



<https://www.revclinesp.es>

988 - IMPLICACIÓN DE LOS FÁRMACOS PARA LA INSUFICIENCIA CARDÍACA COMO POSIBLE INTERFERENCIA EN EL TEST DE COOMBS DIRECTO

Ana Lamilla Álvarez¹, Sofía Russo Botero¹, María Asunción Cámara Ródenas², Pau Aracil Boigues³, Aitana Nebot Ariño¹, Lorenzo Fáncila Rubio³, María de la Encarnación López Pavia² y José Pérez Silvestre¹

¹Medicina Interna, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España. ²Hematología, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España. ³Cardiología, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España.

Resumen

Objetivos: El test de Coombs (TC) se emplea para clasificar las anemias hemolíticas en función de su posible origen inmune. Esta técnica no está exenta de resultados falsamente positivos. Entre las causas descritas se encuentran niveles altos de inmunoglobulinas, el factor reumatoide, infecciones como el VIH. En un estudio retrospectivo realizado se identificó otro posible motivo de interferencia con el péptido natriurético tipo B (proBNP), en aquellos pacientes que se había solicitado dicho marcador por seguimiento o agudización de insuficiencia cardíaca. Nuestro objetivo principal es determinar si los fármacos comúnmente empleados en la IC pueden ser una posible causa de interferencia en el TC. Para ello se estudiará la posible asociación entre los resultados falsamente positivos y los fármacos seleccionados. También se determinarán las características clínicas y demográficas de los pacientes incluidos.

Métodos: Estudio prospectivo y descriptivo, unicéntrico. Se incluirán pacientes con IC diagnosticada, tanto desde consultas externas como hospitalización en los servicios de Cardiología y Medicina Interna. La inclusión de pacientes será sucesiva desde octubre 2024 hasta abril 2025. Como criterios de exclusión tenemos: no tener IC diagnosticada y presentar diagnóstico concomitante de anemia hemolítica autoinmune. Las variables incluidas están expuestas en el apartado de resultados. Se considera falso positivo del TC aquellos que presentaron positivo en test poliespecífico con positividad en estudio monoespecífico para IgG y posterior estudio de elución negativo.

Resultados: Se recogieron datos durante el periodo de estudio de 36 pacientes para el análisis. Hubo 9 (25%) pacientes que presentaron un TC falsamente positivo y no presentaron datos asociados de hemólisis. En la tabla 1 se observan sus características basales según el resultado del TC. Las variables numéricas se describen con mediana y rango intercuartílico y las variables categóricas se describen con frecuencias relativas en porcentajes. En cuanto a los fármacos más comúnmente asociados al tratamiento de la IC, se describen los resultados obtenidos en la tabla 2. Es llamativo el alto porcentaje de pacientes que llevan diurético de asa (77,8 vs. 96,3%), iSGLT2 (66,7 vs. 85,2%) y betabloqueantes (100 vs. 77,8%), sin haber conseguido diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguno de ellos ($p > 0,05$).

Tabla 1

TC falsamente positivo (n = 9) TC negativo (n = 27)

Edad (años)	87 (77-90)	79 (71-88)
Sexo (%)		
Varón	4 (44,4%)	14 (51,9%)
Mujer	5 (55,6%)	13 (48,1%)
Tipo de IC según FEVI (%)		
Preservada	4 (44,4%)	17 (63%)
Ligeramente reducida	1 (11,2%)	1 (3,7%)
Reducida	4 (44,4%)	9 (33,3%)
Tratamiento concomitante para IC (%)		
Diurético de asa	7 (77,8%)	26 (96,3%)
Furosemida	7 (100%)	26 (100%)
Tiazida	1 (11,1%)	5 (18,5%)
Clortalidona	0	4 (80%)
Hidroclorotiazida	1 (100%)	1 (20%)
iSGLT2	6 (66,7%)	23 (85,2%)
Empaglifozina	3 (50%)	9 (39,1%)
Dapaglifozina	3 (50%)	14 (60,9%)
ARNi	2 (22,2%)	4 (14,8%)

Betabloqueante	9 (100%)	21 (77,8%)
Atenolol	1 (11,1%)	1 (4,8%)
Bisoprolol	7 (77,8%)	16 (76,2%)
Carvedilol	0	1 (4,8%)
Nevibolol	1 (11,1%)	3 (14,2%)
ARM	4 (44,4%)	10 (37%)
Espironolactona	2 (50%)	8 (80%)
Eplerenona	2 (50%)	2 (20%)
Visita a Urgencias por IC durante el año previo	4 (44,4%)	12 (44,4%)
Ingreso por IC durante el año previo	2 (22,2%)	6 (22,2%)

IC: insuficiencia cardíaca; FEVI: fracción eyección ventrículo izquierdo; ARNi: inhibidores del receptor de angiotensina/neprilisina; ARM: antagonista receptor mineralcorticoide.

Tabla 2

	TCD falsamente positivo (n = 9)	TCD negativo (n = 27)	Test de Fisher
Diurético de asa (%)	7 (77,8%)	26 (96,3%)	p = 1
Tiazida (%)	1 (11,1%)	5 (18,5%)	p = 1
iSGLT2 (%)	6 (66,7%)	23 (85,2%)	p = 0,3327

Empagliflozina	3 (50%)	9 (39,1%)	
Dapagliflozina	3 (50%)	14 (60,9%)	
ARNi (%)	2 (22,2%)	4 (14,8%)	p = 0,627
Beta-bloqueante (%)	9 (100%)	21 (77,8%)	
Atenolol	1 (11,1%)	1 (4,8%)	
Bisoprolol	7 (77,8%)	16 (76,2%)	p = 0,3026
Carvedilol	0	1 (4,8%)	
Nevibolol	1 (11,1%)	3 (14,2%)	
ARM (%)	4 (44,4%)	10 (37%)	
Espironolactona	2 (50%)	8 (80%)	p = 0,7115
Eplerenona	2 (50%)	2 (20%)	

Discusión: Existen fármacos que pueden interferir con los resultados del TC, provocando falsos positivos, tales como ciertos antibióticos o anticonvulsivantes. Sin embargo, en nuestro estudio no ha habido ningún dato de hemólisis asociado y ambos grupos llevaban en su mayoría la furosemida pautada, sin objetivar diferencias que permitan asociar el fármaco como posible interferencia del TC.

Conclusiones: No hemos encontrado diferencias significativas entre los pacientes con TC negativo y falsamente positivo y los fármacos habitualmente prescritos para su IC. Son precisos estudios con mayor tamaño muestral que permitan una evidencia más robusta para descartar o confirmar la posible interferencia entre los resultados y los fármacos descritos.