

## Características clínico-epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda

### Clinical and Epidemiological Characteristics of Patients Diagnosed with Deep Vein Thrombosis

Pedro Alberto Perdomo García<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0003-1695-6608>

Glenda Reyes Almeida<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3508-0365>

Isabel Hernández Azahares<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-2622-1349>

Analay Marrero González<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0007-2295-3821>

Yennifer Gladin Hernández Virne<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-4473-3746>

Nay Martínez Torres<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7789-3757>

<sup>1</sup>Hospital General Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”. Ciego de Ávila, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [perdomo9410@gmail.com](mailto:perdomo9410@gmail.com)

## RESUMEN

**Introducción:** La trombosis venosa profunda tiene una elevada carga de morbilidad y mortalidad. Su complicación más temida es el tromboembolismo pulmonar, mientras que el síndrome posflebítico constituye una secuela crónica invalidante.

**Objetivo:** Describir las características clínicas y epidemiológicas de la trombosis venosa profunda en pacientes ingresados en el Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”, de Ciego de Ávila.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de trombosis venosa profunda entre diciembre de 2023 y diciembre de 2025. Se recogieron variables sociodemográficas,

síntomas, signos, grado de oclusión, factores de riesgo, grupo sanguíneo, topografía y complicaciones.

**Resultados:** Se incluyeron 71 pacientes, en los que hubo predominio del sexo femenino (53,6 %) y de los grupos de edad entre 60-79 años. Los síntomas más frecuentes fueron dolor local (87 %), pesadez (78,8 %) e hipersensibilidad en pantorrillas (76 %). Entre los signos, se destacaron taquicardia (100 %), aumento de volumen (98,5 %) y dolor (92,9 %). El eco-Doppler mostró oclusión total en el 69 % de los casos. Los factores de riesgo más comunes fueron inmovilización prolongada (64,7 %), antecedentes de neoplasia (59,1 %) y tratamientos oncológicos recientes (52,1 %); el 25,3 % presentó antecedente de COVID-19. Las complicaciones incluyeron síndrome posflebítico (22,5 %) y tromboembolismo pulmonar (5,6 %). El grupo sanguíneo más frecuente fue A Rh positivo (43,6 %), y la topografía predominante fue ilio-femoral izquierda (32,3 %).

**Conclusiones:** La trombosis venosa profunda se caracterizó por predominio en adultos mayores, alta frecuencia de oclusión proximal, y asociación con factores clásicos y emergentes como la COVID-19. Se refuerza la necesidad de prevención, diagnóstico precoz y manejo intensivo.

**Palabras clave:** trombosis venosa profunda; factores de riesgo; eco-Doppler; COVID-19; complicaciones.

## ABSTRACT

**Introduction:** Deep vein thrombosis carries a high burden of morbidity and mortality. Its most feared complication is pulmonary thromboembolism, while post-phlebotic syndrome constitutes a chronic, disabling sequela.

**Objective:** To describe the clinical and epidemiological characteristics of deep vein thrombosis in patients admitted to the “Dr. Antonio Luaces Iraola” Provincial General Teaching Hospital in Ciego de Ávila.

**Methods:** An observational, descriptive, and prospective study was conducted on patients over 18 years of age diagnosed with deep vein thrombosis between December 2023 and December 2025. Sociodemographic variables, symptoms, signs, degree of occlusion, risk factors, blood type, location, and complications were recorded.

**Results:** A total of 71 patients were included, with a predominance of females (53.6%) and patients in the 60–79 age group. The most common symptoms were local pain (87%), heaviness (78.8%), and hypersensitivity in the calves (76%). Notable

signs included tachycardia (100%), swelling (98.5%), and pain (92.9%). Doppler ultrasound revealed total occlusion in 69% of cases. The most common risk factors were prolonged immobilization (64.7%), a history of cancer (59.1%), and recent cancer treatments (52.1%); 25.3% had a history of COVID-19. Complications included post-phlebitic syndrome (22.5%) and pulmonary thromboembolism (5.6%). The most common blood type was A Rh-positive (43.6%), and the predominant location was the left iliofemoral region (32.3%).

**Conclusions:** Deep vein thrombosis was characterized by a predominance among older adults, a high frequency of proximal occlusion, and an association with both classic and emerging risk factors such as COVID-19. This reinforces the need for prevention, early diagnosis, and intensive management.

**Keywords:** deep vein thrombosis; risk factors; Doppler ultrasound; COVID-19; complications.

Recibido: 26/03/2026

Aceptado: 19/10/2026

## Introducción

La trombosis venosa profunda (TVP) constituye una de las principales manifestaciones de la enfermedad tromboembólica venosa, con elevada carga de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Se estima que afecta a millones de personas cada año y su complicación más temida es el tromboembolismo pulmonar, responsable de una proporción significativa de muertes súbitas en pacientes hospitalizados. La prevención y el diagnóstico precoz son considerados pilares fundamentales para reducir la mortalidad y las secuelas crónicas asociadas.<sup>(1)</sup>

La fisiopatología de la TVP se explica clásicamente por la tríada de Virchow: estasis venosa, hipercoagulabilidad y daño endotelial. Estos factores interactúan en situaciones como inmovilización prolongada, obesidad, cirugía mayor, embarazo, cáncer y traumatismos, lo que favorece la formación de trombos en el sistema venoso profundo, principalmente en las extremidades inferiores. La extensión del

trombo hacia venas proximales y su eventual fragmentación pueden originar embolias pulmonares, con consecuencias potencialmente fatales.<sup>(2)</sup>

El diagnóstico clínico aislado de la TVP presenta baja sensibilidad y especificidad. Por ello, actualmente se recomienda una estrategia combinada, que incluye la evaluación clínica mediante el modelo predictivo de Wells, la determinación del dímero D y la confirmación con estudios de imagen. El eco-Doppler venoso constituye el método de elección por su alta sensibilidad y especificidad. La flebografía, antes considerada el patrón oro, se reserva para casos dudosos, mientras que técnicas avanzadas, como la tomografía computarizada y la resonancia magnética venosa, han ganado relevancia en escenarios específicos.<sup>(3,4)</sup>

Desde el punto de vista epidemiológico, la incidencia anual de TVP en la población general oscila entre 1-2 casos por cada 1000 habitantes, y se incrementa exponencialmente con la edad y en pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor. En Estados Unidos, se estima que hasta 900,000 personas desarrollan enfermedad tromboembólica venosa cada año, con 60,000-100,000 muertes atribuibles a esta condición. La profilaxis antitrombótica ha demostrado reducir significativamente la incidencia en pacientes quirúrgicos y hospitalizados.<sup>(5)</sup>

Las complicaciones de la TVP incluyen el síndrome posflebítico, la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica y la recurrencia de eventos trombóticos, que generan discapacidad y elevados costes sanitarios. Por ello, la identificación de factores de riesgo y la implementación de medidas preventivas son esenciales, especialmente en pacientes hospitalizados por causas médicas o quirúrgicas.<sup>(6)</sup>

El objetivo de la investigación fue describir los factores clínico-epidemiológicos de pacientes pertenecientes al Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”, de Ciego de Ávila, con diagnóstico de trombosis venosa profunda.

## Métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo, con el objetivo de describir los factores clínico-epidemiológicos de pacientes pertenecientes al Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”, de Ciego de Ávila, con diagnóstico de trombosis venosa profunda. El período de estudio abarcó desde diciembre de 2023 hasta diciembre de 2025.

El universo estuvo constituido por todos los pacientes mayores de 18 años de edad con diagnóstico de trombosis venosa profunda, a través de la evaluación clínica de signos y síntomas, la probabilidad clínica test de Wells y que pertenecieran al área de salud en estudio durante el período establecido anteriormente.

## **Variables**

Las variables del estudio fueron edad, sexo, síntomas, signos, grado de oclusión, factores predisponentes, factores de riesgo, estratificación de riesgo de TVP, complicaciones, antecedentes de COVID-19/síndrome pos-COVID-19.

## **Técnicas para la obtención de la información**

Para realizar el estudio se llevaron a cabo los métodos de análisis y síntesis para la revisión bibliográfica referente al tema en cuestión, la cual se realizó consultando bibliografía actualizada nacional e internacional sobre el tema. Para la recolección de la información se elaboró una planilla de recolección de datos, que se llenó a partir de las historias clínicas de los pacientes, así como los registros del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular y del departamento de Bioestadística de la institución de referencia. Todas las variables fueron recogidas por el autor del estudio y el tutor participante.

## **Técnicas y procedimientos estadísticos**

Una vez recogida la información del universo seleccionado, se elaboró un fichero con los datos mediante el programa WPS Office. Posteriormente, estos fueron procesados con el programa SPSS® versión 26.0. Se emplearon métodos de estadísticas descriptivas y medidas de resumen para datos cualitativos y cuantitativos (cifras absolutas, porcentaje), para su mejor interpretación. Los resultados obtenidos se presentaron en tablas diseñadas al efecto, en las que se resumió la información con el fin de abordar cada objetivo específico planteado. Luego se realizó un análisis del fenómeno estudiado, que permitió arribar a conclusiones, a través del proceso de síntesis y generalización.

## Aspectos éticos

Se respetaron los principios básicos de la bioética: la autonomía, la justicia, la beneficencia y no maleficencia. Se acordó la no divulgación de la información recolectada de forma individual y solo se popularizaron los resultados globales.<sup>(7)</sup> El protocolo de investigación fue presentado, revisado y aprobado por el Comité Ético del Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”.

## Resultados

La tabla 1 analiza la incidencia en los grupos de edades con respecto a la variable sexo, la que es más frecuente en el femenino (53,6 %), en grupo etario 60-69 (26,3 %). Similar ocurre con el sexo masculino (46,4 %), donde el grupo etario más frecuente fue 70-79 años (24,2 %). El grupo etario predominante fue de 70-79 años.

**Tabla 1** - Distribución de pacientes ingresados con trombosis venosa profunda, según grupos de edades y sexo, pertenecientes al Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”, de Ciego de Ávila

| Grupo de edades (años) | Dic. 2023-Dic. 2025 |      |          |      | Total | %    |
|------------------------|---------------------|------|----------|------|-------|------|
|                        | Masculino           |      | Femenino |      |       |      |
|                        | No.                 | %    | No.      | %    |       |      |
| 20-29                  | 2                   | 6    | 0        | 0    | 2     | 2,8  |
| 30-39                  | 1                   | 3    | 2        | 5,2  | 3     | 4,2  |
| 40-49                  | 4                   | 12,1 | 7        | 18,4 | 11    | 15,4 |
| 50-59                  | 7                   | 21,2 | 5        | 13,1 | 12    | 16,9 |
| 60-69                  | 6                   | 18,1 | 10       | 26,3 | 16    | 22,5 |
| 70-79                  | 8                   | 24,2 | 9        | 23,6 | 17    | 23,9 |
| 80 y más               | 5                   | 15,1 | 5        | 13,1 | 10    | 14   |
| Total                  | 33                  | 46.4 | 38       | 53.6 | 71    | 100  |

La tabla 2 muestra la variable síntomas referidos por el paciente al momento del ingreso. El más común es el dolor local (87 %), seguido por la pesantez (78,8 %) y la hipersensibilidad en las pantorrillas (76 %).

**Tabla 2** - Síntomas referidos por el paciente al momento del ingreso

| Síntomas                              | Frecuencia | %    |
|---------------------------------------|------------|------|
| Dolor local                           | 61         | 87   |
| Hipersensibilidad en las pantorrillas | 54         | 76   |
| Pesantez                              | 56         | 78.8 |
| Impotencia funcional                  | 49         | 69   |

La tabla 3 muestra la variable signos, que fueron hallados al examen físico general, regional y por aparatos del paciente a la hora del ingreso. La taquicardia primó en frecuencia (100 %), seguida por el aumento de volumen (98,5 %) y de los signos clásicos de dolor (92,9 %).

**Tabla 3** - Signos al examen físico

| Signos                            | Frecuencia | %    |
|-----------------------------------|------------|------|
| Aumento de volumen                | 70         | 98,5 |
| Edema                             | 38         | 53,5 |
| Eritema/Rubicundez                | 49         | 69,0 |
| Diferencia de temperatura         | 48         | 67,6 |
| Dilatación de venas superficiales | 55         | 77,4 |
| Trombosis palpable                | 40         | 56,3 |
| Signos de dolor                   | 66         | 92,9 |
| Taquicardia                       | 71         | 100  |

La tabla 4 muestra el grado de oclusión por ultrasonografía Doppler al momento del ingreso. La obstrucción total del lumen venoso (69 %) fue más frecuente que la parcial (31 %).

**Tabla 4** - Grado de oclusión por ultrasonografía Doppler

| Grado de oclusión por exploración con eco-Doppler | Frecuencia | %  |
|---------------------------------------------------|------------|----|
| Total                                             | 49         | 69 |
| Parcial                                           | 22         | 31 |

La tabla 5 muestra los factores de riesgos más frecuentes hallados mediante el interrogatorio en los antecedentes patológicos personales de los pacientes ingresados. El más frecuente fue la inmovilización prolongada (64,7 %), seguida por el antecedente patológico de cáncer anterior (59,1 %) y los antecedentes de tratamiento con quimio/radio terapia en los últimos seis meses (52,1 %); así como por el posoperatorio (49,2 %) y la inducción de anestesia con igual cifra.

**Tabla 5** - Factores de riesgo asociados

| Factores de riesgo                       | Frecuencia | %    |
|------------------------------------------|------------|------|
| Inmovilización prolongada                | 46         | 64.7 |
| Obesidad                                 | 34         | 47.8 |
| Posoperatorio                            | 35         | 49.2 |
| Quimio/radio terapia                     | 37         | 52.1 |
| Inducción anestésica                     | 35         | 49.2 |
| Fractura de pelvis o miembros inferiores | 22         | 30.9 |
| Cirugía mayor general                    | 34         | 47.8 |
| Trauma mayor                             | 36         | 50.7 |
| Antecedentes de neoplasias               | 42         | 59.1 |
| Patología Venosa central                 | 20         | 28.1 |
| Trastornos motores                       | 6          | 8.4  |

|                                   |    |      |
|-----------------------------------|----|------|
| Cáncer activo                     | 29 | 40.8 |
| Anticonceptivos hormonales        | 23 | 32.3 |
| Embarazo/posparto                 | 27 | 38   |
| Tromboembolismo previo            | 28 | 39.4 |
| Trombofilia                       | 2  | 2.8  |
| Cirugía laparoscópica             | 3  | 4.2  |
| Síndrome varicoso                 | 26 | 36.6 |
| Insuficiencia cardíaca congestiva | 4  | 5.6  |
| Antecedentes de COVID-19          | 18 | 25.3 |

La tabla 6 muestra la frecuencia de afección de los sectores venosos por el trombo de los miembros inferiores derechos e izquierdo. El lado izquierdo (66,6 %) estuvo más afectado que el derecho (33,3 %). En cuanto a la topografía, el sector ilio-femoral izquierdo resultó el más afectado (32,3 %) de este lado; y del lado derecho, fue el sector fémoro-poplíteo (15,4 %).

**Tabla 6 - Topografía de la trombosis**

| Sector          | Derecho    |      | Izquierdo  |      |
|-----------------|------------|------|------------|------|
|                 | Frecuencia | %    | Frecuencia | %    |
| Cava-Iliaco     | 0          | 0    | 1          | 1.4  |
| Ilio-femoral    | 6          | 8.4  | 23         | 32.3 |
| Fémoro-poplíteo | 11         | 15.4 | 10         | 14   |
| Poplíteo distal | 7          | 9.8  | 13         | 18.3 |
| Total           | 24         | 33,4 | 47         | 66,6 |

## Discusión

La TVP es una enfermedad caracterizada por la formación de coágulos en el sistema venoso profundo, principalmente en las extremidades inferiores. Su relevancia clínica radica en el riesgo inmediato de embolia pulmonar y en las secuelas crónicas como el síndrome posflebítico. La tríada de Virchow (estasis venosa, lesión endotelial e hipercoagulabilidad) explica su fisiopatología, potenciada por factores como inmovilización, cirugía, cáncer y, recientemente, la infección por SARS-CoV-2. El diagnóstico requiere integrar clínica, dímero D y eco-Doppler, mientras que la anticoagulación y la profilaxis constituyen los pilares fundamentales para reducir complicaciones y mortalidad.<sup>(1,2,3)</sup>

En la serie del presente estudio predominó la TVP en pacientes de edad avanzada, con mayor proporción femenina (53,6 %) y un pico en los grupos de 60.79 años. Este patrón coincide con revisiones globales, que muestran un incremento de la incidencia de enfermedad tromboembólica venosa con la edad y variaciones por sexo según la demografía y la comorbilidad de cada cohorte, lo que refuerza la necesidad de priorizar medidas preventivas dirigidas a la población geriátrica hospitalizada.<sup>(8)</sup>

El dolor local, la sensación de pesadez y la hipersensibilidad en pantorrillas fueron los síntomas más frecuentes en la muestra del presente estudio. Estos hallazgos concuerdan con series clínicas de hospitales terciarios, donde la presentación sintomática es predominante, aunque la literatura subraya que la clínica aislada tiene baja sensibilidad y especificidad, por lo que la evaluación sintomática debe integrarse siempre con herramientas de estratificación para evitar subdiagnóstico.<sup>(9,10)</sup>

El aumento de volumen, los signos de dolor y la taquicardia fueron hallazgos prevalentes. Si bien el examen físico aporta información valiosa, estudios multicéntricos muestran que su especificidad es limitada y que debe apoyarse en pruebas complementarias (dímero D y eco-Doppler) para confirmar el diagnóstico, especialmente en pacientes con TVP proximal.<sup>(11,12)</sup>

La elevada proporción de oclusión total (69 %) detectada por eco-Doppler indica una carga significativa de TVP con compromiso luminal severo en la población del presente estudio. Series de referencia en centros europeos y norteamericanos con alta actividad quirúrgica y oncológica reportan proporciones similares de TVP proximales u oclusivas, lo que se asocia a mayor riesgo de embolia pulmonar y síndrome posflebítico, y justifica protocolos de confirmación ecográfica y manejo intensivo en casos seleccionados.<sup>(13,14,15)</sup>

La inmovilización prolongada, los antecedentes de neoplasia y los tratamientos oncológicos recientes fueron los factores más frecuentes en la cohorte del presente estudio, seguidos por el posoperatorio y el trauma mayor. Estos resultados reflejan la interacción de la tríada de Virchow y coinciden con estudios internacionales, que identifican inmovilización y cáncer como precipitantes principales en poblaciones hospitalarias. Además, en la práctica clínica reciente se ha documentado que la infección por SARS-CoV-2 y el síndrome pos-COVID aumentan el riesgo de eventos tromboembólicos venosos por mecanismos inflamatorios, endoteliales y de hipercoagulabilidad persistente. En pacientes con antecedentes de COVID-19 se ha observado mayor incidencia de TVP, especialmente en aquellos con enfermedad grave, ingreso en UCI o persistencia de marcadores procoagulantes, lo que obliga a considerar la infección reciente por SARS-CoV-2 como un factor de riesgo relevante, al estratificar y decidir medidas profilácticas y de seguimiento.<sup>(16,17,18,19,20)</sup>

El predominio del lado izquierdo (66,6 %) y la mayor afectación ilio-femoral izquierda concuerdan con la predisposición anatómica descrita en la literatura (compresión ilíaca izquierda), hallazgo repetido en series quirúrgicas y radiológicas internacionales. Esta lateralidad y topografía tienen implicaciones terapéuticas y pronósticas, y deben considerarse al planificar intervenciones endovasculares o estrategias de trombólisis en casos seleccionados.<sup>(21)</sup>

Se concluye que la trombosis venosa profunda constituye un problema clínico-epidemiológico relevante, con impacto significativo en la morbilidad y mortalidad hospitalaria. En la serie del presente estudio se evidenció un predominio en adultos mayores y una asociación con factores de riesgo tradicionales como la inmovilización y el cáncer, junto con elementos emergentes como la infección por SARS-CoV-2. Estos hallazgos confirman la necesidad de fortalecer estrategias de prevención y diagnóstico precoz, así como de garantizar un manejo integral, que reduzca complicaciones agudas y secuelas crónicas. La identificación temprana de pacientes vulnerables y la aplicación rigurosa de protocolos de estratificación y tratamiento son pilares esenciales para mejorar el pronóstico y disminuir la carga sanitaria de la enfermedad.

## Referencias bibliográficas

1. Khan F, Tritschler T, Kahn SR, Rodger MA. Venous thromboembolism. Lancet. 2021;398(10294):64-77. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)32658-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32658-1)

2. Hinson C, Ruta M, Sink M, Dickey R, Odobescu A. Rethinking Virchow's Triad in the Age of Microsurgery. *Current Surgery Reports*. 2025;13(1). DOI: <https://doi.org/10.1007/s40137-025-00477-5>
3. Schafer K, Goldschmidt E, Oostra D, Lurie F. Wells Clinical Probability and D-dimer Testing: Risk Stratification for Acute Lower Extremity Deep Vein Thrombosis. *J Vasc Surg*. 2021;74(4):e395. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2021.07.179>
4. Kearon C, de Wit K, Parpia S, Schulman S, Spencer FA, Sharma S, et al. Diagnosis of deep vein thrombosis with D-dimer adjusted to clinical probability: prospective diagnostic management study. *BMJ*. 2022;376:e067378. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067378>
5. Lutsey PL, Zakai NA. Epidemiology and prevention of venous thromboembolism. *Nat Rev Cardiol*. 2023;20(4):248-62. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41569-022-00787-6>
6. Stuart A, Khatri M. Complications of Deep Vein Thrombosis (DVT). *WebMD*; 2024 [acceso 24/03/2026]. Disponible en: <https://www.webmd.com/dvt/deep-vein-thrombosis-complications>
7. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ratificada en la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Helsinki: AMM; 1964 [acceso 24/03/2026]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
8. Klok FA, Barco S, Siegerink B. Sex-specific differences in venous thromboembolism: epidemiology, risk factors and management. *Thromb Res*. 2022 [acceso 25/03/2026];211:106-13. Disponible en: [https://www.thrombosisresearch.com/article/S0049-3848\(18\)30547-4/abstract](https://www.thrombosisresearch.com/article/S0049-3848(18)30547-4/abstract)
9. Di Nisio M, Van Es N, Buller HR. Deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *Lancet*. 2016;388(10063):3060-73. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30514-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30514-1)
10. Ziyadeh F, Mauer Y. Management of lower-extremity venous thromboembolism: An updated review. *Cleveland Clin J Med*. 2024;91(4):229-35. DOI: <https://doi.org/10.3949/ccjm.91a.22090>
11. Patel P, Patel P, Bhatt M, Braun C, Begum H, Nieuwlaat R, et al. Systematic review and meta-analysis of outcomes in patients with suspected deep vein thrombosis. *Blood Adv*. 2020;4(12):2779-88. DOI: <http://doi.org/10.1182/bloodadvances.2020001558>

12. Wells PS, Anderson DR, Rodger M, [Forgie M](#), [Kearon C](#), [Drerey J](#), et al. Evaluation of D-dimer in the diagnosis of suspected deep-vein thrombosis. *N Engl J Med*. 2003;349(13):1227-35. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa023153>
13. Shekarchian S, Notten P, Barbati ME, Razavi C, Van Laanen J, Nieman F, et al. A risk score for iliofemoral patients with deep vein thrombosis. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2022;10(1):33-41.e2. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jvsv.2021.04.007>
14. Kakkos SK, Gohel M, Baekgaard N, Bauersachs R, Bellmunt-Montoya S, Black SA, et al. Editor's Choice – European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2021 Clinical Practice Guidelines on the Management of Venous Thrombosis. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2021;61(1):9-82. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2020.09.023>
15. Vedantham S, Goldhaber SZ, Julian JA, Kahn SR, Jaff MR, Cohen DJ, et al. Pharmacomechanical catheter-directed thrombolysis for deep-vein thrombosis. *N Engl J Med*. 2017;377(23):2240-52. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejmoa1615066>
16. Heit JA, Spencer FA, White RH. The epidemiology of venous thromboembolism. *J Thromb Thrombolysis*. 2016;41(1):3-14. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11239-015-1311-6>
17. Angchaisuksiri P, Goto S, Farjat AE, Fryk H, Bang SM, Chiang CE, et al. Venous thromboembolism in Asia and worldwide: Emerging insights from GARFIELD-VTE. *Thromb Res*. 2021;201:63-72. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2021.02.024>
18. Gratz J, Wiegeler M, Maleczek M, Herkner H, Schöch H, Chwala E, et al. Risk of clinically relevant venous thromboembolism in critically ill patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:647917. DOI: <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.647917>
19. Kollias A, Kyriakoulis KG, Lagou S, Kontopantelis E, Stergiou GS, Syrigos K, et al. Venous thromboembolism in COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Vasc Med*. 2021;26(4):415-25. DOI: <https://doi.org/10.1177/1358863x21995566>
20. López Sacerio A, Tejeda Ramón M, Morales Helguera A, Pérez Castillo Y, Cruz Rodríguez J, Guerra Rodríguez JF, et al. Validation of venous thromboembolism predictive model in hematologic malignancies. *Ann Hematol*. 2023;102:3613-20. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00277-023-05463-4>
21. Mousa AY, AbuRahma AF. May-Thurner syndrome: update and review. *Ann Vasc Surg*. 2013;27(7):984-95. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.avsg.2013.05.001>

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

### **Contribución de los autores**

*Conceptualización:* Pedro Alberto Perdomo García, Glenda Reyes Almeida, Isabel Hernández Azahares, Analay Marrero González, Yennifer Gladin Hernández Virne y Nay Martínez Torres.

*Curación de datos:* Pedro Alberto Perdomo García, Glenda Reyes Almeida, Isabel Hernández Azahares, Analay Marrero González, Yennifer Gladin Hernández Virne y Nay Martínez Torres.

*Análisis formal:* Pedro Alberto Perdomo García, Glenda Reyes Almeida, Isabel Hernández Azahares, Analay Marrero González, Yennifer Gladin Hernández Virne y Nay Martínez Torres.

*Investigación:* Pedro Alberto Perdomo García, Glenda Reyes Almeida, Isabel Hernández Azahares, Analay Marrero González, Yennifer Gladin Hernández Virne y Nay Martínez Torres.

*Metodología:* Pedro Alberto Perdomo García, Glenda Reyes Almeida, Isabel Hernández Azahares, Analay Marrero González, Yennifer Gladin Hernández Virne y Nay Martínez Torres.

*Administración del proyecto:* Pedro Alberto Perdomo García, Glenda Reyes Almeida, Isabel Hernández Azahares, Analay Marrero González, Yennifer Gladin Hernández Virne y Nay Martínez Torres.

*Recursos:* Pedro Alberto Perdomo García, Glenda Reyes Almeida, Isabel Hernández Azahares, Analay Marrero González, Yennifer Gladin Hernández Virne y Nay Martínez Torres.

*Supervisión:* Pedro Alberto Perdomo García, Glenda Reyes Almeida, Isabel Hernández Azahares, Analay Marrero González, Yennifer Gladin Hernández Virne y Nay Martínez Torres.

*Validación:* Pedro Alberto Perdomo García, Glenda Reyes Almeida, Isabel Hernández Azahares, Analay Marrero González, Yennifer Gladin Hernández Virne y Nay Martínez Torres.

*Visualización:* Pedro Alberto Perdomo García, Glenda Reyes Almeida, Isabel Hernández Azahares, Analay Marrero González, Yennifer Gladin Hernández Virne y Nay Martínez Torres.

*Redacción-borrador original:* Pedro Alberto Perdomo García, Glenda Reyes Almeida, Isabel Hernández Azahares, Analay Marrero González, Yennifer Gladin Hernández Virne y Nay Martínez Torres.

*Redacción-revisión y edición:* Pedro Alberto Perdomo García, Glenda Reyes Almeida, Isabel Hernández Azahares, Analay Marrero González, Yennifer Gladin Hernández Virne y Nay Martínez Torres.