Rev Clin Esp. 2018;218(Espec Congr):683

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

T-073 - FILTROS DE VENA CAVA IMPLANTADOS Y RETIRADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SEVERO OCHOA

R. de la Corte Carmona, J. Fernández Mondelo, E. de la Fuente Crespo, T. Muñón Varela, C. de Juan Álvarez, B. Mateo Ramírez, P. Rondón Fernández y P. del Valle Loarte

Medicina Interna. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

Resumen

Objetivos: Analizar y describir las indicaciones de implantación y de retirada de los filtros de vena cava inferior (FVCI), en un hospital de segundo nivel asistencial, así como características basales y evolución de los pacientes.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el que se analizó una cohorte de 71 pacientes a los que se le implantó un FVCI, desde enero de 2009 hasta mayo de 2018, en el Hospital Universitario Severo Ochoa. Se estudiaron las indicaciones del FVCI así como la tasa de retirada, las complicaciones y la enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) recurrente, entre otros. Todo ello se analizó mediante el programa SPSS utilizando estadística descriptiva y analítica.

Resultados: Se implantaron 71 FVCI, 15 (21,1%) con ETEV y contraindicación para la anticoagulación, 27 (38%) como prevención de ETEV en pacientes con alto riesgo (oncológicos y prequirúrgicos), 14 (19,7%) ante una complicación hemorrágica con tratamiento anticoagulante y 15 (21,1%) con recurrencia de la ETEV a pesar de una correcta anticoagulación. Un 42,3% (n = 30) eran mujeres, con una media de edad de 67,21 (DE 1,92). Un 22,5% tenían antecedentes de ETEV, un 40,8% eran oncológicos, un 14,1% se había sometido a una cirugía reciente y un 12,7% habían estado inmovilizados durante más de 2 días. Se intentó la retirada en 33 casos (46,5%), y la recuperación fue posible en 19 (57,6%). La tasa más baja de intento de retirada fue en el grupo con recurrencia trombótica a pesar de la anticoagulación (0%, con una p 0,017). La media de tiempo con el FVCI es de 34,16 días (DE 5,77). La media de intentos de retirada es de 1,66 (DE 0,27 y mediana de 1), siendo el síndrome posflebítico (2,8%) la complicación más frecuente tras la retirada. En 2 casos (2,8%) el FVCI estaba trombosado, en 4 (5,6%) existía inclinación > 15º y en 2 (2,8%) una migración del FVCI. El porcentaje de retrombosis fue del 12,7% (2 TEPs y 7 TVPs), sin diferencias significativas en las distintas indicaciones. Se implantaron dos tipos de FVCI, OPTEASE (n = 34) y COOK (n = 37), siendo el 89,5% (n = 17) de los recuperados de tipo COOK, con una significación estadística de 0,0001, y un porcentaje de trombosis del FVCI mayor en el tipo COOK (5,4%) con p > 0,05. En cuanto al tratamiento anticoagulante previo a la implantación, el 59,2% estaban con heparina de bajo peso molecular (HBPM), 14,1% con Sintrom, 9,9% con heparina no fraccionada (HNF) y 16,9% sin anticoagular. Tras la implantación, el 18,3% no recibió ningún tipo de anticoagulación, un 35,2% se trataron con Sintrom y un 46,5% con HBPM. El servicio que más solicita un FVCI es Medicina Interna (64,8%), seguido de la Unidad de Cuidados Paliativos y Geriatría (ambos 5,6%). La muerte por ETEV en el primer año tras la implantación del FVC se produce en un 11,4% del total de exitus.

Discusión: Según nuestra experiencia, la indicación de FVCI más frecuente es prevención de la ETEV en pacientes con alto riesgo (38%), con una tasa de recuperación baja con respecto a otras series. El mayor éxito de retirada se obtuvo en este mismo grupo, y el menor en los indicados ante recurrencia de la ETEV a pesar de la anticoagulación. El tiempo medio de retirada en nuestros resultados se ajusta al tiempo establecido como óptimo en otras series.

Conclusiones: La indicación de los FVCI debe ser individualizada y basada en una selección cuidadosa de los pacientes que se beneficiarían del mismo, aunque hay que tener en cuenta las recomendaciones de las guías clínicas. Además es importante retirar el FVCI tan pronto como sea posible, ya que está demostrado que disminuye la tasa de complicaciones.

0014-2565 / © 2018, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.