



## T-13. - ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA E INSUFICIENCIA RENAL, ¿UNA ASOCIACIÓN PELIGROSA? A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE 92 PACIENTES

L. Guirado Torrecillas<sup>1</sup>, V. Rosa Salazar<sup>2</sup>, M. Cotugno<sup>1</sup>, M. Hernández Contreras<sup>2</sup>, M. García Méndez<sup>2</sup>, B. García Pérez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Corta Estancia. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

### Resumen

**Objetivos:** Describir las complicaciones que se registran en los pacientes de nuestro hospital con enfermedad tromboembólica venosa (ETE) e insuficiencia renal (IR), clasificándolas según el aclaramiento renal (CLCr).

**Métodos:** Se han incluido 92 pacientes diagnosticados en nuestro hospital desde el año 2008-2013 de ETE y que presentaban alteración de la función renal ( $Cr > 1,3$  mg/dl). La función renal ha sido valorada calculando el aclaramiento de creatinina con la fórmula de Cockcroft-Gault clasificando en 3 grupos;  $CLCr > 60$  ml/m, entre 30-60 ml/m y  $< 30$  ml/m. Los eventos valorados desde el inicio del tratamiento al ingreso hasta el seguimiento en consulta un mínimo de 3 meses han sido: sangrado (retroperitoneal, gastrointestinal, cerebral y urinario), recidiva tromboembólica o fallecimiento. Todos los pacientes recibieron al ingreso tratamiento con heparina de bajo peso molecular (HBPM) y tratamiento a largo plazo con HBPM o antivitaminas K (AVK).

**Resultados:** De 92 pacientes, 9 (9,78%) se pierden durante el seguimiento, por lo que no son incluidos en la descripción. 83 pacientes son incluidos, de ellos 15 pacientes (18,1%) presentan eventos tras el diagnóstico y tratamiento de ETE. El 26,66% (4) presentaron hemorragia, 2 de ellos en la 1ª semana de inicio del tratamiento (1 con HBPM y 1 con AVK) y 2 a los 2 meses (ambos con HBPM), el 40% (6) recidiva tromboembólica, 1 durante el tratamiento, 2 de ellos a las 3 semanas de suspender el tratamiento y el resto al año, y el 33,3% (5) fallecen (1 por ERC terminal, 2 por proceso tumoral y 2 por sospecha de TEP). La mayoría de los pacientes que presentan eventos tienen  $CLCr$  entre 30-60 ml/m, el 73,3% (11), el 6,7% (1)  $> 60$  ml/m y el 20% (3)  $CLCr < 30$  ml/m. Se realiza ajuste de dosis de HBPM de forma empírica en el 33,3% mientras que no se realiza ajuste en el 66,7% (tabla). El 40% (6) recibe tratamiento con AVK a largo plazo, el 40% (6) con HBPM y el 20% (3) fallecen y no reciben tratamiento a largo plazo.

**Discusión:** En pacientes con  $CLCr < 30$  ml/m, además de presentar riesgo aumentado de ETE, está indicada la necesidad de ajuste de dosis HBPM para evitar acumulación de fármaco y, por tanto, aumento de riesgo de sangrado. Sin embargo, la literatura hace escasa mención a pacientes que presentan  $CLCr$  entre 30-60 ml/m, y que en nuestra serie, son los que presentan mayor porcentaje de eventos. Por tanto, queremos destacar estos resultados e incluso, sería interesante plantear un estudio más ambicioso sobre estos pacientes.

Tabla (T-13). Eventos según aclaramiento renal

	CLCr > 60 ml/m	CLCr 30-60 ml/m	CLCr < 30 ml/m
Ajuste dosis	0	40% (3)	60% (2)
No ajuste dosis	10% (1)	90% (9)	0

*Conclusiones:* En nuestra serie, hemos observado mayor frecuencia de eventos en pacientes con CLCr entre 30 y 60 ml/m, a los cuales en mayor porcentaje no se realiza ajuste de dosis de tratamiento anticoagulante, y la mayoría de ellos se encuentran en tratamiento con HBPM a largo plazo. Por lo tanto, quizás habría que plantearse un manejo del tratamiento más cuidadoso en estos pacientes.