



<https://www.revclinesp.es>

T-053 - ¿SON SUFICIENTES LAS INDICACIONES DE LAS GUÍAS ACCP PARA LOS FILTROS DE VENA CAVA TRANSITORIOS?

M. Ortiz¹, C. Pinto¹, A. Ruiz¹, J. Sanchis², J. Gil², I. Barreira³, M. Fabiá¹, M. García-Fuster¹

¹Unidad de Enfermedad Tromboembólica. Medicina Interna. ²Unidad de Radiología Intervencionista. ³Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Resumen

Objetivos: La posibilidad de extracción de los filtros de vena cava (FVCT) ha mejorado sus opciones terapéuticas, no obstante las indicaciones siguen siendo polémicas. Actualmente existen varias guías elaboradas por distintos colectivos médicos: American College of Chest Physicians (ACCP), Eastern Association for the Surgery of Trauma (EAST), Society of Interventional Radiologists (SIR), Brain Trauma Foundation (BTF), and the Consortium for Spinal Cord Medicine. Las guías del ACCP son las más conocidas y limitan su indicación a los pacientes con enfermedad tromboembólica venosa con contraindicación para la anticoagulación. No obstante en la práctica clínica existen otras situaciones en las que los FVC podrían ser una buena alternativa. El objetivo del presente trabajo es revisar los filtros de vena cava transitorios implantados en los últimos 5 años en el Hospital Clínico Universitario de Valencia observando su indicación, las complicaciones y la evolución de los pacientes afectos.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes a los que se les había implantado el FVCT en los últimos 5 años recogiendo datos antropométricos, indicación, facultativo que la realizó, patología subyacente, duración del implante, complicaciones y evolución. Se realiza un análisis descriptivo del estudio.

Resultados: El Servicio de Radiología Intervencionista implantó el FVCT a 39 pacientes de los cuales 20 eran mujeres. La edad media fue de 67,6 años. El paciente menor tenía 27 años y el mayor 87. Eran oncológicos el 43,5%. Los filtros colocados fueron Gunter de cook y Optease cordis a criterio del radiólogo. Las indicaciones del filtro de cava fueron en 29 pacientes (74%) la contraindicación para anticoagular como indica la ACCP (en 12 pacientes por hemorragia y en 17 por intervención quirúrgica), pero en el 26% restante la indicación fue realizada fuera de las guías a criterio del facultativo especialista: en 6 pacientes por recidiva de evento trombótico, pese a tratamiento anticoagulante, en 3 por presencia de trombo flotante, en 1 por trombosis proximal en parto vaginal. La indicación fue realizada en 33 pacientes por la Unidad de Enfermedad Tromboembólica de Medicina Interna, en 4 por Oncología, en 1 por la UCI y en 1 por Neumología. En 17 pacientes (43,5%) se programó su extracción realizándose sin problemas en 15. No se llevó a cabo en 2 (por fijación a la pared de la vena cava y por trombosis del filtro). La permanencia media del filtro fue de 18 días. En 18 pacientes (46%) se consideró más oportuno dejar el filtro permanente por persistencia de los factores de riesgo, 10 de ellos eran oncológicos. En 4 se produjo una descompensación cardio-respiratoria y muerte. No se observaron durante el tiempo de permanencia del filtro complicaciones derivadas de su presencia. Mientras eran portadores del filtro, se instauró tratamiento con HBPM cuando no existía hemorragia activa.

Conclusiones: En la revisión realizada observamos que en el 74% de los pacientes se sigue la indicación de las guías ACCP pero que en el 26% restante obedece a situaciones clínicas en las que el facultativo especialista consideró que era la mejor opción terapéutica (recidiva durante la anticoagulación, trombo flotante, trombosis proximal en un parto vaginal). Estas mismas situaciones ya se ven reflejadas en otros estudios en los que también se inclinan por su instauración. No se observaron complicaciones durante su instauración y solo en 2 casos hubo dificultades de extracción. Casi la mitad de los pacientes seleccionados eran oncológicos y es en estos donde se dejaron un alto porcentaje de filtros permanentes. El estudio nos demuestra que se repiten situaciones no contempladas en las guías en las que el uso de los FVCT podría ser beneficioso por lo que sería aconsejable realizar y aunar estudios clínicos para ampliar sus indicaciones y valorar su evolución.