Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):1283

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

T-064 - FILTRO DE VENA CAVA INFERIOR EN EMBARAZADAS: ¿ES SEGURO? RESULTADOS DEL REGISTRO RIETE

A. Castillo Navarro[1], V. Rosa Salazar[1], A. Lorenzo[2], C. Tolosa[3], A. Villalobos[4], P. Marchena[5], J. Sahuquillo[6], M. Monreal[7] y Grupo RIETE

[1]Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. [2]Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario la Paz. Madrid. [3]Servicio de Medicina Interna. Corporación Sanitaria Parc Taulí. Barcelona. [4]Servicio de Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga. [5]Servicio de Medicina Interna y urgencias. Parc Sanitari Sant Joan de Déu-Hospital General. Barcelona. [6]Servicio de Medicina Interna. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona). [7]Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Germans Trias I Pujol. Badalona (Barcelona).

Resumen

Objetivos: Evaluar la seguridad de la utilización del filtro de vena cava inferior (FVCI), en embarazas con enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) incluidas en el registro RIETE.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de las pacientes embarazadas con ETEV a las que se había colocado un FVCI entre los años 2001 a 2017 incluidas en el registro RIETE, analizando las variables más importantes para obtener información en cuanto a la seguridad de dicho procedimiento.

Resultados: Se incluyeron un total de 34 mujeres con una edad media de 32,10 años (DE ± 5,30 años). La mitad de las pacientes fueron diagnosticadas de forma ambulatoria y el resto durante la hospitalización por otro motivo. De éstas, 28 (82,3%) presentaron trombosis venosa profunda (TVP), 57,4% en el lado izquierdo y 32,1% en el derecho, mientras que en el 10,8% no se incluyó la localización de la misma. 5 de éstas, coexistieron con embolia pulmonar (EP). De las 34 gestantes, 11 (32,3%), fueron diagnosticadas de EP, 8 (72,7%) mediante angioTC de arterias pulmonares, 2 (18,8%) por gammagrafía pulmonar y en 1 caso (9%) por arteriografía. En 21 mujeres (61,8%) la ETEV fue diagnosticada en el tercer trimestre del embarazo, mientras que la distribución fue similar entre el primer y segundo trimestre (17,6% y 20,6% respectivamente). Las indicaciones para la colocación de los FVCI fue en 13 ocasiones (38,2%) la necesidad de cirugía, hemorragia durante el tratamiento en el 5,9%, retrombosis a pesar de tratamiento anticoagulante en 2 pacientes (5,8%) y riesgo elevado de sangrado en 3 embarazadas (8,8%). El FVCI más utilizado fue el recuperable en 33 pacientes (97,1%) y las complicaciones relacionadas con el procedimiento fueron muy poco frecuentes, solamente en 1 caso (2,9%), se asoció a perforación de la pared. Finalmente el parto fue mediante cesárea en 10 ocasiones (29,4%) y vaginal en 12 pacientes (12%), sin asociarse a complicaciones obstétricas alguna. La recuperación del FVCI se llevó a cabo en 15 enfermas (44,1%) en 2 casos (5,8%), hubo problemas en el proceso de recuperación, en 2 (5,8%), se decidió no retirar, mientras que nos faltan los datos del resto (44,1%).

Discusión: Las gestantes tienen un riesgo entre 4 y 6 veces superior que las pacientes no embarazadas de presentar ETEV, siendo una causa importante de mortalidad materna en el mundo occidental. En ocasiones, durante el manejo de dicha enfermedad debe optarse por la inserción de FVCI, aunque no existen estudios sobre su uso en embarazadas. Ante la falta de ensayos clínicos y de estudios prospectivos, los datos del registro RIETE pueden arrojar algo de luz en este sentido.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.