Rev Clin Esp. 2023;223(Supl 1):S546

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

1055 - ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN PACIENTES INGRESADOS EN NEUROCIRUGÍA. NUESTRA EXPERIENCIA

Alicia Alonso Álvarez, Ana Padín Trigo, Olaya Alonso Juarros, Cristina Barbagelata López, Diego Llinares García, Álvaro Dubois Silva, Patricia Piñeiro Parga, Ramón María Fernández Varela, Rafael Prieto Jarel, Fátima Raad Verea, Sara Cabezal Iglesias, Óscar Porto Fuentes, Pilar Egea Arias y Begoña Fachal Bugarin

CHUAC, A Coruña.

Resumen

Objetivos: Describir las características y evolución de los pacientes con enfermedad tromboembólica (ETV) ingresados en Neurocirugía en nuestro centro entre 2017 y 2022.

Métodos: Revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes ingresados en Neurocirugía entre el 01/01/2017 y el 31/12/2021 que tuvieran ETV entre sus diagnósticos codificados. Análisis mediante el programa SPSS IBM Statistics (v.20).

Resultados: Entre el 01/01/2017 y el 31/12/2021 13 pacientes ingresados en Neurocirugía recibieron el diagnóstico de ETV. 77% (10) eran varones. La mediana de edad se situó en 66 años. De ellos, un 38,5% (5) ingresaban para cirugía de tumor de SNC (1 glioma, 1 meningioma, 1 metástatsis, 1 hemangioblastoma y 1 craneofaringioma); 37,8% (4) por hemorragia intracraneal (2 hemorragias intraparenquimatosas lobares, 1 profunda y 2 subaracnoideas); el 15,4% (2) ingresaron para lavado quirúrgico por infección de herida quirúrgica y 1 paciente ingresó para craniectomía descompresiva. El 61% (8) de los pacientes tenían tromboembolismo pulmonar (TEP), el 23% (3) trombosis venosa profunda (TVP) y el 15% (2) ambos. En 7 de los 13 pacientes la ETV se produjo posteriormente a la cirugía (mediana, 13 días después); en 4 pacientes el diagnóstico de ETV era previo (mediana, 26 días antes). 2 pacientes no llegaron a precisar cirugía. 7 de los pacientes habían recibido anticoagulación profiláctica antes del evento. La anticoagulación se inició en todos los casos excepto en uno (paciente ingresado en la UCI por politraumatismo en el que se consideró excesivo el riesgo de anticoagulación), una mediana de 12 días tras la cirugía (mínimo 24 h, máximo 36 días). Todos los pacientes de anticoagularon con heparina de bajo peso molecular (HBPM), la mayoría de ellos (11) a dosis infraterapéuticas (inferiores a 1,5 mg/kg/24 h o a 1 mg/kg/24 h) que se fue aumentando progresivamente hasta alcanzar dosis terapéuticas en 10 de ellos una mediana de 13 días tras la intervención. Solo en un caso se inició la HBPM directamente a dosis plenas (1 mg/kg/12 h). Se colocaron 3 filtros de vena cava inferior. Ninguno de ellos se retiró, en un caso por mal pronóstico vital, en otro por ser un filtro permanente y en otro por trombosis del dispositivo. No se registró ninguna complicación hemorrágica. Un paciente fue diagnosticado de TVP 20 días después de haber sido diagnosticado de TEP; otro paciente fue diagnosticado de TEP 10 días después de haber sido diagnosticado de TVP; en ambos casos los pacientes estaban recibiendo dosis infraterapéuticas de HBPM, pero es complicado establecer si se trata de una progresión de la ETV o si el TEP y la TVP ya estaban presentes desde el principio, pero no habían presentado síntomas. Dos pacientes fallecieron, en ambos casos por la enfermedad de base.

Conclusiones: Los pacientes neuroquirúrgicos presentan varios factores de riesgo para ETV, que es particularmente difícil de manejar por el alto riesgo percibido de sangrado. En nuestra muestra, probablemente por este motivo, la mayoría recibieron inicialmente dosis infraterapéuticas de HBPM. A pesar de ello, no se registró ninguna complicación hemorrágica. Se precisan más estudios para guiar la anticoagulación en este subgrupo de pacientes.

0014-2565 / © 2023, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.