



6020-225. RELACIÓN DE LA ANTICOAGULACIÓN PARENTERAL EN EL TROMBOEMBOLIA PULMONAR AGUDO BILATERAL CON EVENTOS CLÍNICOS MÁS ALLÁ DE LA HOSPITALIZACIÓN

Juan Martínez¹, Ana Devesa Arbiol¹, Angélica María Romero Daza², Ignacio Hernández González¹, Ana Lucía Rivero Monteagudo¹, Álvaro García Roperio³, Marcelino Cortés García¹, Miguel Ángel Navas Lobato¹ y José Tuñón Fernández¹, del ¹Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, ²Clínica La Luz, Madrid y ³Mount Sinai Medical Center, Nueva York (EE.UU.).

Resumen

Introducción y objetivos: El tratamiento de la fase aguda del tromboembolia pulmonar (TEP) de riesgo intermedio-alto incluye la anticoagulación parenteral; en los últimos años las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) han demostrado ser seguras en este contexto, no obstante existe poca información con respecto al desarrollo de eventos clínicos adversos e hipertensión pulmonar (HTP) durante el seguimiento en estos pacientes. El objetivo de este estudio era describir las características clínicas y ecocardiográficas basales, y eventos clínicos adversos durante el seguimiento, en pacientes con TEP agudo bilateral de riesgo intermedio-alto, que recibieron anticoagulación durante el ingreso con HBPM, en comparación con pacientes que recibieron heparina no fraccionada (HNF).

Métodos: Un total de 220 pacientes (75 años, 55% mujeres) con el diagnóstico de TEP agudo bilateral ingresados en la unidad coronaria entre 2010-2018 fueron incluidos retrospectivamente. Los pacientes fueron divididos en 2 grupos según el tipo de anticoagulación parenteral recibida durante el ingreso (HNF frente a HBPM). Se realizó una comparación de las variables clínicas y ecocardiográficas de HTP; además de eventos clínicos adversos (mortalidad, HTP, clase funcional ? II) durante la hospitalización y al año de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 98 (44,5%) pacientes en el grupo de HBPM y 122 (55,5%) recibieron HNF. Al ingreso, los pacientes del grupo HNF a pesar de tener mayor dilatación y peor función sistólica del ventrículo derecho (VD), no tuvieron diferencias en la presión sistólica pulmonar (tabla). Tampoco hubo diferencias con respecto a variables clínicas, ni mortalidad en el ingreso. Durante el seguimiento, los pacientes que recibieron HBPM no desarrollaron con mayor frecuencia eventos clínicos adversos, ni datos sugestivos de HTP en el ecocardiograma control.

Variable	HBPM (n = 98)	HNF (n = 122)	p
Ingreso			
Edad (años)	69,8 ± 1,5	68,9 ± 1,5	0,8

Mujeres	53 (54)	75 (61)	0,26
Hipertensión	53 (54)	74 (60)	0,32
Diabetes	8 (8)	11 (9)	0,84
Dislipemia	40 (41)	48 (39)	0,82
Muerte	1 (1)	3 (2,5)	0,4
TAPSE (mm)	16 [15,3-17,4]	13 [12,9-14,5]	0,0002
Ratio VI/VD	1,07 [1,02-1,11]	1,15 [1,13-1,22]	0,0002
Gradiente VDAD (mmHg)	42 [40-47]	43 [40,4-46,1]	0,97
PSAP ingreso (mmHg)	55 [52,1-61,2]	55 [54-60,5]	0,59
Seguimiento			
Muerte 12 meses	4 (4)	5 (4)	0,84
Clase funcional ? II	17 (17)	26 (21)	0,6
TAPSE (mm)	20 [19,4-21]	21 [19,5-20,6]	0,84
Gradiente VDAD (mmHg)	30 [25,5-38,2]	27,5 [26,5-34,9]	0,69
Ratio VI/VD	0,8 [0,77-0,84]	0,83 [0,8-0,84]	0,29
Diámetro AP (mm)	32 [31,3-33,2]	34 [32,4-34,5]	0,058

TAPSE: desplazamiento sistólico del plano del anillo tricuspídeo.

Conclusiones: Los pacientes con TEP agudo bilateral de riesgo intermedio-alto tratados con HBPM no tienen mayor mortalidad durante el ingreso, ni eventos clínicos adversos o datos de HTP durante la evolución. Estos resultados no solo ratifican la eficacia y seguridad estos fármacos en el ámbito hospitalario,

sino que además muestran que estos beneficios se extienden más allá del ámbito hospitalario.