



1736 - FILTROS DE VENA CAVA INFERIOR EN ETV. PERFIL CLÍNICO, INDICACIÓN Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO EN UN ÁREA SANITARIA

Alba Tobío Romero, Laura Piedrafita Afonso, Juan Carlos Piñeiro Fernández, Miguel Arce Otero, Cristina Pedrosa Fraga, María Matesanz Fernández, Beatriz Pombo Vide y Rafael Monte Secades

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.

Resumen

Objetivos: Describir el perfil clínico de los pacientes en los que se indicó un filtro de vena cava inferior (FVCI), indicaciones para su uso, complicaciones y evolución.

Métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (ETV) con indicación de un FVCI entre 10/2007-1/2024, en el área sanitaria de Lugo. Se recopilieron variables demográficas, clínicas, relacionadas con el procedimiento y el seguimiento. Análisis estadístico con SPSS.

Resultados: Se incluyeron 117 pacientes. La tabla muestra las características, totales y según supervivencia. La edad media fue $68,2 \pm 13$ años, el 59,8% varones. La forma de presentación más frecuente fue el TEP, en 95 (81,2%; 45 con TVP asociada). Todos presentaban factores de riesgo de ETV: cáncer activo (45,3%; la mitad en estadio IV), inmovilización (48,7%), obesidad (43,6%), y cirugía mayor reciente (20,5%). El índice de Charlson medio fue $5,5 \pm 3,3$ (92,3% con comorbilidad grave). Se utilizaron FVCI temporales en 75 (64,1%, el 94% por acceso femoral, todos en VCI infrarrenal), el 100% en ETV establecida. La mediana de tiempo entre la ETV y su colocación fue de $5 \pm 31,2$ días. Se retiró en 37 (31,6%), con un tiempo medio de $32 \pm 78,7$ días. Las indicaciones fueron: 72 (61,5%; 65 por hemorragias graves) contraindicación para la anticoagulación, 22 (18,8%; 18 oncológica y 4 cirugía traumatológica) cirugía mayor de alto riesgo próxima, 14 (12%) ETV recurrente a pesar de anticoagulación correcta, 3 (2,6%) en procedimiento de trombolisis y 1 (0,9%) trombo flotante en VCI, sin indicación en 5 (4,3%). En fase aguda fueron anticoagulados 90 (76,9%), todos con HBPM (63% a dosis plenas), siendo los varones anticoagulados con menor frecuencia que las mujeres (34,3 vs. 6,4%, $p = 0,0001$). Tras el ingreso, entre los 93 supervivientes, fueron anticoagulados 72 (77,4%): 29 (40,3%) a largo plazo ($127,5 \pm 91,5$ días) y 43 (59,7%) de forma indefinida. En el ingreso, 42 (35,9%) tuvieron infecciones (50% respiratorias). La mediana de seguimiento fue de $388 \pm 1.469,7$ días: 23 (19,7%) tuvieron hemorragias secundarias a anticoagulación (18 mayores y 5 menores), el análisis multivariante únicamente demostró asociación entre antecedente de diátesis hemorrágica y mayor riesgo de sangrado (OR 28,2; IC95% = 3-264,9); 12 recurrencias de ETV; ninguno complicaciones en relación con el FVCI; y 65 (55,6%) fallecieron (el 49,2% por neoplasias), 25 durante el ingreso (18 oncológicos) y 40 posteriormente (21 oncológicos), demostrándose en el análisis multivariante que el cáncer activo se asocia a una mayor mortalidad durante el ingreso (OR 4,4; IC95% = 1,3-15,1), pero no durante el seguimiento, y que la

anticoagulación en fase aguda supone un factor protector de mortalidad (OR 0,144; IC95% = 0,044-0,471).

Características basales y resultados durante el seguimiento de todos los pacientes	Total (n = 117)	Vivos (n = 92)	Fallecidos (n = 25)	p
Edad	68,2 (13)	64,7 (14,9)	71,2 (10,7)	0,007
Sexo Varón	70 (59,8%)	30 (56,6)	40 (62,5)	0,647
Características FVCI				
Permanente	42 (35,9)	16 (30,2)	26 (40,6)	0,328
Temporal	75 64,1	37 (69,8)	38 (59,4)	
Tiempo entre ETV y FVCI	14,5 (31,2)	18,2 (40,6)	11,5 (20,2)	0,123
Características ETV				
TEP	95 (81,2)	42 (79,2)	53 (82,8)	0,800
PESI simplificado	1,4 (1,4)	1,1 (1,4)	1,7 (1,4)	0,012
TVP	69 (59)	32 (60,4)	37 (57,8)	0,927
TVP y TEP	45 (38,5)	21 (39,6)	24 (37,5)	0,965
Índice de Barthel	91,4 (5,8)	93,9 (18,2)	89,3 (22,3)	0,117
Índice de Charlson (ICC)	5,5 (3,3)	4,4 (3,1)	6,4 (3,3)	0,0001
Comorbilidad grave (ICC ≥ 3)	108 (92,3)	44 (83)	64 (100)	0,002
Comorbilidades				
Tabaquismo	21 (17,9)	9 (17)	12 (18,8)	0,995
Consumo OH riesgo	13 (11,1)	6 (11,3)	7 (10,9)	1
Cardiopatía	21 (17,9)	5 (9,4)	16 (25)	0,052
Fibrilación auricular	7 (6)	1 (1,9)	6 (9,4)	0,093
ICC	10 (8,5)	2 (3,8)	8 (12,5)	0,086
EPOC	13 (11,1)	4 (7,5)	9 (14,1)	0,207
Diabetes	19 (16,2)	3 (5,7)	16 (25)	0,004
Arteriopatía periférica	5 (4,3)	2 (3,8)	3 (4,7)	0,589
Enf. inflamatoria intestinal	3 (2,6)	2 (3,8)	1 (1,6)	0,429
ERC	17 (14,5)	5 (9,4)	12 (18,8)	0,246
Cirrosis (estadio A)	2 (1,7)	0 (0)	2 (3,1)	0,297
Diátesis hemorrágica	9 (7,7)	2 (3,8)	7 (10,9)	0,135
Cáncer activo	53 (45,3)	18 (34)	35 (54,7)	0,040
Anemia crónica	33 (28,2)	13 (24,5)	20 (31,3)	0,550
Ictus	15 (12,8)	6 (11,3)	9 (14,1)	0,870
Demencia	10 (8,5)	2 (3,8)	8 (12,5)	0,086
Enf. psiquiátrica	9 (7,7)	3 (5,7)	6 (9,4)	0,348
Varices	17 (14,5)	8 (15,1)	9 (14,1)	1
ETV previa	25 (21,4)	10 (18,9)	15 (23,4)	0,709
Síndrome postrombótico	5 (4,3)	4 (7,5)	1 (1,6)	0,129
Resultados y complicaciones				
Infección aguda	42 (35,9)	18 (34)	24 (37,5)	0,839
Infección respiratoria	21 (17,9)	9 (17)	12 (18,8)	0,995
Infección urinaria	14 (12)	7 (13,2)	7 (10,9)	0,928
Anticoagulación en fase aguda (HBPM)	90 (76,9)	45 (84,9)	45 (70,3)	0,100
Hemorragia por anticoagulación	23 (19,7)	10 (18,9)	13 (20,3)	1
Hemorragia menor	5 (4,3)	4 (7,5)	1 (1,6)	0,198
Hemorragia mayor	18 (15,4)	6 (11,3)	12 (18,8)	0,129
Retirada FVCI	36 (38,7)	28 (52,8)	8 (20)	0,003

Tiempo hasta retirada de FVCI	55 (79,6)	59,3 (89,8)	40,3 (16,5)	0,297
Complicación FVCI	0 (0)	0 (0)	0 (0)	.
Recurrencia ETV	12 (10,3)	6 (11,3)	6 (9,4)	0,832
Las variables cuantitativas se expresan como media (desviación estándar) y las cualitativas como número (porcentaje).				

Conclusiones: La indicación de los FVCI resulta controvertida y no existen recomendaciones específicas. En nuestra área, los FVCI suelen indicarse en pacientes de alto riesgo y elevada comorbilidad (edad avanzada, cáncer activo, contraindicación para anticoagulación o hemorragias graves). Hay un alto porcentaje de complicaciones (hemorragias) y mortalidad (neoplasias, infecciones), tanto periprocedimiento (aunque no por el propio procedimiento) como durante el seguimiento. Con todo, hay escasas complicaciones relacionadas con la colocación de FVCI y elevadas tasas de retirada.