Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):1052

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

T-39. - TIEMPO EN RANGO TERAPÉUTICO EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON FÁRMACOS ANTIVITAMINA K EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

A. Ostos Ruiz, A. Hidalgo Jiménez, J. Carrasco Sánchez, C. Espejo Fernández, M. Machado Vílchez

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Resumen

Objetivos: Conocer el tiempo el rango terapéutico (TRT) en pacientes anticoagulados con fármacos antivitamina K por fibrilación auricular (FA) no valvular en situación de práctica clínica real. Evaluar variables asociadas a un correcto nivel de anticoagulación. Medir el impacto del sangrado en relación con el TRT.

Métodos: Estudio descriptivo de los pacientes anticoagulados por FA y seguidos de forma ambulatoria en un área específica de salud. Analizamos las determinaciones de INR en los últimos 6 meses y determinamos el TRT y posibles variables asociadas al control. Obtuvimos el TRT de cada paciente mediante el cálculo de la fracción del número de INR en rango terapéutico, dividido por el número total de controles durante el periodo de estudio. Realizamos un análisis descriptivo de las variables incluidas calculando frecuencia (%) para las variables cualitativas, y media (DE) o mediana (p25-p75) para las variables cuantitativas.

Resultados: Se incluyeron 74 de pacientes, todos procedentes de la misma área de salud. La edad media fue de 75,5 (8,9), siendo el 54,1% varones. El TRT medio fue de 65,22% (22,76%) con una mediana de 66% (50-83%). El número de controles durante los 6 meses fue de 7,5 (2,5). Los pacientes presentaban una mediana de CHAD2SVASC2 de 4 (3-5), y con una mediana de HASBLED de 2 (2-3). El porcentaje de pacientes con TRT > 75, 65 y 55%, fue del 31,1, 55,4 y 68,9%, respectivamente. Al analizar las variables de uso en la práctica clínica entre los pacientes con un TRT > 55%, no encontramos diferencias significativas entre ambos grupos, aunque existe una tendencia a agruparse pacientes de mayor edad en el grupo de peor control. Sin embargo, al analizar los sangrados el grupo con TRT ? 55% presentaron 6 episodios (26,1%) frente a 2 (3,9%); odds ratio 2,91 (95%IC 1,64-5,16); p = 0,004. Al analizar el HASBLED encontramos una correlación inversa con el TRT (¿ = -0,298; p = 0,017).

Discusión: El TRT obtenido en práctica clínica real es similar al de los ensayos clínicos RELY (64%) y Aristoteles (62%), y superior al ROCKET (55%). A pesar de un aceptable control de anticoagulación en general, existe un 30% con muy mal control terapéutico, coincidiendo con un aumento considerable del riesgo de sangrado. Además, el mal control terapéutico puede predecirse en los pacientes que presentan un riesgo hemorrágico elevado medido mediante la escala HASBLED. Otro aspecto de interés es el hecho de que los pacientes necesitaban más de un control mensual para permanecer en rango terapéutico, a pesar de que la mayoría llevaban más de dos años anticoagulados. Los pacientes en este subgrupo podrían beneficiarse de los nuevos anticoagulantes orales.

Conclusiones: El TRT es bastante adecuado en práctica clínica real. No encontramos variables de uso en práctica clínica rutinaria asociadas a un mal control de anticoagulación. Los pacientes con reducido TRT se relacionan con un HASBLED elevado. El grupo de pacientes con mal control presentan un elevado riesgo hemorrágico.

T-40.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR. RENTABILIDAD CLÍNICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DEL SSPA

M. Guzmán García, G. Ruiz Villena, S. Romero Salado, J. Piñero Charlo, R. Tinoco Gardón, L. Fernández Ávila, A. Rodríguez Borrell, F. Gómez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Puerto Real. Puerto Real. Cádiz.

Objetivos: Las enfermedades tromboembólica constituyen uno de los problemas de salud pública más importantes. Puede ser causa de morbilidad entre las personas adultas, siendo una patología en seguimiento y estudio por la literatura clínica. Se realiza este estudio para evaluar la incidencia y aquellas variables asociadas al paciente que sufre un trombosis venosa profunda aguda (TVP) en un hospital de tercer nivel situado en sur de España, y así valorar el impacto de esta enfermedad en nuestra región; lo que permitirá detectar aquellos factores protectores o perjudiciales presentado en estos eventos.

Métodos: Se procedió a la realización de un estudio descriptivo retrospectivo a partir de los datos obtenidos de aquellos pacientes ingresados en las distintas Unidades de Gestión Clínica en el Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz) y que precisaron de ingreso hospitalario entre las fechas de enero de 2013 a diciembre de 2013, obteniéndose los datos de dichos pacientes, seleccionándose a aquellos con el diagnóstico de "trombosis venosa profunda". Tras la obtención de los datos, se complementó una base de datos y se procedió al análisis estadístico de los datos obtenidos.

Resultados: Se procedió al análisis de los datos de los pacientes, cumpliéndose los criterios de inclusión en un total de 58 pacientes. Se estimó la estancia promedio en 8,88 ± 3,83 días, siendo la media de edad en 65,41 ± 18,65 años. El promedio de la escala de PESI 106,44 ± 36,53. Se analizó las distintas pruebas diagnósticas utilizadas para el diagnóstico y en relación a la patología tromboembólica. Dentro de nuestra muestra se obtuvieron los siguientes porcentajes de significación diagnostica en relación a su sensibilidad: ecografía doppler miembros inferiores 67,24%, angioTAC 89,47%, ecocardiograma 31,57%, ECG: 84,21% (obteniéndose S1Q3T3: 64,2%), positividad de dímero D (87,93%). Valor medio de proteína C reactiva (PCR): 4,61 mg/dl y valores de PCR > 1 mg/dl: 70,69%. Combinación de pacientes con ecocardiograma, ECG y dímero D positivos: 88,31%.

Discusión: Se observa en los resultados una gran variabilidad, presentándose un dintel en relación a la cantidad de falsos negativos obtenidos en pruebas consideradas como gold standard. Es importante la presencia de forma creciente de la ayuda de la ecocardiografía, que puede permitirnos valorar signos indirectos evitando pruebas más agresivas, observándose que la combinación de medios no invasivos puede llegar a presentar una sensibilidad similar a la aportada por medios agresivos de forma aislada. En relación a patrones inflamatorios (PCR y dímero D), se observa una correlación importante entre dichos niveles, asociándose al componente inflamatorio asociado al propio proceso, pero no siendo totalmente específico en esta patología. Este hecho nos debe hacer pensar en no desechar la confirmación y descarte del diagnóstico de TEP si intuimos una clínica compatible.

Conclusiones: Actualmente existen una múltiple gama de pruebas diagnósticas terapéuticas que nos permiten realizar un diagnóstico más certero. Pero hay que tener en cuenta que estas pruebas presentan unos niveles de sensibilidad y especificidad amplios, pero tienen un rango de falsos negativos que pueden hacer dudar en la definición del diagnóstico. Por ello, se observa la posibilidad de realizar una combinación de pruebas diagnóstica que conllevan a la aproximación diagnóstica con una mínima morbilidad, lo que nos permite en

0014-2565 / © 2014, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

el caso del paciente pluripatológico una alternativa aceptable en aquellos casos con contraindicación de pruebas invasivas.

0014-2565 / © 2014, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.