

Estimados compañeros,

Hace ya unos meses que pusimos en marcha el registro de TVP en hemorragias cerebrales y quería recordaros, antes de que llegue el verano y las vacaciones, que podéis ir enviándome los datos de los pacientes según los vayáis recogiendo. La manera más sencilla sería por valija interna, de hospital a hospital. No olvidéis guardar vosotros una copia de los registros.

Adjunto de nuevo los documentos de consentimiento informado y la hoja de recogida de datos, que han sido actualizados:

- Por recomendación del comité de ética de mi hospital he añadido a la hoja de consentimiento informado un apartado de revocación del consentimiento y una referencia a que nos ajustamos a la normativa legal sobre protección de datos. Esta nueva hoja de consentimiento sería para los pacientes que incluyerais a partir de ahora, si ya tenéis algún paciente recogido no hace falta que modifiquéis nada, solo tendrías que añadir el nuevo apartado de revocación del consentimiento en el caso de que alguno de estos pacientes ya incluidos os solicitara salir del registro.
- También he modificado ligeramente la hoja de recogida de datos, añadiendo en el apartado de analíticas el valor del índice de Quick y un nuevo apartado para que anotéis los comentarios que os parezcan relevantes.

Os recuerdo los datos de contacto:

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](mailto: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 / deambulación 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 + n°.

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.***