



1178 - PREVALENCIA DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA CONCOMITANTE EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBOLIA PULMONAR AGUDA

Paloma López López, Cristina Medina Serrano, Marina Ruiz Contreras, Iván García Ruiz, María Aguilar Abad, María del Carmen López Lechuga, Javier Pagán Escribano y María Teresa Herranz Marín

Hospital General Universitario José María Morales Meseguer, Murcia, España.

Resumen

Objetivos: Principal: determinar la prevalencia de trombosis venosa profunda (TVP) en pacientes con embolia pulmonar (EP) aguda. Secundarios: analizar características demográficas, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), factores de riesgo para enfermedad tromboembólica venosa (ETE) y variables analíticas en el diagnóstico de EP. Analizar la prevalencia de trombosis residual, síndrome posttrombótico (SPT) e hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HTPEC) a los 3, 6 y 12 meses de seguimiento. Analizar el tratamiento anticoagulante en fases aguda, a largo plazo y extendida. Evaluar el desarrollo de complicaciones.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico, sobre una cohorte prospectiva, aprobado por el Comité de Ética de Investigación de nuestro centro. Se han incluido todos los pacientes con diagnóstico de EP en seguimiento en la Unidad Avanzada de ETE de nuestro hospital, desde mayo/2022 hasta mayo/2023.

Resultados: Se analizaron un total de 56 pacientes. En la tabla 1 se recogen las principales características de la población del estudio. A 46 casos se les realizó ecografía doppler tras el diagnóstico de EP para valorar la presencia de TVP concomitante en miembros inferiores. En el 52,2% de los casos se objetivó una TVP. En la tabla 2 se recogen los datos de la ecografía doppler en el momento del diagnóstico y durante el seguimiento, así como la prevalencia de comorbilidad asociada a la ETE.

Variables	Resultados (n = 56)
Edad (años) - mediana (RIC)	73,50 (57,25-82,75)
Sexo (mujeres) - n. (%)	29 (51,8)
Factores de riesgo cardiovascular (FRCV) - n. (%)	
Hipertensión arterial	28 (50)
Diabetes mellitus tipo 2	8 (14,3)
Dislipemia	20 (35,7)
Fumador	8 (14,3)
Obesidad (IMC > 30 kg/m ²)	31 (55,4)

Factores de riesgo ETEV - n. (%)	
Neoplasia	6 (10,7)
Cirugía reciente	11 (19,6)
Inmovilización > 3 días	9 (16,1)
Antecedentes personales de ETEV	12 (21,4)
Antecedentes familiares de ETEV	9 (16,1)
Tratamiento hormonal	7 (12,5)
Varices en miembros inferiores	8 (14,3)
Viaje prolongado	0 (0)
Embarazo	0 (0)
Puerperio	0 (0)
Variables analíticas - mediana (RIC)	
Creatinina (mg/dl)	0,88 (0,7-1,05)
Filtrado glomerular (ml/min/1,73 m ²)	86,74 (71,5-94,7)
Hemoglobina (g/dl)	13 (12,15-14,05)
Plaquetas (U/L)	218.300 (182.500-275.000)
Dímero D (ng/ml)	5335 (2669,5-7539)
Tratamiento anticoagulante fase aguda - n. (%)	
HBPM	56 (100)
Anticoagulante oral de acción directa	0 (0)
Tratamiento anticoagulante fase largo plazo - n. (%)	
HBPM	21 (37,5)
Antivitamina K	12 (21,4)
Anticoagulante oral de acción directa	23 (41,1)
Tratamiento anticoagulante fase extendida - n. (%)	
HBPM	3 (5,9)
Antivitamina K	13 (25,5)
Anticoagulante oral de acción directa	35 (68,6)
Hemorragia n. (%)	6 (10,7)

Tabla 2. Datos ecográficos de miembros inferiores al diagnóstico de la EP y comorbilidad asociada a la ETEV durante el seguimiento	
Variables	Pacientes (n = 56)
Ecografía modo doppler al diagnóstico de EP - n. (%)	46 (82,1)
Miembros explorados - n. (%)	
Unilateral	9 (19,6)
Bilateral	37 (80,4)
Trombosis venosa profunda - n. (%)	
Proximal	16 (66,7)
Distal aislada	8 (33,3)
Seguimiento	
3 meses - n. (%)	
2 pérdidas	
Ecografía de control	16 (72,2)
Trombosis residual	5 (20,8)
Diagnóstico de SPT	3 (13,6)
6 meses - n. (%)	
4 pérdidas	
Ecografía de control	3 (12,5)

Trombosis residual	5 (20,8)
Diagnóstico de SPT	1 (4,2)
HPTEC	1 (4,2)
12 meses - n. (%)	
7 pérdidas	
Ecografía de control	1 (4,2)
Trombosis residual	5 (20,8)
Diagnóstico de SPT	1 (11,1)
HPTEC	1 (4,2)

Discusión: En la literatura, se ha descrito una prevalencia de TVP concomitante en pacientes con EP aguda de hasta el 61%, cercana a la que encontramos en nuestro estudio. En nuestro trabajo, la obesidad y la hipertensión arterial fueron los FRCV más prevalentes. Según trabajos actuales, la obesidad es un factor de riesgo independiente significativo para la ETEV, y otros factores como la hipertensión y la diabetes mellitus, contribuyen al desarrollo de ETEV mediante mecanismos de daño endotelial y cambios hemodinámicos. En cuanto a la comorbilidad asociada a la ETEV durante el seguimiento (tabla 2), 5 pacientes a los que se les realizó ecografía de control presentaron trombosis residual, desarrollando uno de ellos un síndrome posttrombótico moderado, valorado por la escala Villalta. Uno de los pacientes desarrolló HTPEC a los 6 meses, y fue remitida a una unidad especializada en hipertensión pulmonar. Todos los pacientes recibieron HBPM a dosis terapéuticas durante la fase aguda del evento trombótico. En la fase a largo plazo y en la fase extendida el tratamiento más empleado fueron los ACOD, en un 41,1% y un 68,6%, respectivamente. Este patrón es acorde con las recomendaciones actuales, que favorecen el uso de ACOD debido a su mayor seguridad y eficacia en el tratamiento de la ETEV.

Conclusiones: Este estudio destaca la alta prevalencia de TVP en pacientes con EP aguda y la importancia de identificar factores de riesgo cardiovascular y de ETEV en el manejo de estos pacientes. El seguimiento a largo plazo es crucial para detectar complicaciones como la trombosis residual, el SPT y la HTPEC. La identificación de complicaciones y un manejo especializado subrayan la importancia de un enfoque multidisciplinario en el tratamiento de la ETEV.