Rev Clin Esp. 2018;218(Espec Congr):691

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

T-085 - ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE RESIDUO TROMBÓTICO EN ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA DE MIEMBROS INFERIORES CON ANTAGONISTAS DE VITAMINA K Y ANTICOAGULANTES DIRECTOS

J. Colomar Jiménez, M. García-Fuster González-Alegre, J. Cacheiro Pérez, A. Belmonte Domingo, S. Vela Bernal, C. Bea Serrano, A. de Gracia León y M. Fabiá Valls

Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Resumen

Objetivos: Presentamos un análisis retrospectivo de la tasa de recanalización en pacientes tratados con antagonistas de vitamina K (AVK) o anticoagulantes directos (ACOD) en TVP de ambos miembros inferiores en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Analizamos los ingresos del año 2016 en planta de Medicina Interna de nuestro hospital con enfermedad tromboembólica venosa como diagnóstico principal o secundarios, analizando las pruebas realizadas durante el ingreso, el tratamiento al alta y la evolución en consultas externas. La valoración de residuo trombótico (trombo de al menos 4 mm) la llevó a cabo el servicio de Radiología a los 3, 6 y 9 meses del inicio de la anticoagulación. También se recogieron factores de riesgo cardiovascular y de ETV. Se excluyeron pacientes con heparina de bajo peso molecular (HBPM) al alta. Todos estos datos se analizaron mediante el programa informático SPSS (v21).

Resultados: De los 240 pacientes que tenían enfermedad tromboembólica venosa, sólo 33 cumplieron los criterios de inclusión. De estos 33 pacientes, el 60% se trató con AVK, el 21,2% con ACOD y el 18,1% con HBPM. El 48,5% eran hombres (50% en AVK, 57% en ACOD y 33,3% en HBPM), edad media de 61,36 ± 18,4 años (63,3 ± 14,9 en AVK y 48,1 ± 23 en ACOD con p = 0,05). Se encontraron factores adquiridos en todos los pacientes. No hubo ningún paciente con factores de riesgo congénitos. Entre los adquiridos destacan: la inmovilización en el 29,6% de pacientes [6 con AVK vs 2 con ACOD, p > 0,05], la insuficiencia venosa en el 40,7% pacientes [5 con AVK vs 5 con ACOD, p > 0,05], y la cirugía en los 3 meses previos en el 14,8% de pacientes [4 en AVK vs 4 en ACOD, p > 0,05]. El resto de factores adquiridos fueron las neoplasias de novo (2 pacientes con AVK), tratamiento hormonal (2 pacientes, 1 con AVK y 1 con ACOD) y 1 paciente con infección asociada a catéter. Respecto a factores de riesgo cardiovascular, un 37% presentaban dislipemia (7 en AVK y 2 en ACOD), un 33,3% presentaban tabaquismo activo (6 en AVK y 4 en ACOD), un 29,6% tenían hipertensión (6 en AVK y 2 en ACOD) y el 18,5% eran diabéticos (7 en AVK y 2 en ACOD), sin diferencias estadísticas entre los dos grupos. En lo que respecta a la recanalización, observamos una OR de 0,39 (IC95% 0,04 – 3,33) a los 3 meses, una OR de 0,09 (IC95% 0,04-1,87) a los 6 meses y una OR de 0,44 (IC95% 0,14-14,09) a los 9 meses del tratamiento con ACODs respecto a AVK todos ellos con p > 0,05.

Discusión: El estudio no demuestra una mayor tasa de recanalización con AVK respecto a ACODs por el reducido tamaño de nuestra muestra. Sí que observamos una menor tendencia a la administración de ACODs

a pacientes más jóvenes y con menor comorbilidad. Se sigue observando la inmovilización y la insuficiencia venosa como factores adquiridos más frecuentes. No se encontró ningún factor congénito, si bien la edad media superior a 50 años de los pacientes puede haber influido en la decisión de analizarlos.

Conclusiones: Observamos una menor prescripción de ACOD que de AVK. El hecho de que no estén financiados por el SNS para la enfermedad tromboembólica puede influir en esta decisión. La mayor permanencia en rango terapéutico de anticoagulación de los ACOD hace suponer un mayor efecto sobre el trombo y una mayor frecuencia de recanalización, como Prandoni et al. sugirieron en su artículo. Asimismo, se prescriben a pacientes con menor comorbilidad y más jóvenes, posiblemente por la falta de experiencia clínica con estos nuevos fármacos. Nuestra muestra es muy pequeña, no pudiéndose apreciar diferencias estadísticamente significativas entre ambos tratamientos. Por ello, consideramos que hacen falta más estudios que puedan solventar estos aspectos.

0014-2565 / © 2018, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.