



## 2155 - FACTORES PREDICTIVOS DE RECURRENCIA EN LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

*Leticia Espinosa del Barrio, Pedro Jesús Esteve Atiénzar, María Teresa Maciá Candela, Javier Guzmán Martínez, Isidro Hernández Isasi, Laura Serna Torres, Paloma Chazarra Pérez y José Miguel Seguí Ripoll*

*Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España.*

### Resumen

**Objetivos:** Describir las características del evento trombótico recurrente analizando la estrategia que se adoptó en el episodio previo para decidir el mantenimiento o no de la anticoagulación, así como determinar el papel de los modelos predictivos, la determinación del dímero D (DD) y el control radiológico en la evaluación de la recurrencia de la enfermedad tromboembólica (ETV) en nuestro hospital.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo que analiza los pacientes ingresados con diagnóstico de TVP y/o TEP agudo del 1/01/2018 al 31/12/2022 en nuestro centro (hospital de segundo nivel) y que habían presentado un evento trombótico previo registrado en la historia clínica electrónica. Se recogieron las características clínicas, la terapia anticoagulante y las estrategias adoptadas en el episodio previo para la valoración de la anticoagulación extendida. Los factores provocadores de ETV quedan definidos en la tabla 1<sup>1</sup> y el riesgo hemorrágico se estimó según los criterios expuestos en la tabla 2<sup>2</sup>.

**Resultados:** Revisamos un total de 903 pacientes. 64 cumplían los criterios de inclusión del estudio. El 60,9% (n = 39) fueron varones con una media de 70 ± 14 años. En el evento previo a la recurrencia, el 62,5% (n = 40) se asociaron a un factor provocador (tabla 1) y se solicitó estudio de trombofilia al 20,3% (n = 13) de los pacientes; la mayor parte (76,9%) en episodios no provocados. En la tabla 1 se recogen las trombofilias diagnosticadas. Tras el primer episodio, el 64,1% (n = 41) de los pacientes se anticoagularon con AVK, el 29,7% (n = 19) con HBPM y el 6,3% (n = 4) con ACOD. Se monitorizó el DD en el 9,7% de los pacientes (n = 6), solo en 2 tras la retirada de la terapia. Se determinó un único valor de DD > 800 ng/ml, manteniendo la anticoagulación. El control radiológico se realizó en el 54,8% (n = 34) de los pacientes, detectándose 1 caso de trombosis residual. No se emplearon modelos predictivos de recurrencia. El 86,9% (n = 52) completaron la pauta establecida, el 4,9% (n = 3) la interrumpieron voluntariamente y en el 8,2% (n = 5) desconocemos el motivo de retirada. La anticoagulación crónica se mantuvo en el 6,3% (n = 4) de los pacientes (tabla 2), sin apoyo de factores predictores de recurrencia y estimando un riesgo hemorrágico bajo. 1 trombosis fue no provocada y 2 asociadas a factores de riesgo crónicos. No presentaban trombofilias. El tiempo medio desde la retirada de la anticoagulación tras el evento trombótico previo hasta la recurrencia fue 24 ± 29 meses. El 7,8% (n = 5) de los pacientes fallecieron como causa directa de la recurrencia.

## **Factores de riesgo transitorios**

### **Mayores (ocurren hasta 3 meses antes del diagnóstico)**

Cirugía con anestesia general > 30 minutos

Inmovilización prolongada en el hospital (p. ej encamamiento > 3 días) por patología aguda  
Cesárea

### **Menores (ocurren hasta 2 meses antes del diagnóstico)**

Cirugía con anestesia general < 30 minutos

Hospitalización < 3 días por patología aguda

Terapia con estrógenos (anticonceptivos orales o terapia hormonal sustitutiva)

Embarazo y puerperio

Inmovilización en domicilio > 3 días por patología aguda

### **Factores de riesgo crónicos (persistentes)**

Cáncer activo (quimioterapia concomitante, recidiva o progresión de la enfermedad)

Enfermedad inflamatoria intestinal

Enfermedades autoinmunes (síndrome antifosfolípido, artritis reumatoide)

Infecciones crónicas

Inmovilidad crónica (daño medular)

## **Factores de riesgo transitorios**

Sedentarismo/inmovilización

Sedentarismo + terapia con estrógenos

## **Factores de riesgo crónicos (persistentes)**

Cáncer activo

Enfermedad inflamatoria intestinal

Enfermedad autoinmune

Inmovilización crónica

## **Factor de riesgo transitorio + crónico**

Sedentarismo + enfermedad autoinmune

Sedentarismo + cáncer activo

Cirugía + infección crónica

Terapia con estrógenos + cáncer activo

Terapia con estrógenos + enfermedad inflamatoria intestinal

**27,5% (n = 11)**

90,9% (n = 10)

9,1% (n = 1)

**60,0% (n = 24)**

50,0% (n = 12)

8,3% (n = 2)

4,2% (n = 1)

37,5% (n = 9)

**12,5% (n = 5)**

20,0% (n = 1)

20,0% (n = 1)

20,0% (n = 1)

20,0% (n = 1)

20,0% (n = 1)

## **Trombofilias diagnosticadas en nuestro estudio (n = 3)**

Mutación del factor V de Leiden

Mutación del factor V de Leiden + hiperhomocisteinemia

Defectos en la proteína C y S

Edad > 65 años

Antiagregación

Filtrado glomerular < 50 ml/min

Anemi

Antecedente de sangrado

**&ge; 2 ítems: elevado riesgo hemorrágico**

< 3 meses	3,1% (n = 2)
3 meses	14,1% (n = 9)
3-6 meses	12,5% (n = 8)
6 meses	18,8% (n = 12)
> 6 meses	45,3% (n = 29)
Crónica	6,3% (n = 4)

*Conclusiones:* Un elevado porcentaje de nuestra muestra presentó un evento trombótico inicial calificado como no provocado sin indagar exhaustivamente en potenciales factores de riesgo de trombosis. Se realizaron controles radiológicos en más de la mitad de los casos pero no se consideraron escalas predictoras de recurrencia. En un mínimo porcentaje de pacientes se monitorizó el DD. La tasa de cumplimiento terapéutico fue elevada y se mantuvo la anticoagulación crónica únicamente en base al perfil de los factores de riesgo trombóticos sin consideración de los predictivos de recurrencia.

## **Bibliografía**

1. Ortel TL, Neumann I, Ageno W, *et al.* American Society of Hematology 2020 guidelines for management of venous thromboembolism: treatment of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *Blood Adv.* 2020 Oct 13;4(19):4693-738.
2. Khan F, Tritschler T, Kahn SR, *et al.* Venous thromboembolism. *Lancet.* 2021 Jul 3;398(10294):64-77.