

PRIMER REGISTRO NACIONAL DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA

XXXVII CONGRESO ARGENTINO DE CARDIOLOGÍA 2011

Trabajo Libre: 0236

SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz | GOMEZ SANTA MARIA, Héctor | BLANCO, Patricia | THIERER, Jorge | HIGA, Claudio | JAIMOVICH, Guillermo | COURTADE, Pablo | VERGNES, Alberto

CONSEJO DE EMERGENCIAS SAC - AREA DE INVESTIGACION SAC

Objetivos: Relevar datos con respecto a factores predisponentes (FR), clínica, métodos diagnósticos empleados, tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa (ETE) y evaluar predictores de mortalidad hospitalaria.

Materiales y Métodos: Se registraron en forma continua y consecutiva todos los pacientes con esta patología confirmada por algún método complementario durante un año en los diferentes centros participantes. La ficha de registro se realizó en formato electrónico (.pdf). Se analizaron los datos con EPI 2000.

La ETE consideró dos formas de presentación: tromboembolismo pulmonar (TEP) y trombosis venosa profunda (TVP).

Resultados: Se registraron 181 p en 54 centros: 34% por TEP (n:61), 35% por TVP(n:62) y 32% por la coexistencia de ambas (n:32). Edad (mediana) 66 (53-79). Género femenino: 59%. El área de internación fue en área crítica en el 80% de los casos de TEP y 20% en piso, mientras que en la TVP casi el 60% se internó en piso.

La causa de la internación fue la sospecha de TEP/TVP en el 56% de los casos, mientras que en el resto fue una complicación durante la internación por patología médica (24%), traumatológica-quirúrgica (11%) u otra 12%. Factores de riesgo (%): Reposo >48 hs (%): 47, cáncer: 20, historia de TVP-TEP: 10, Ninguno:9. Clínica TEP (%): disnea 88, dolor torácico:29, taquipnea: 31%. Sospecha TEP(Wells): alta: 30%, intermedia:68%, baja 2%. Clínica TVP (%): asimetría y edema miembros inferiores: 85%. Sospecha TVP (Wells,%): alta:18, intermedia:28, baja:54. Métodos diagnósticos: TEP: centellograma V/Q: 16%, TAC helicoidal: 86%. Arteriografía pulmonar: 0,8%. TVP: doppler 100%. Tratamiento: Heparina bajo peso molecular(HPBPM): 70%, heparina IV:40%, trombolíticos: 11%. Evolución intrahospitalaria (%): ARM 9%, Shock: 6%. filtro Vena Cava: 12% La mortalidad global fue del 7%. Se asociaron a mayor mortalidad la edad > 70 años, antecedente de reposo prolongado, antecedente de TEP/TVP previo, taquipnea, hipotensión arterial, shock, Oligoemia en Rx Tórax y el no haber recibido tratamiento anticoagulante. Luego de realizar un análisis de regresión logística las variables independientemente asociadas a mortalidad fueron la edad > 70 años (OR 4.6, IC 95% 1.9-23, p = 0.02), el shock (OR 35, IC 95% 7-180, p < 0.01) y la oligoemia por Rx Tórax (OR 17, IC 95% 7-180, p < 0.0001).

Conclusiones: En la ETEV es frecuente la coexistencia de sus 2 formas de presentación. El reposo prolongado es el FR más prevalente. Casi un 10% no tienen ningún FR conocido. La TAC helicoidal es el método diagnóstico más utilizado para TEP. El doppler venoso fue el único método utilizado para TVP. La HPBPM es la elegida para el tratamiento. En 1/10 p fue empleado trombolítico y filtro de vena cava.
