



T-045 - UTILIDAD DEL DÍMERO-D AJUSTADO POR EDAD EN EL DIAGNÓSTICO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

D. Piñar Cabezas¹, J. Trujillo Santos², A. Martorell Pro³, C. Aguayo Jiménez¹, M. León Martínez¹, A. Sánchez Serrano¹, A. Reguera García¹, E. Díaz González¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Los Arcos. San Javier (Murcia). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena (Murcia). ³Urgencias. Hospital Los Arcos. San Javier (Murcia).

Resumen

Objetivos: Utilidad del dímero-D ajustado por edad y del punto de corte de 750 como método de screening de TVP. Valorar la seguridad de ambos puntos de corte.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo. Periodo, ámbito y criterios de inclusión: Pacientes en los que se haya realizado una eco-doppler desde enero hasta diciembre 2013 en los Servicios de Urgencias del H.U. Santa Lucía de Cartagena y H.U. Los Arcos del Mar Menor de San Javier (Murcia). Seguimiento posterior a través de la historia electrónica. Criterios de exclusión: ausencia de dímero-D, menores de 18 años, embarazo o puerperio.

Resultados: Se realizaron 732 eco-doppler. 70 fueron excluidas. El 40% eran hombres y el 60% mujeres, con una edad media de 66 años. Un 83,5% eran mayores de 50 años. Un 8,7% de los pacientes presentaban cáncer. La incidencia de ETV fue de un 18%. 315 pacientes presentaban una probabilidad clínica no-alta (improbable) de TVP. De estos, un 12% presentaban un DD negativo (punto de corte 500), de los cuales sólo un paciente tenía una TVP. Con el punto de corte ajustado por edad en los mayores de 50 años ($DD = edad \times 10$), el número de pacientes con un resultado negativo sería del 21%, sin aumentar el número de falsos negativos. Esto supondría una mejora en la especificidad, que pasaría del 15% al 24,4%, sin perder sensibilidad (97,5%). Con la utilización del punto de corte de 750, en los mayores de 60 años, el número de pacientes con una probabilidad clínica no-alta y con un DD negativo ascendía al 21,5%, sin aumentar el número de falsos negativos. La especificidad también mejoraría (24,7%) y la sensibilidad se mantendría. De los 662 pacientes, 565 (85,3%) tuvieron un seguimiento de al menos 30 días en los que fallecieron 7 pacientes, 2 por TEP y 1 por hemorragia secundaria a anticoagulación. Sólo una paciente con un DD de 5.090 presentó una TVP a los 6 días.

Discusión: El DD se incrementa con la edad, pudiendo ser positivo (> 500 ug/L) en hasta el 90% de los mayores de 80 años. Varios estudios evalúan la utilización de diferentes puntos de corte en función de la edad, permitiendo excluir la ETV en un mayor número de pacientes sin perder seguridad. Presentamos un estudio en el que se evalúa la utilidad del punto de corte ajustado por edad ($DD = edad \times 10$) en los mayores de 50 años y el corte de 750 en los mayores de 60 años. Observamos un incremento de un 10% de pacientes en los que el DD sería negativo si se utilizara cualquiera de las dos estrategias, lo que supondría un ahorro en la realización de pruebas

complementarias. Este incremento es similar al publicado en estudios previos. Haas et al proponían la utilización del punto de corte de 750. El incremento de pacientes en los que se podría descartar la TVP era de un 12,8%. En el realizado por Douma et al, con el DD-edad, se vio un incremento del 8,6%. En el de Schouten et al el incremento fue de un 5,7%, tanto con la utilización del DD-edad como con el punto de 750. Se trata de una estrategia segura, ya que en nuestro estudio no había ningún paciente de los que se hubiera reclasificado como negativo que presentara una ETV en el momento de la consulta ni en el seguimiento.

Conclusiones: El incremento en el punto de corte del DD con la edad aumenta la proporción de pacientes con probabilidad clínica no-alta en los que la TVP puede ser descartada, pudiendo ser una estrategia eficiente y segura en la práctica clínica.