



## 1825 - ¿HAY DIFERENCIAS ENTRE LAS TVP PRIMARIAS VS. SECUNDARIAS A CATÉTER EN MIEMBROS SUPERIORES?

Melody Pérez López<sup>1</sup>, Carla Quintana Reyes<sup>2</sup>, Ana Isabel Lozano Jiménez<sup>1</sup>, Samanta Ortega Hernández<sup>1</sup>, Adrián Hernández Concepción<sup>1</sup>, Iván Marrero Medicina<sup>1</sup>, Eduardo González Aragónés<sup>1</sup> y Aída Gil Díaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España. <sup>2</sup>Universidad de las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar las diferencias entre las trombosis venosas profundas (TVP) primarias y secundarias a catéter en miembros superiores (MMSS) en un hospital de tercer nivel.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo de pacientes diagnosticados de TVP en MMSS remitidos a la Unidad de Enfermedad Tromboembólica de nuestro Hospital desde 2005 hasta 2023. Se recogieron las características demográficas, comorbilidades, factores de riesgo, sintomatología, localización de TVP, parámetros analíticos, tratamiento y evolución al año. Se realizó un análisis descriptivo y se analizó si había diferencias entre las diferentes variables en función de si la TVP de MMSS era secundaria a catéter mediante análisis bivariante. Posteriormente, se realizó una regresión logística binaria.

**Resultados:** De 147 pacientes, 83 (56,5%) eran hombres. La edad media era 52,81 años (DT 17,8). Las comorbilidades más prevalentes fueron: HTA (39,5%), diabetes (17,7%) y cardiopatía isquémica (10,2%). Los factores de riesgo más frecuentes fueron: cáncer (25,2%), sobre todo de pulmón (18,9%) y mama (18,9%), inmovilización (22,6%) y cirugía (15%). La embolia pulmonar se diagnosticó concomitantemente en un 12,5%. El tratamiento agudo se realizó principalmente con heparinas (93%) mientras que a largo plazo fue con antagonistas de la vitamina K (AVK) (71,8%). Durante el seguimiento en total hubo un 6,8% de recidivas, un 4,8% de hemorragias y un 15,6% de fallecimientos. El 32,2% de los pacientes presentó síndrome posttrombótico. Hubo 58 (39,5%) casos con TVP de MMSS asociadas a catéter. Los enfermos con TVP secundarias a catéter eran mayores (60 vs. 43 años,  $p = 0,02$ ; OR 4,7). Se detectaron diferencias en los factores de riesgo, siendo más prevalentes en las TVP asociadas a catéter: inmovilización (36,2 vs. 13,6%;  $p = 0,02$ ; OR 3,5) y cirugía (34,5 vs. 2,2%;  $p = 0,01$ ; OR 22). Las TVP primarias se trataron más con AVK a largo plazo respecto a las secundarias (78,6 vs. 61,1%;  $p = 0,03$ , OR 2,33) y recibieron más intervencionismo. No hubo diferencias en fallecimientos, complicaciones hemorrágicas; pero sí, más recidivas en las TVP asociadas a catéter (13,8 vs. 2,2%;  $p = 0,01$ ; OR 6,9). El análisis multivariante expuso, como factores independientes de TVP-MS secundaria a catéter, la DM (OR = 4,11,  $p = 0,044$ ), determinó recibir a largo plazo AVK en menor medida (OR = 0,26,  $p = 0,035$ ) y favoreció las recidivas de la TVP (OR = 39,87,  $p = 0,007$ ).

**Discusión:** El uso creciente de dispositivos intravasculares predispone a la aparición de TVP

asociada a catéter. La DM se ha asociado a TVP en MS en la literatura, aunque existe controversia. Por otro lado, aunque el tratamiento a largo plazo con AVK es la norma, cada vez se impone más el uso de anticoagulantes de acción directa, aunque aún falta más evidencia en las TVP de MMSS. La mayor incidencia de recidivas observadas pudiera deberse a la persistencia del catéter a largo plazo.

*Conclusiones:* Se observan diferencias en las características y evolución de TVP en MMSS según su origen.