



T-025 - TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTE MUY ANCIANO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, MANEJO Y MORTALIDAD

M. Vares, C. Barbagelata, P. Piñeiro, D. Llinares, A. Rodríguez, E. Clavero, A. Arévalo, S. Freire

Medicina Interna. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.

Resumen

Objetivos: Conocer las características de los pacientes ≥ 80 años con TEP, el tratamiento en la fase inicial, a largo plazo, y las complicaciones evolutivas desarrolladas.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes ≥ 80 años diagnosticados de ETV entre el 01/01/2013 y el 31/12/2013 en el Hospital Universitario de A Coruña, realizándose un seguimiento evolutivo hasta el 31/01/2016. Se aplicó un análisis descriptivo con el paquete estadístico SPSS versión 19.0. Para la comparación de variables cuantitativas se utilizó la t de Student y para las cualitativas el χ^2 .

Resultados: Se incluyeron $n = 80$ pacientes. Se excluyeron 10 pacientes fallecidos con diagnóstico de TEP no confirmado mediante prueba de imagen ni necropsia. De los 70 pacientes analizados 65,7% fueron mujeres. La edad media fue 85 años. La media del índice de Charlson fue 6 y la del Barthel 72 (mínimo 5, máximo 100). Presentaron: IC (21%), IVC (10%), cáncer activo (17%), inmovilización (33%), catéter central (1,4%), cirugía reciente (4,4%), fractura previa (5,7%). Se objetivó TVP sintomática asociada en el 20% de los pacientes. El diagnóstico de TEP se realizó mediante angioTC pulmonar en el 98,6% de los pacientes, siendo bilateral en el 50%. El trombo afectó a las siguientes arterias: tronco de la pulmonar 10,7%, pulmonares 28,6%, lobares 14,3%, segmentarias 35,7%. Se realizó ecocardiograma transtorácico en el 17%; sólo un paciente presentó TAPSE < 18 . No se realizaron dímeros D en el 40%, siendo la mediana en los casos realizados de 2.000. El PESI simplificado fue siempre de alto riesgo (37% 1 punto; 40% 2 puntos). Se objetivó inestabilidad hemodinámica en 4 pacientes (2 fueron exitus). En todos los casos la anticoagulación se inició con HBPM (97% enoxaparina), no ajustándose la dosis por función renal en el 90% de los pacientes con MDRD < 30 . El peso sólo se registró en el 50% de los p, siendo la dosis adecuada al mismo en todos los pacientes. Se realizó paso antivitaminas-K en el 80%; se mantuvieron las HBPM en el 20% (81% con cáncer). El INR fue lábil los últimos 6 meses de tratamiento en el 57,5%. El tratamiento se mantuvo de forma indefinida en el 15% de los pacientes. Los motivos de suspensión fueron: fin de tratamiento (63,6%), complicaciones (30%), decisión del paciente (6,1%). Presentaron complicación por sangrado (mayor en el 6%; digestivo como origen más frecuente) el 13% de los pacientes, de los cuales el 15% estaban antiagregados y anticoagulados. La duración media del tratamiento excluyendo a los pacientes fallecidos fue 8 meses. La mortalidad global a dos años fue del 43%. Se consideró en relación probable o posible con el TEP en el 32%. En dichos casos el fallecimiento fue precoz, frente a los casos en los que la mortalidad no se consideró asociada con la ETV, siendo la

diferencia estadísticamente significativa. No se objetivó relación entre la mortalidad relacionada con la ETV, la localización del TEP o el PESI del paciente.

Discusión: La población ≥ 80 años está infrarrepresentada en los ensayos clínicos, por lo que son necesarios datos en la práctica clínica real. El PESI simplificado fue siempre de alto riesgo sin que existiese asociación pronóstica, reflejando la necesidad de validar nuevas escalas en este subgrupo de pacientes. La presencia de complicaciones hemorrágicas fue más frecuente que en población de menor edad y la principal causa de suspensión del tratamiento. No se objetivó asociación significativa entre el sangrado y el INR lábil o la ausencia de ajuste de las HBPM por función renal, probablemente por el bajo tamaño muestral.

Conclusiones: 1) El TEP predominó en mujeres. 2) Los principales factores predisponentes fueron inmovilización, IC y cáncer. 3) El Charlson y el Barthel no fueron muy elevados. 4) El PESI simplificado fue siempre de alto riesgo. 5) El desarrollo de complicaciones (siendo la más frecuente el sangrado) obligó a la suspensión del tratamiento en el 30%. 6) No se realizó ajuste de la dosis de HBPM por FG. 7) El INR fue lábil en el 57,5% de los pacientes.