Artículo de evidencia científica.

Grupo 8. Ponente Dra Silmar Urangas, residente de 3er año.

Dr Eduardo Quintana residente 2do año, relator.

Resto de equipo: Dr Reinaldo Arias, Dr Christian Sánchez.

En pacientes con TEP agudo de riesgo intermedio, la intervención percutánea guiada por catéter versus trombólisis sistémica. ¿Reduce mortalidad y complicaciones cardiovasculares intrahospitalaria a los 30 días?

Intervenciones.

Dra Raquel Gonzales: pregunta ¿Qué es el índice de prospección? dirigido a R1-R2

Dr Eduardo Quintana: Es un método utilizado para equiparar la N de pacientes y poder comparar los grupos.

Dra Raquel Gonzales: Guiado por la N, la trombólisis guiado por catéter es la mitad, según score de prospección, no hubo diferencia entre las poblaciones de alto riesgo en relación al tabla 2, en pacientes con riesgo intermedio alto.

Dra Raquel Gonzales: No especifican tipo de sangrado en el artículo, si es mayor o menor, por lo cual es mejor concluir que se desconoce la causa de la extensión de hospitalización en pacientes CDT.

En lista de cotejo Dra Raquel especifica el periodo suficiente de estudio es en relación al seguimiento 30 días – 6 meses, manteniendo como respuesta SI.

Dra Raquel Gonzales: Índice de prospección le da el peso estadístico. Estos procedimientos van evolucionando con curva de aprendizaje en las manos para pacientes que presentaron más hemorragias en comparación a los otros.

Dra Aiza Gauna: Faltan estadisticos que nos permitan analizar de una forma más completa, omitir la palabra "carece de significancia estadística".

Dr Anibal: ¿Qué considera en relación a sangrado GI mencionado en el grupo?

Dra Falcone: Lamentable que no se haya logrado determinar cual es la naturaleza de la principal sangrado mayor, dilucidar – explicar el sangrado mayor, que mencionan en el artículo, se sabe que la hemorragia intracraneal es importante; también existen criterios internacionales para estadiar el sangrado mayor, en el artículo no utilizaron dicho criterio. Se considera sangrado mayor a sangrado incracraneano y que involucren órganos nobles o que ameriten trasfusión de 2 o más concentrados globulares; mencionaron el sangrado GI, que probablemente fue una de los mayores eventos adversos que tuvieron relacionado al sangrado, sin embargo limita a corto plazo el tipo de anticoagulación utilizar, además, llama la atención que se supone que en la trombólisis guiada por catéter se deberían utilizar dosis menores y a pesar de eso la taza de sangrado mayor es importante, en la trombólisis guiada la dosis es menor, dirigida al tronco y en un tiempo prudencial, se plantea paradójico por mayor taza de sangrado en vista que TS es lo que de distribución tendría un sangrado mayor, valdría la pena para el cierre – discusión dilucidar esta duda, según las características del

paciente. No considera que un paciente con coagulopatía (pro trombótica) o tratamiento anti coagulante tampoco por uso de anticoagulante post trombólisis, llamando a la duda de que situación podría pre – disponer a un paciente a presentar sangrado, el uso de antiagregante si pudiera aumentar probabilidad de sangrado.

Dr Reinaldo A: Cuando decidieron considerar manejo de pacientes de los que recibieron sistémica excluyeron como Stroke, los que no consideraron a estos pacientes, plantean en ambos haber realizado lo mismo, visualmente en los sistémicos presentaron stroke primario.

Dr Anibal: La Artritis reumatoidea pacientes con medicamentos gastrolesivos que pudieran aumentar riesgo de sangrado.

Dra Raquel Gonzáles: Resalta la importancia de codificar y registrar pacientes según las patologías

Dra Aiza Gauna: El aporte que nos da el estudio para entender la importancia clínica de registrar las patologías.