



# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## T-052 - LA EDAD AVANZADA COMO FACTOR PRONÓSTICO EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

J. Binetti, E. Nart Puente, E. Yeregui Echeverría, A. Febrer Nafria, S. Roig Flores, Z. Santana Rodríguez, D. Riesco Acevedo y J. Porras Ledantes

Medicina Interna. Hospital Joan XXIII. Tarragona.

### Resumen

**Objetivos:** Evaluar diferencias en las características demográficas, enfermedades y tratamientos concomitantes, clínica de presentación, factores de riesgo, complicaciones durante el seguimiento y mortalidad en los pacientes con TEP y edad avanzada.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo y retrospectivo de pacientes diagnosticados de TEP entre los años 2007-2016 y en seguimiento en consultas externas de Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETEV) del Servicio de Medicina Interna de un hospital universitario. Se establecieron 2 subgrupos de pacientes: TEP en pacientes de  $\geq 80$  años, y un segundo subgrupo constituido por pacientes con TEP y edad comprendida entre 18 y 79 años ( $< 80$  años). Se analizaron las diferencias entre ambos subgrupos en cuanto a las características demográficas (sexo), enfermedades y tratamientos concomitantes, clínica de presentación, patrón EKG, factores de riesgo, complicaciones durante el seguimiento (retrombosis y hemorragias graves) y mortalidad global. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS 19.0.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 410 pacientes, 112 (27,3%) de edad  $\geq 80$  años y 298 (72,7%) de  $< 80$  años. En el subgrupo de  $\geq 80$  años: 37 (33%) eran varones y 75 (67%) eran mujeres; en cambio en subgrupo de pacientes de  $< 80$  años: 169 (56,7%) eran varones y 129 (43,3%) eran mujeres ( $p < 0,05$ ). Los pacientes  $\geq 80$  años tenían de forma significativa una mayor incidencia de HTA (71,4 vs 48%), cardiopatía isquémica (16,1 vs 8,5%), enfermedad vascular cerebral (8,9 vs 3,4%) ( $p < 0,05$ ). Además, los pacientes  $\geq 80$  años estaban recibiendo con mayor frecuencia tratamiento con antiagregantes (27,2 vs 17,1%) y psicofármacos (22,3 vs 11,7%) ( $p < 0,05$ ). No existían diferencias entre ambos subgrupos en la forma de presentación clínica del TEP (dolor torácico, tos, disnea, hemoptisis, síncope), ni en los factores de riesgo predisponentes (cáncer, cirugía en los dos meses previos, inmovilización, TVP previa, varices o antecedentes familiares de ETEV). También se observaba que los pacientes de  $\geq 80$  años era más frecuente la presencia al diagnóstico de TEP de arritmias cardíacas (26,7 vs 7,4%) ( $p < 0,05$ ). La recidiva de la trombosis fue más frecuente en los pacientes  $\geq 80$  años (9,1 vs 1,8%) ( $p < 0,05$ ), y claramente se relacionaba con haber suspendido el tratamiento anticoagulante. Las complicaciones hemorrágicas fueron más frecuentes (10,7 vs 6,7%) y graves (5,4 vs 2,7%), en el subgrupo de pacientes  $\geq 80$  años, pero sin significación estadística. La mortalidad a 30 días fue mayor en el subgrupo de  $\geq 80$  años (4,5 vs 1,7%), pero también sin significación estadística.

**Discusión:** Cada vez más se atienden pacientes con TEP y edad avanzada en los Servicios de Medicina Interna. En la serie que presentamos el 27,3% de los pacientes que ingresaron por un TEP tenían una edad  $\geq 80$  años. La presentación clínica y los factores de riesgo predisponentes no parecen variar proporcionalmente

con la edad. Sí se observaba una mayor comorbilidad en el terreno vascular arterial (HTA, antecedentes de cardiopatía isquémica e ictus) en estos pacientes, así como el mayor uso de psicofármacos con el mayor riesgo de trombosis descritos en varios estudios. En cuanto a la evolución y complicaciones destacar que en los pacientes de edad avanzada se observa mayor riesgo de sangrado y mortalidad a 30 días aunque ésta no llega a ser estadísticamente significativa.

*Conclusiones:* El TEP en pacientes de edad avanzada representa un porcentaje significativo de los pacientes que actualmente se atienden en un Servicio de Medicina Interna. El pronóstico del TEP y la mortalidad a los 30 días en estos pacientes es peor dada la mayor frecuencia y gravedad en sangrados relacionados al tratamiento anticoagulante, pese a que en nuestra serie no se obtiene la significancia estadística.