INVESTIGACIÓN Y CIENCIA EN HEMOSTASIS Y TROMBOSIS

ICHT

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN URUGUAY

COORDINACIÓN GENERAL: DRA. ANA MARÍA OTERO - DRA. INÉS SEVRINI

19 DE MARZO 2010 - TORRE DE ANTEL

INVESTIGACIÓN Y CIENCIA EN HEMOSTASIS Y TROMBOSIS

ASOCIACIÓN CIVIL SIN FINES DE LUCRO

La ICHT es una organización civil sin fines de lucro. Sus principales objetivos son:

1. Aumentar la calidad de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las patologías vinculadas a la trombosis y a las enfermedades hemorrágicas.
2. Difundir el conocimiento actualizado de las patologías de la Hemostasis y la Trombosis.
3. Contribuir a la formación de jóvenes interesados en esta especialidad, a través de becas y/o premios a trabajos sobre la especialidad.

AUTORIDADES DE LA ICHT

PRESIDENTE	Dra. Ana María Otero
SECRETARIA	Dra. Elena De Lisa
TESORERA	Dra. Inés Sevrini
PROSECRETARIA	Lic. en Psicología y Marketing Yannina Otero

POR MÁS INFORMACIÓN PARA SOCIOS O ASPIRANTES A SOCIOS LLAMAR AL 709 37 25

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA 35 AÑOS DESPUÉS...

Dra. Ana María Otero

Ex Profesor Agregado de Hematología de la UDELAR
Presidente de la ICHT
Premio Nacional de Medicina de Uruguay
Fellow of the ISTH

Hace unos 35 años que sabemos, gracias al estudio multicéntrico dirigido por el Profesor Kakkar, que la enfermedad tromboembólica venosa se puede prevenir en situaciones de riesgo.

Hace años también conocemos cuáles son los factores de riesgo que predisponen a un individuo a hacer una trombosis venosa y/o una embolia pulmonar.

También sabemos que la mayoría de las veces esta complicación se desarrolla en pacientes hospitalizados, es decir, bajo cuidado de sus médicos.

Los métodos para prevenir están a disposición de los médicos uruguayos.

Existen guías internacionales fácilmente accesibles a través de Internet sobre como actuar en cada caso. Y a pesar de todo esto existe una carencia muy importante de prevención tanto en pacientes médicos como quirúrgicos.

La Asociación civil sin fines de lucro Investigación y Ciencia en Hemostasis y Trombosis ve con gran preocupación estos hechos y decidió dedicar el trabajo de este año a buscar soluciones a esta carencia. Investigando las causas, creando comités intra-hospitalarios que posean sus guías aceptadas por ellos, que realicen educación continua de sus médicos y auditen periódicamente las historias clínicas.

No pueden seguir existiendo pacientes que ingresen por una patología médica o quirúrgica y salgan del hospital con un síndrome postrombótico o mueran en el hospital de una embolia pulmonar.

No puede ocurrir lo que se puede prevenir, y está mundialmente aceptado como fuera de la ética no cuidar al paciente aplicando las medidas de prevención que considere adecuadas para evitar una enfermedad tromboembólica venosa.

Entonces esa es la meta de este simposio: haremos un análisis de situación y propondremos soluciones.

ADHERENCIA DE LOS MÉDICOS URUGUAYOS A LA PREVENCIÓN DE LA ETEV

Dra. Cecilia Carrizo, Dra. Rosario Martínez, Dr. Pablo Asadurian y Dra. Inés Sevrini

Dra. Cecilia Carrizo

Prof. Adj. Clínica Médica.
Asistente de la Cátedra de Hematología del H. Clínicas.
Miembro fundador de la Comisión de Investigación y Ciencias en Hemostasis y Trombosis.
Miembro fundador de la Comisión de Hemostasis, Trombosis y Salud Cardiovascular del Sindicato Médico del Uruguay.
Representante uruguaya del grupo CLAHT

La ETEV constituye una patología con alta prevalencia en pacientes hospitalizados. A efectos de valorar la adherencia de los médicos uruguayos a la tromboprofilaxis se realizó un estudio descriptivo de corte en un centro hospitalario de formación docente, como lo constituye el Hospital Maciel. Se incluyeron pacientes > a 18 años internados en salas de cirugía, medicina, neurología y neurocirugía, excluyéndose aquellos con indicación de anticoagulación por otras patologías: FA, TEP, o TVP en curso.

Los objetivos fueron: determinar el grado de adherencia del médico a la indicación de tromboprofilaxis , analizar los factores de riesgo que el médico no consideró de relevancia para ETEV, buscar una respuesta a su no indicación por parte del personal médico a cargo.

Se incluyeron 160 pacientes: 58 quirúrgicos (preoperatorio 25, postoperatorio 33) y 102 pacientes médicos. Los resultados evidenciaron que NO se realizó tromboprofilaxis en 6 (75 %) de 8 que tenían indicación en el preoperatorio y en 15 (68 %) de los 22 con indicación en el postoperatorio. Referente al 2do punto de los objetivos destacamos que en ninguna historia clínica estaba consignado: patología varicosa, antecedentes personales de TVP, trastornos tróficos, antecedentes familiares de ETEV, y se confirma una sobrevaloración de la deambulación. Con respecto al motivo de NO tromboprofilaxis, la mayoría del personal encuestado manifestó estar de acuerdo con su indicación pero no tenerlo incorporado a la práctica diaria, "no ver" esta complicación en la magnitud que se describe. Pasando al análisis de los pacientes médicos (102), presentaban indicación de tromboprofilaxis 35 de ellos, pero NO se indicó la misma en 18 (51, 4 %) de los cuales 8 (44,4%) presentaban una patología neurológica: stroke isquémico y mielopatía c/plejia, polineuropatía c/paraparesia. En solo 2 del total de las mujeres ingresadas estaban consignados los antecedentes ginecoobstétricos destacando que no se reconocen estos factores como riesgo para ETEV (ACO, terapia de remplazo hormonal, etc.). Se analizaron los costos actuales de tromboprofilaxis por un lapso mínimo de 10 días vs. estudios diagnósticos básicos y tratamiento de ETEV, reafirmando el beneficio ampliamente a favor de la prevención. A esto hay que sumarle la repercusión laboral, social, disminución de la productividad y el costo vital por poner en riesgo la vida del paciente. Si comparamos nuestros resultados con los del estudio ENDORSE y otros estudios nacionales realizados en el 2002 y en el 2007 concluimos: -La adherencia de los médicos uruguayos a la tromboprofilaxis ha mejorado en los últimos años pero aún es baja, fundamentalmente en los pacientes quirúgicos. -Si bien hay una mayor concientización de su importante instrumentación, no está incorporada a la práctica diaria. -En los pacientes "médicos" existe una mayor concientización de la misma. -Teniendo en cuenta que la ETEV en el paciente hospitalizado es una patología prevenible, es responsabilidad del equipo tratante, siendo necesaria la educación médica continua.

FORMACIÓN DE COMITÉ DE VIGILANCIA EN LA PREVENCIÓN DE LA ETEV EN HOSPITALES

Dr. Pablo Asadurian

Cardiólogo - Internista - Prof. Adj. de Cardiología
Prof. Adj. de Clínica Médica - Miembro fundador de la comisión de Investigación y Ciencias en Hemostasis y Trombosis

Analizaremos 3 aspectos: 1. importancia del tema; 2. funciones; 3. sugerencias.

1 - La incidencia de la ETEV en pacientes hospitalizados ha sido analizada en varios trabajos nacionales e internacionales, y todos concluyen en la alta incidencia de ETEV. En pacientes médicos es de aproximadamente 10 – 20%, quirúrgicos 15 – 40 %, stroke 50%, politraumatizados 40 - 80%, lesión de medula espinal 60 – 80%. Reconocer los factores de riesgo de cada uno de estos pacientes nos permitirá realizar una adecuada profilaxis, más sabiendo que el 40% de los pacientes internados tienen al menos 3 factores de riesgo para ETEV. La adherencia de los médicos a la tromboprofilaxis es baja, allí se esgrimen algunas causas para ello como ser: el desconocimiento de los factores de riesgo, el no reconocer esta complicación en pacientes internados, el temor al sangrado, etc. La creación de un comité de tromboprofilaxis y la necesidad de que cada institución cuente con una política dirigida a la prevención de la ETEV, son indicación clase 1 A de la ACCP, en la última actualización publicada en la revista Chest 2008. 2. Las funciones de esta comisión deben estar dirigidas a lograr mayor adherencia de los médicos a esta indicación, para ello debe existir un apoyo institucional, informático, discusión de casos clínicos, crear pautas de trabajo, los médicos deben aprender a reconocer los pacientes de riesgo alto y muy alto de ETEV. Integrar en las jornadas de capacitación a enfermería, pues creemos que ellas son un puntal importante para lograr mejorar la prevención, especialmente la deambulación precoz. Esta comisión debe participar en la selección de las drogas que se utilizan en cada institución con este fin y debe estar integrada por un equipo multidisciplinario, e interdisciplinario en donde interactúen cirujanos, internistas, hematólogos, cardiólogos, neurólogos, neurocirujanos, etc. 3. Cada servicio debe tener una estratificación de riesgo clara, para facilitar el uso de la Tromboprofilaxis. Nosotros como grupo de trabajo proponemos la utilización de una escala de riesgo para adjuntar a las historias clínicas desde el mismo momento en que ingresa el paciente. Hemos tomado como referencia la escala de Joseph A. Caprini, a la que le hemos realizado algunas modificaciones que facilitan su aplicación en la práctica clínica, desde la cual surge un score de riesgo y de él, la indicación de tromboprofilaxis.

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA, CONSECUENCIAS EN AGUDO Y A LARGO PLAZO

Dr. Pablo Muxi

Profesor Agregado de Hematología
Hematólogo e Internista

La enfermedad tromboembólica venosa tiene una alta frecuencia, es la causa más común de muerte hospitalaria, y es prevenible. Esto último debe de ser resaltado ya que determina consecuencias en agudo y a largo plazo.

Las consecuencias agudas de una trombosis venosa profunda, o de un tromboembolismo pulmonar son manejadas diariamente por el médico internista, el intensivista y el hematólogo en su práctica hospitalaria. Las secuelas que estas dos entidades pueden generar, son de manejo en policlínica y determinan un severo deterioro en la calidad de vida de quien las sufre.

Centraremos nuestra exposición en el síndrome postrombótico de miembros inferiores y en la hipertensión pulmonar por embolismo crónico. Estas dos consecuencias de la enfermedad tromboembólica aguda deterioran el bienestar de los pacientes, generan un gasto permanente a las instituciones médicas, y son de difícil resolución. Se analizará la frecuencia, la patogenia, la presentación clínica, el diagnóstico y el tratamiento de las mismas.

Estas patologías se evitan con una adecuada prevención de la trombosis. Esta prevención beneficia en primer lugar al paciente y en segundo lugar al sistema de salud, ya que está ampliamente demostrada la adecuada relación costo beneficio de su profilaxis.

ESTRATRIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA ETEV

Dra. Inés Sevrini

Hematóloga - Internista
Profesor Adjunto
de Medicina
Tesorera de la ICHT

La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) es un problema grave de salud. Es necesario tomar conciencia, no sólo por el personal de salud, médicos, enfermeros, etc., sino por las autoridades de las instituciones asistenciales y las autoridades sanitarias que están rigiendo en el país.

El riesgo de ETV en pacientes hospitalizados es alto, de entre un 10 y 20 %, pero en determinadas circunstancias es mayor aún: cirugía traumatológica de cadera y rodilla, stroke, cirugía mayor, politraumatizado grave, paciente crítico.

La ETV es una enfermedad de alta prevalencia en el paciente hospitalizado y es prevenible.

Es la primera causa de muerte por complicación en los hospitales de agudo. El número anual de muertes supera a las muertes por cáncer, SIDA y accidentes de tránsito.

Las complicaciones de la ETV, recurrencia, síndrome postflebítico, hipertensión pulmonar crónica, insuficiencia cardíaca derecha, son graves, invalidantes y sumamente costosas para el pacientes y también para el sistema de salud.

Estudios realizados en otros países muestran que la frecuencia de la ETV aproximada es de 100 de cada 100.000 personas.

Existen múltiples factores de riesgo, pero debemos destacar los de mayor riesgo: antecedente de ETV, cirugía traumatológica, cirugía mayor, reposo e inmovilización, los pacientes en estado crítico y el cáncer.

En estudios necrópsicos de TEP se demostró fuente embolígena sólo en el 83% pero de estos sólo en un 20% de los casos hubo sospecha clínica de su presencia. Una correcta prevención disminuye la incidencia de ETV en un 80% en diversas situaciones clínicas y quirúrgicas.

Por lo tanto, el reconocimiento de los pacientes y la correcta valoración de la situación de riesgo de ETV mediante la puntualización de los riesgos y realizando un score que será bajo, moderado y alto, nos permite realizar una correcta (inicio, dosis y duración) tromboprofilaxis, de acuerdo a la situación clínica de cada paciente.

Realizamos una propuesta para su implementación en el sistema nacional de salud, solicitando la colocación de una planilla de volcado de datos y con la puntuación para calcular el score en cada paciente. Así el médico tratante podrá realizar la indicación de tromboprofilaxis ajustada a cada situación clínica.

Es importante jerarquizar que el tratamiento tromboprofiláctico reduce la morbimortalidad a corto y largo plazo y disminuye los costos del tratamiento y de las complicaciones por esta causa.

¿SON IGUALES TODAS LAS HBPM?

Dra. Elena De Lisa y Dra. Ana María Otero

Dra. Elena De Lisa

Hematóloga, Secretaria Científica de la ICHT
Hematóloga, Internista,
Ex Profesor Agregado de Hematología,
Presidente de la ICHT

Las HBPM son drogas derivadas de la Heparina madre o no fraccionada (HNF). Fueron descubiertas luego que el Profesor Kakkar en 1975 puso en evidencia que la heparina tiene una acción antitrombótica independiente de la actividad anticoagulante. De esa manera los estudios sucesivos de la molécula de HNF pusieron en evidencia que a medida que bajamos el número de sacáridos de la HNF, ésta conserva su actividad antitrombótica pero disminuye o desaparece su actividad anticoagulante. La mayoría de las HBPM tiene una actividad Anti-Xa y una actividad anti-IIa cercana a 3/1 o 4/1. Desde entonces numerosísimos estudios clínicos se llevaron a cabo para determinar la efectividad y seguridad de estas drogas. En el caso de la Enoxaparina, el número de estudios clínicos es tan grande que supera los de todas las demás juntas. Existen muchas HBPM innovadoras, pero todas diferentes; porque la molécula de cada HBPM depende del proceso de manufacturación de la HNF. Por lo tanto, todas son diferentes entre sí y no debe extrapolarse el resultado de una a las otras. Esa es la razón por la cual cada una debió realizar sus estudios. En nuestro país existe la Enoxaparina innovadora que fue la primera en entrar al mercado, la nadroparina y el Fondaparinux. Todas son drogas innovadoras, eso significa que son las originales con las cuales se realizaron todos los estudios. Durante muchos años (hace más de 20 para Enoxaparina), estas drogas cambiaron los tratamientos anticoagulantes, pues su riesgo de sangrado es menor, siendo fáciles de administrar por vía subcutánea. Actualmente la experiencia mundial es enorme y podemos decir que son efectivas y seguras habiendo pasado la fase 4 de la investigación. Vencida la patente de Enoxaparina (luego pasará lo mismo con las más nuevas), comenzaron a producirse por parte de otras empresas nuevas enoxaparinas cuya materia prima procede de lugares lejanos, como por ejemplo la India. Las plantas de donde se obtienen la materia prima, a partir del intestino de los cerdos, no sabemos si están en condiciones de ser auditadas por algún por Organismo Internacional. Ignoramos también el proceso de manufacturación. Ignoramos si se han hecho estudios de toxicidad. Pero lo más importante es que aunque todos esos aspectos sean correctos, una droga de origen biológico no puede introducirse en la clínica sin tener estudios clínico-randomizados doble ciego con un buen diseño que asegure que es efectiva, y que es segura. Y cuando hablamos de segura nos estamos refiriendo a los sangrados y nos estamos refiriendo muy especialmente a la inmunogenicidad que pueden provocar. Todo lo que hemos dicho esta avalado por la EMEA. También es importante saber que estas drogas no están aprobadas por la FDA ni la EMEA, los dos organismos más importantes en el control de drogas a nivel mundial. Frente a ésta situación que está planteada en nuestro país la ICHT desaconseja el uso de HBPM biosimilares que no tengan los estudio clínico requeridos.

TRABAJO MULTICÉNTRICO SOBRE PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS. ¿SE TOMA EN CUENTA EL CARÁCTER ACUMULATIVO DE LOS FACTORES DE RIESGO?

Dra. Rosario Martínez

Internista
Profesor Adjunto de Medicina

Dres: Gerardo Pérez - Asistente Clínica Médica "C"
Magdalena Estévez - Asistente Clínica Médica "C"
Juan Alonso - Prof. Agdo. Clínica Médica "C"
Dra. Rosario Martínez - Ex – Prof.Adj. Clínica Médica "C"
Dra. Adriana Belloso García - Clínica Médica "C" Prof.
Departamento Clínico de Medicina. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina.

Resumen

La ETEV es una complicación frecuente en el paciente hospitalizado y 3 estudios multicéntricos demuestran que es prevenible.

Objetivos:

Sobre la indicación de profilaxis venosa, conocer: el porcentaje que la recibe, cuál es el factor de riesgo más frecuentemente identificado y si se consideran los factores de riesgo acumulativo.

Materiales y métodos:

La población – 316 – proviene de los pacientes medico quirúrgicos internados en áreas de cuidados moderados de tres centros de Montevideo, realizándose la recolección de datos en 3 días consecutivos de octubre de 2006.

Resultados:

El 18% de la población de alto riesgo recibió profilaxis.

La ETEV previa y el reposo fueron los factor más frecuentemente identificado para iniciar la tromboprofilaxis ($p<0.01$).

No encontramos diferencias entre las frecuencias de indicación de profilaxis entre pacientes de alto riesgo (score≥4) y los de bajo a moderados riesgo (score<4) (18% vs 18%).

Conclusiones:

La indicación de profilaxis venosa sigue siendo baja, el reposo y la ETEV previa son los factores de riego más frecuentemente identificados, no tomándose en cuenta los factores de riesgo acumulados

Palabras clave: enfermedad tromboembólica venosa (ETEV), factores de riesgo, riesgo acumulativo.