

Estimados compañeros,

El motivo de esta carta es presentaros una propuesta de trabajo: estamos intentando poner en marcha un registro de TVP en hemorragias cerebrales, un tema importante sobre el que apenas existe información.

El objetivo del trabajo es ver si mediante un registro multicéntrico llevado a cabo en hospitales de la Comunidad Valenciana podemos llegar a alguna conclusión sobre las ventajas y los riesgos de las diferentes medidas de prevención que existen, ya que actualmente no hay apenas evidencia científica a favor o en contra de ninguna de ellas que nos pueda ayudar a tomar decisiones al atender a nuestros pacientes.

El estudio consistiría en introducir en una base de datos todos los pacientes que ingresaran con una hemorragia cerebral (no HSA) y paresia de extremidades, recogiendo una serie de datos para después analizarlos. No es un ensayo clínico, es un registro, así que cada uno tratará a sus pacientes igual que lo ha venido haciendo hasta ahora.

Para detectar la existencia de TVP, la parte más importante del trabajo, sería conveniente realizar un doppler venoso, ya que muchas TVP son subclínicas (pero el riesgo de TEP es el mismo); y para que los datos sean comparables el doppler habría que hacerlo en una fecha concreta: al alta o a la semana del ingreso. Si en algún caso no fuera posible hacerlo se incluirá igualmente al paciente en la base de datos, indicando que no se ha realizado doppler.

En la mayoría de los centros habrá que contar con la colaboración de los radiólogos (o cirujanos vasculares) para realizar el doppler venoso, y evidentemente esta colaboración tiene que tener una contrapartida, así que los datos de cada centro se compartirán con los compañeros de otras especialidades que colaboren en el trabajo, para que ellos los empleen de la forma que consideren más interesante desde el punto de vista de su especialidad.

En un archivo adjunto os envío la ficha de recogida de datos, y a continuación un resumen con más información sobre el tema, criterios de inclusión etc.

Para participar en el registro, o para cualquier comentario o cuestión que tengáis respecto al trabajo, podéis enviarme un mensaje a esta dirección de email: crissorian@yahoo.es.

Los casos que vayáis introduciendo se pueden enviar en formato electrónico por email o, si lo preferís, en papel (imprimiendo la hoja de recogida de datos) por valija interna al Hospital General de Castellón:

Cristina Soriano,
Neurología 4ª planta C
Hospital General de Castellón Avda. Benicassim s/n
12004 Castellón

Yo me encargaría de introducir todos los pacientes que se incorporen al registro en una base de datos general, y en cada centro debería quedar un registro de los pacientes propios que se hayan incluido. Es importante recoger el mayor número de pacientes posibles, incluso si no se dispone de todos los datos.

Gracias por vuestra colaboración y un saludo a todos.

Cristina Soriano

INFORMACIÓN ADICIONAL

RIESGO TVP TRAS ICTUS:

Del 5%: analizando las anotaciones del médico que lleva al paciente y que identifica una TVP clínicamente.

Al 50%: trabajos diseñados para identificar TVP mediante la realización programada de ecografía o RM.

RIESGO DE TEP EN TVP:

Del 5-20% en TVP de la pantorrilla al 50% en TVP proximal.

5% de todas las muertes tempranas en ictus se han atribuido a TEP (Antiplatelet Trialists' Collaboration. BMJ 1994; 308:235-246)

Diagnóstico clínico de TVP, poco fiable: 21% TEP no tenían signos de TVP.

Diagnóstico de TVP por eco-doppler venoso:

Tiene un valor predictivo positivo cerca del 95% para TVP proximal.

En la pantorrilla, sensibilidad del 50- 75%, especificidad 95%.

Opciones de tratamiento para prevenir TVP:

Movilización / deambulacion precoz: difícil aplicación en el caso de ictus extensos, sobre todo en el caso de que sean hemorrágicos, y más si existe paresia de extremidades inferiores; más difícil su aplicación en los casos de mayor riesgo de desarrollarla.

Medias con / sin sistemas de presión: escasas evidencias.

Fármacos antitrombóticos: el tratamiento de referencia en general para prevenir TVP.

Miedo a su uso precoz por un hipotético riesgo excesivo de HIC en ictus isquémicos muy extensos o hemorrágicos.

ESTUDIOS ICTUS HEMORRÁGICO Y TVP:

JNNP 1991, 22 p: Analiza el riesgo de prevención precoz de TVP con heparina sc en pacientes con hematoma IC.

Q J Med 2000, 97 p ¿isquémicos?:

Comparan medias de compresión sin presión neumática o nada. No resultados significativos.

En marcha un estudio inglés y en Italia (CLOTS / Italian CLOTS)

Comparan el uso de medias de compresión largas / cortas en cualquier ictus:

En unos centros: medias largas / no medias

En otros centros: medias largas / cortas.

No compresión neumática

Quién lo considere oportuno utilizará además heparina.

RECOMENDACIÓN CONFERENCIA CONSENSO

(The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy: Evidence-Based Guidelines. Chest 2004;126;172-173)

Extrapoladas de evidencias obtenidas en otras patologías y de datos escasos sobre HIC.

Recomiendan el uso inicial de medias con compresión mecánica en hemorragias agudas (Grado 1C)

Sugieren iniciar heparina sc a dosis bajas en pacientes estables al 2º día del sangrado (Grado 2C)

REGISTRO TVP EN LA HEMORRAGIA CEREBRAL NO HSA: PROPUESTA DE TRABAJO

Criterio de inclusión:

Todos los pacientes que ingresen en el servicio / unidad con hemorragia cerebral (IP o IV), cualquier edad.

Criterio de exclusión:

Estado de hipercoagulabilidad conocido.

Antecedentes de TVP.

Amputación de miembros inferiores.

Protocolo:

Se dará un número a cada paciente, consecutivo: letra del hospital + nº.

Se recogerá en la base de datos del trabajo edad, sexo y datos clínicos del paciente, ningún dato personal.

En el hospital donde se trate al paciente quedará archivado que número de historia corresponde a cada número de registro del estudio, por si fuera necesario consultarla o confirmar algún dato en el futuro.

Se remite hoja de recogida de datos en archivo adjunto.