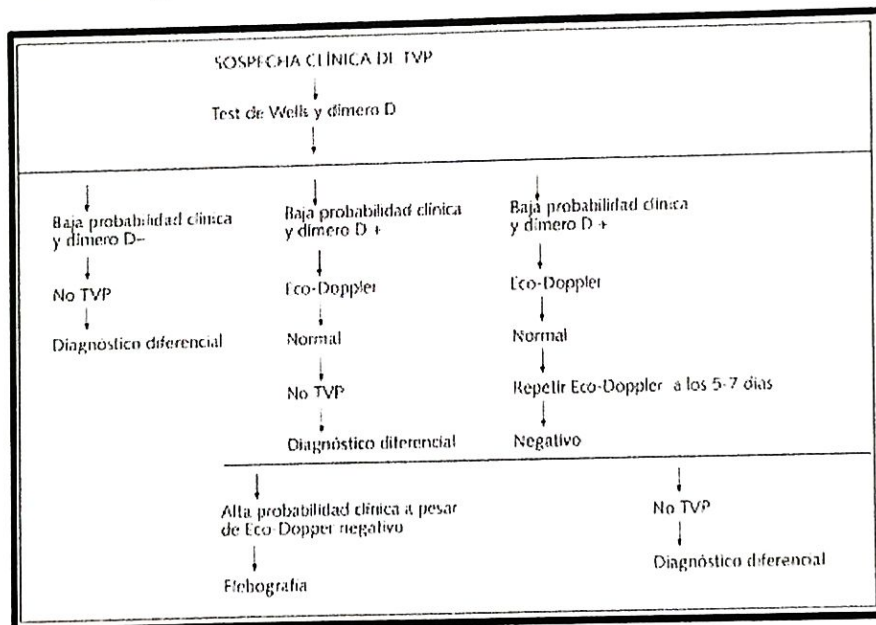
6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

6.6.1 Hospital Victor Larco Herrera:

1. Identificación de signos de alarma.
2. Uso de Score de Wells.
3. Identificación de TVP.
4. Traslado a Unidad de Cuidados Especiales (UCE).
5. Colocación de Vía endovenosa.
6. Exámenes de sangre generales.
7. Colocación de Heparina o Enoxaparina o Fondoparinux.
8. Transferir para exámenes y/o tratamiento a Hospital General.

6.7 FLUXOGRAMA / ALGORITMO

6.7.1 Algoritmo diagnóstico de TVP



VII ANEXOS

7.1 Causas de elevación de Dímero D

<ul style="list-style-type: none">• Trombosis venosa (TVP, TEP)• Sepsis• Neoplasias• Coagulación intravascular diseminada• Falla renal• Síndrome isquémico coronario agudo• Ictus• Enfermedades del tejido conectivo	<ul style="list-style-type: none">• Enfermedad hepática• Embarazo (a partir de la semana 20) y periodo posparto• Posoperatorio• Politraumatizado• Hemorragia reciente• Edad avanzada (>80 años)• Grandes quemados
---	--



VII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. DeLoughery T, et al. Urgencias trombóticas venosas. *Emerg MedClin N Am.* 2009;27:445-458.
2. Ellis MH, et al. Un enfoque actual para la trombosis venosa superficial. *Eur J Haematol.* 2013;90:85-88.
3. HuismanMV, et al. Manejo diagnóstico de la trombosis venosa profunda aguda y la embolia pulmonar. *J Thromb Haemost.* 2013;11:412-422.
4. Otero R, et al. Tratamiento domiciliario de la enfermedad tromboembólica venosa. *Med Clin (Barc).* 2009;133:272-276.
5. Poliak AW, et al. Breve revisión de las nuevas guías para la prevención y el tratamiento de la trombosis venosa profunda. *Mayo Clin Proc.* 2014;89:394-408.
6. Tan M, et al. Manejo diagnóstico de la sospecha clínica de trombosis venosa profunda aguda. *Br J Haematol.* 2009;146:347-360.
7. Strijikers RH, et al. Manejo de la trombosis venosa profunda y prevención del síndrome postrombótico. *BMJ.* 2011.
8. CDC. (2022, June 14). Información básica sobre tromboembolismo venoso (coágulos de sangre). Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/dvt/facts.html>
9. Douketis, J. D. (n.d.). Trombosis venosa profunda. Manual MSD versión para profesionales. Retrieved October 21, 2022, from <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-cardiovasculares/enfermedades-de-las-venas-perif%C3%A9ricas/trombosis-venosa-profunda-tvp>
10. Hernández Torres, J. M., López Paredes, G. A., González Murrillo, J. M., Gómez Gutierrez, R., & Ocampo Chaparro, J. M. (2022). Trombosis esplácica como presentación de neoplasia mieloproliferativa latente asociada con síndrome de plaqueta pegajosa. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 37(2), 237–241. <https://doi.org/10.22516/25007440.779>
11. Hunter, M., Lurbet, M. F., Parodi, J., Mandó, F., Bonelli, I., Rodríguez, P. O., & López Saubidet, I. (2022). Incidencia de trombosis venosa profunda en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo secundario a COVID-19, bajo trombopprofilaxis con dosis intermedia de heparina de bajo peso molecular. *Medicina*, 82(2), 181–184. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802022000400181&lang=es
12. Ibáñez Franco, E. J. (2022). Extensive venous thrombosis in a patient with inferior vena cava agenesis. *Revista virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 9(1), 122–125. <https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2022.09.01.122>
13. Moumneh, T., Penaloza, A., & Roy, P. M. (2018). Trombosis venosa profunda. *EMC - Tratado de Medicina*, 22(1), 1–6. [https://doi.org/10.1016/s1636-5410\(17\)87867-3](https://doi.org/10.1016/s1636-5410(17)87867-3)
14. Trombosis venosa profunda (TVP). (2022a, January 25). Sociedad Española de Radiología Vasculare Intervencionista (SERVEI) | Procedimientos mínimamente invasivos para tratar múltiples patologías: cáncer, insuficiencia venosa, aneurismas, tiroides o próstata; Sociedad Española de Radiología Vasculare Intervencionista (SERVEI). <https://servei.org/informacion-para-pacientes/trombosis-venosa-profunda/>



15. Trombosis venosa profunda (TVP). (2022b, August 11). MayoClinic.org. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/deep-vein-thrombosis/symptoms-causes/syc-20352557>
16. Weinmann, E. E., & Salzman, E. W. (1996). Trombosis venosa profunda. Revista Cubana de Medicina, 35(2), 118–135. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75231996000200007



VIII CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Los autores (Gardey & Pérez., 2010) definen que la palabra: Trombosis proviene de un término griego que significa coagulación. El concepto hace referencia a la formación de un trombo o coágulo de sangre en el interior de un vaso sanguíneo. Por trombosis se entiende tanto el coágulo en sí como el proceso patológico que obstruye el vaso sanguíneo. De acuerdo al nivel de oclusión, la trombosis puede ser clasificada como ocluyente donde el vaso queda totalmente obstruido o mural donde la obstrucción del vaso es parcial. (p. 6).
2. El autor (Sánchez, 2014) opina que: "La trombosis venosa profunda (TVP) se define, como la formación de un coágulo de sangre dentro del sistema venoso profundo que ocurre con mayor frecuencia en los miembros inferiores, pero también puede ocurrir en otros lugares como brazos y abdomen" (p. 715).
3. El autor (Veiga, 2017) en su estudio acerca de la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) expresa que: Esta enfermedad engloba varios procesos patológicos entre los que destacan la trombosis venosa (TV), la embolia de pulmón (EP), la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica y el síndrome posttrombótico. La TV es la presencia de un trombo dentro de una vena, acompañado de una variable respuesta inflamatoria. La EP supone la generación de un trombo en el interior de una vena y su ulterior embolización en el territorio arterial pulmonar obstruyendo total o parcialmente. (p. 10).
4. Sin embargo, (Weinmann & Salzman, 2012) opina que "menos de un tercio se presenta con el clásico síndrome de malestar en la pierna, edema, distensión venosa, y dolor a la dorsiflexión forzada del pie (signo de Homan)" (p. 10).
5. En un estudio realizado por (Hull R, 2010) a 87 pacientes con sospecha clínica de trombosis venosa profunda pero con un flebograma normal reveló que: El diagnóstico diferencial de esta enfermedad incluye afecciones en la rodilla o la pantorrilla que dan lugar a una pierna con dolor e inflamación, 37 tenían una causa musculoesquelética, 12 presentaron flujo venoso o linfático deteriorado y 4 pacientes presentaron quistes poplíteos inflamatorios (quistes de Baker). Por lo tanto, el diagnóstico que se sospecha clínicamente debe ser confirmado por una prueba diagnóstica sensible y específica. (p. 3).

