

SÍNDROME POSTROMBÓTICO: VALIDACIÓN DE UNA ESCALA TELEFÓNICA COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA*

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 1515-3460

Buenos Aires

Vol 2 | Núm 3 | Sept 2014

Páginas 33-38.

Recibido: 17/02/2014

Aceptado: 16/04/2014

POSTROMBOTIC SYNDROME: VALIDATION OF A TELEPHONE SCORE AS DIAGNOSTIC TOOL

¹María Lourdes Posadas-Martínez, ²Valeria Pazo, ³Fernando Javier Vázquez, ⁴Jorge Arbelbide, ⁵Gabriel Darío Waisman, ⁶Fernán Bernaldo De Quirós, ⁷Diego Hernán Giunta.

¹ Médica. Área de Investigación en Medicina Interna, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. maria.posadas@hospitalitaliano.org.ar.

² Médica. Departamento de Medicina Interna, Brigham and Women's Hospital, Boston. EE.UU. vpazo@partners.org.

³ Médico. Doctor en medicina. Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. fernando.vazquez@hospitalitaliano.org.ar.

⁴ Médico. Sección de Hematología, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. jorge.arbelbide@hospitalitaliano.org.ar.

⁵ Médico. Servicio de clínica médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. gabriel.waisman@hospitalitaliano.org.ar.

⁶ Médico, magister. Área de Investigación en Medicina Interna, Servicio de clínica médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. fernan.quirós@hospitalitaliano.org.ar.

⁷ Médico, magister. Área de Investigación en Medicina Interna, Servicio de clínica médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. diego.giunta@hospitalitaliano.org.ar.

*El trabajo fue presentado como poster en el Congreso Argentino de Medicina SAM 2010 – Buenos Aires, Argentina.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Ma. Lourdes Posadas-Martínez.
Perón 4190, 2° piso -C1199ABB.
TE+54-11-4959-0200 int 4419.
maria.posadas@hospitalitaliano.org.ar

RESUMEN

Introducción El SPT es una condición clínica que afecta hasta el 50% de los pacientes luego de una TVP. Su ocurrencia es independiente de la anticoagulación adecuada y genera un alto costo asistencial. La escala de Villalta es una herramienta de uso clínico validada para el diagnóstico y seguimiento del SPT. **Objetivo** Evaluar la validez de la administración telefónica de la escala de Villalta para el diagnóstico de SPT. **Materiales y método** Corte transversal de Agosto 2009 a Marzo 2010 de pacientes > 17 años con TVP de miembros inferiores incluidos en el Registro Institucional de Enfermedad Tromboembólica (RIET) en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Fueron evaluados telefónicamente 236 pacientes en búsqueda del SPT utilizando una adaptación del cuestionario de Villalta. *A posteriori*, estos pacientes fueron evaluados independientemente en forma ciega por dos médicos internistas utilizando la escala clínica de Villalta. **Resultados** El 19 % tuvo diagnóstico telefónico de SPT, 59 % (138) eran de sexo femenino con una mediana de edad 72 años (RI 20). Los kappa de acuerdo entre la adaptación telefónica y el score de Villalta fueron estadísticamente significativo para los ítems: pesadez, dolor, prurito, calambre y edema. La correlación entre ambos scores es 0,52 (coeficiente de Spearman, $p = 0,007$). La consistencia interna de Villalta validada ($n = 32$) fue $\alpha = 0,82$ y para Villalta telefónico ($n = 170$) $\alpha = 0,75$. **Conclusiones** La adaptación del score de Villalta sería potencialmente una herramienta clínica válida para el diagnóstico del SPT. Es necesario un tamaño muestral mayor para probar la validez de la escala telefónica.

PALABRAS CLAVE Enfermedad tromboembólica venosa, síndrome trombótico *post*, la trombosis venosa profunda.

ABSTRACT

INTRODUCTION Post-thrombotic syndrome (PTS) is a chronic condition affecting up to 50% of patients after a TVP event. Its incidence is independent of adequate anticoagulation, and poses a high cost burden on the medical system. The Villalta scale is a validated clinical tool to diagnose and follow-up patients with SPT. **Objective** To assess the validity of an adapted telephonic tool for the diagnosis of PTS. **Methods** Cross-sectional study of patients >17 years with a diagnosis of lower extremity DVT, included in the Institutional Registry of thromboembolic disease (IRTID) of the Italian Hospital of Buenos Aires, from August 2009 to March 2010. Patients were assessed by telephone for the presence of PTS with an adaptation of the Villalta questionnaire. These patients were evaluated independently by 2 certified internists with the Villalta questionnaire. **Results** Of 236 patients with DVT, 19% were diagnosed with PTS with the adapted telephonic questionnaire. Fifty nine percent (138) were females and the median age was 72 years. Agreement between the telephonic adaptation and Villalta questionnaire was significant for the items heaviness, pain, itching, cramping and edema. Correlation between both questionnaires was 0.52 (Spearman coefficient, $p = 0.007$). Cronbach alpha for internal consistency was 0.82 ($n = 32$) for the Villalta scale and 0.75 ($n = 170$) for the telephonic adaptation. **Discussion** The telephonic adaptation of the Villalta scale is potentially a valid clinical tool for the diagnosis of PTS. Further studies to address the full validity of the telephonic questionnaire will need to be done with more patients.

KEY WORDS: Venous thromboembolism, post thrombotic syndrome, deep vein thrombosis.

Introducción

El síndrome posttrombótico (SPT) es un síndrome clínico crónico caracterizado por edema, dolor, ectasias venosas e induración de la piel, en pacientes que han padecido una trombosis venosa profunda (TVP) (1). El SPT es la complicación más frecuente de la TVP, con una incidencia acumulada a los 2 años del 49 %. Además el 12 % de los pacientes con SPT padecerá manifestaciones severas a los 5 años (2).

Si consideramos el envejecimiento progresivo de la población y que la TVP aumenta su incidencia con la edad, se puede proyectar una mayor prevalencia del SPT en la población general (3).

En términos económicos el SPT afecta de manera directa al sistema de salud (4). Un estudio americano estima que el costo anual de SPT es de 200 millones de dólares, y uno brasilero estima que el costo medio anual de tratar a un SPT de leve-moderado es de 426 dólares y 1.188 para el severo (5,6).

La calidad de vida de los pacientes con SPT se encuentra significativamente comprometida en comparación con aquellos que tuvieron TVP sin SPT. Mas aun, estos pacientes tiene peor calidad de vida que aquellos que tienen otras enfermedades crónicas como artritis y EPOC (7).

En 1994 Villalta describió una escala útil para la estandarización del diagnóstico clínico del SPT(8). Esta escala tiene alta especificidad, buena correlación con marcadores anatómicos y fisiológicos de SPT, poca variabilidad inter observador y es útil para valorar los cambios clínicos en la evolución temporal (9).

A pesar de los avances importantes en la investigación y publicación sobre el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la ETV, el SPT no ha recibido la misma atención (10).

En nuestra institución concurren dos factores importantes, por un lado es un hospital de comunidad de alta complejidad, a donde son derivados pacientes con diferentes patologías desde todo el país para su diagnóstico y tratamiento que luego regresan a su lugar de origen, donde continúan su atención médica localmente. En nuestra institución concurren dos factores que nos permiten captar una cantidad significativa de casos potenciales de SPT. Primero, el HIBA es un hospital de comunidad de alta complejidad localizado en CABA que asiste a una población diversa y recibe un gran flujo de pacientes derivados. Por otro lado, el Registro Institucional de Enfermedad Tromboembólica (RIET) permite la captura sistemática y el seguimiento de pacientes con TVP.

Como el SPT se desarrolla tardíamente, habitualmente entre los 12 y 24 meses, es muy difícil realizar el seguimiento clínico directo para valorar el desarrollo de SPT en aquellos pacientes que viven a grandes distancias de la Ciudad de Buenos Aires.

Contar con una herramienta que permita evaluar a los pacientes a distancia, de manera telefónicamente, podría ser de utilidad

para seleccionar a aquellos con mayor probabilidad de padecer un SPT, detectarlos precozmente, ya sea con finalidad asistencial como para investigación.

Por otro lado, la instrumentación de una herramienta diagnóstica telefónica de fácil implementación, económica y rápida, permitiría obtener una idea mas exacta de la prevalencia real del SPT y hacer más factible el seguimiento de los pacientes que no pueden concurrir por razones de distancia o económicas a una consulta médica luego del diagnóstico de TVP.

Nuestro objetivo es evaluar la validez de una escala telefónica como herramienta diagnóstica de síndrome posttrombótico en pacientes que han padecido una TVP.

Materiales y Métodos

SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Se realizó un estudio de corte transversal durante el período Agosto 2009 y Marzo 2010. Se evaluaron pacientes mayores a 18 años incluidos consecutivamente en el Registro Institucional de Enfermedad Tromboembólica Venosa (RIET) en el Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA), con diagnóstico confirmado de TVP de miembros inferiores realizado entre 06/2006 y 12/2008.

El estudio se llevó a cabo en el HIBA, un hospital universitario de alta complejidad que cuenta con un sistema prepago de cobertura médica de aproximadamente 160.000 afiliados (Plan de Salud del HIBA, PS).

El RIET funciona como un sistema integrado de procesos de detección de pacientes, captura y recolección de datos estandarizados en un manual de procedimientos (http://www2.hospitalitaliano.org.ar/clinica/medica/MPRISv2_09.pdf) con el objetivo de maximizar la calidad de los datos recolectados. El registro, su consentimiento informado oral fueron evaluados y aprobados por el comité de ética independiente del HIBA.

De los 546 pacientes incluidos en el registro de enfermedad tromboembólica del Hospital Italiano con diagnóstico de TVP de miembro inferior, el 43 % (236) fueron evaluados telefónicamente con una adaptación del cuestionario de Villalta. El resto se excluyó del análisis por pérdida de seguimiento, negativa a participar ó fallecimiento (Figura 1).

Para realizar la validación general, los pacientes previamente evaluados telefónicamente fueron randomizados mediante aleatorización simple y evaluados en consultorio en forma ciega y por 2 médicos especialistas en Medicina Interna que administraron el cuestionario de Villalta con un punto de corte para diagnóstico de más de 4 puntos y graduando su severidad de 0 a 45. Se evaluaron con la escala de Villalta 45 pacientes.

INFORMACIÓN TÉCNICA

El proceso de validación constó de dos etapas:

1. Construcción del cuestionario telefónico

La encuesta telefónica se desarrolló en base a la escala de Villalta. Esta consta de 2 apartados, considerando uno 5 síntomas referidos por el paciente (dolor, calambres, pesadez, picazón, adormecimiento) y 6 signos clínicos (edema, rubicundez, induración de la piel, hiperpigmentación, ectasia venosa, y dolor a la compresión del gemelo) (8). El diseño del cuestionario se basó en los ítems originales de la escala de Villalta, donde se conservaron el orden de las preguntas y el contenido con modificaciones en la terminología haciéndolo más coloquial y formulada como pregunta. Se graduó la severidad de 0-3 (ausente-leve-moderado-severo) a través de una pre-

gunta que surgió del consenso previo entre 5 médicos clínicos (Anexo 1). Síntomas: la severidad fue evaluada por criterios temporales, de funcionalidad o puntaje asignado por el paciente acorde al tipo de síntoma. Signos: la severidad fue evaluada por criterios de funcionalidad, extensión o puntaje asignado por el paciente acorde al tipo de signo. La validez de contenido y *face validity* del cuestionario fue evaluado por especialistas en medicina interna. Posteriormente, se realizaron entrevistas cognitivas con pacientes con TVP para identificar la adecuación de la terminología coloquial, la correctitud y comprensibilidad del enunciado, si existían resistencias psicológicas o rechazo hacia algunas preguntas y si la duración estaba dentro de lo aceptable por los encuestados. Para evaluar el instrumento, se realizó una prueba piloto con 20 pacientes previamente a la implementación definitiva del instrumento. Posteriormente, la encuesta para la validación telefónica estuvo administrada por médicos entrenados a pacientes con trombosis venosa

ANEXO 1. SÍNDROME POSTROMBÓTICO. SE REALIZARÁ LA EVALUACIÓN TELEFÓNICA A TODO PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DOCUMENTADO DE TVP DE MIEMBROS INFERIORES. SE INTERROGARÁ SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE AFECTEN AL MIEMBRO CON TVP DIAGNOSTICADA PREVIAMENTE. SE CONSIGNARÁ PARA CADA SIGNO Y SÍNTOMA UN PUNTAJE DE 0 [AUSENTE], 1 [LEVE], 2 [MODERADO], 3 [SEVERO]. SE CONSIGNARÁ COMO SÍNDROME POSTROMBÓTICO SI TIENE > = 4 PUNTOS.	
A1- Marque el miembro afectado <input type="checkbox"/> Miembro inferior derecho <input type="checkbox"/> Miembro inferior izquierdo	
Síntomas clínicos	
A 2- Siente que su pierna está mas pesada que antes de la trombosis? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	A 3- ¿Cómo describiría la pesadez? <input type="checkbox"/> Ausente: 0 <input type="checkbox"/> Leve: no me afecta en absoluto: 1 <input type="checkbox"/> Moderada: es molesto pero me permite caminar normalmente 2 <input type="checkbox"/> Severa: me dificulta caminar: 3
A 4- Tiene dolor en la pierna que tuvo la trombosis? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	A 5- ¿Qué valor le daría al dolor? En un puntaje del 1 al 10, siendo 10 un dolor insostenible y 0 ningún dolor, que puntaje le daría? <input type="checkbox"/> Ausente 0 <input type="checkbox"/> Leve: puntaje del 1 al 3 inclusive: 1 <input type="checkbox"/> Moderada: puntaje del 4 al 7 inclusive: 2 <input type="checkbox"/> Severa: puntaje del 8 al 10 inclusive: 3
A 6- Tiene calambres en la pierna que tuvo trombosis? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	A 7- ¿Con qué frecuencia se presentan los calambres? <input type="checkbox"/> Ausente 0 <input type="checkbox"/> Leve: 1-vez por semana 1 <input type="checkbox"/> Moderada: varias de la semana 2 <input type="checkbox"/> Severa: continuos 3
A 8- ¿Le pica la pierna donde tuvo la trombosis? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	A 9- ¿Con qué frecuencia le pica la pierna? <input type="checkbox"/> Ausente 0 <input type="checkbox"/> Leve: 1-vez por semana 1 <input type="checkbox"/> Moderada: varias de la semana 2 <input type="checkbox"/> Severa: continuos 3
A 10- Tiene sensación de hormigueo o adormecimiento en la pierna con la trombosis? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	A 11- ¿Con qué frecuencia se presentan estos síntomas? <input type="checkbox"/> Ausente 0 <input type="checkbox"/> Leve: 1-vez por semana 1 <input type="checkbox"/> Moderada: varias de la semana 2 <input type="checkbox"/> Severa: continuos 3

Signos	
A 12- Se le hincha la pierna en la que tuvo la trombosis? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	A 13- ¿Cómo describiría el hinchazón? <input type="checkbox"/> Ausente: 0 <input type="checkbox"/> Leve: no me afecta en absoluto: 1 <input type="checkbox"/> Moderada: es molesto pero me permite caminar normalmente 2 <input type="checkbox"/> Severa: me dificulta caminar: 3
A 14- Nota endurecimiento de la piel de la pierna que tuvo el trombo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	A 15- ¿Cómo describiría el endurecimiento? <input type="checkbox"/> Ausente: 0 <input type="checkbox"/> Leve: tiene el tamaño de 1 palma de la mano: 1 <input type="checkbox"/> Moderada: tiene el tamaño de 2 palmas: 2 <input type="checkbox"/> Severa: tiene el tamaño de mas de 2 palmas: 3
A 16- Notó enrojecimiento de la piel en la pierna que tuvo el trombo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	A 17- ¿Cómo lo describiría a este cambio? <input type="checkbox"/> Ausente: 0 <input type="checkbox"/> Leve: tiene el tamaño de 1 palma de la mano: 1 <input type="checkbox"/> Moderada: tiene el tamaño de 2 palmas: 2 <input type="checkbox"/> Severa: tiene el tamaño de mas de 2 palmas: 3
A 18- Notó en la pierna que tuvo el trombo una coloración azulada o violácea? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	A 19- ¿Cómo lo describiría a este cambio? <input type="checkbox"/> Ausente: 0 <input type="checkbox"/> Leve: tiene el tamaño de 1 palma de la mano: 1 <input type="checkbox"/> Moderada: tiene el tamaño de 2 palmas: 2 <input type="checkbox"/> Severa: tiene el tamaño de mas de 2 palmas: 3
A 20- Notó en la pierna que tuvo el trombo varices nuevas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	A 21- ¿Cómo lo describiría a este cambio? <input type="checkbox"/> Ausente: 0 <input type="checkbox"/> Leve: del largo de 1 palma de la mano: 1 <input type="checkbox"/> Moderada: del largo del tamaño de 2 palmas: 2 <input type="checkbox"/> Severa: del largo del tamaño de mas de 2 palmas: 3
A 22- Si se aprieta la pantorrilla que tuvo el trombo le provoca dolor? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	A 23- ¿Cómo describiría el dolor? En un puntaje del 1 al 10, siendo 10 un dolor insostenible y 0 ningún dolor, que puntaje le daría? <input type="checkbox"/> Ausente 0 <input type="checkbox"/> Leve: si le da puntaje del 1 al 3 inclusive: 1 <input type="checkbox"/> Moderada: si le da un puntaje del 4 al 7 inclusive: 2 <input type="checkbox"/> Severa: si le da un puntaje del 8 al 10 inclusive: 3
A 24- Notó en la pierna que tuvo el trombo úlceras nuevas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	A 25- ¿Cuán grande son las úlceras? <input type="checkbox"/> Ausente: 0 <input type="checkbox"/> Leve: tiene el tamaño de 1 palma de la mano: 1 <input type="checkbox"/> Moderada: tiene el tamaño de 2 palmas: 2 <input type="checkbox"/> Severa: tiene el tamaño de mas de 2 palmas: 3
A 26 Síndrome postrombótico Se consignará como síndrome postrombótico si tiene > = 4 puntos. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	

profunda de miembros inferiores, la duración estimada de la misma fue de 10 minutos. Previamente, se aclararon las posibles dudas y se consensuaron el contexto y la estructura de la llamada telefónica con el cuestionario.

2. Validación de la encuesta telefónica

De los pacientes evaluados telefónicamente, un grupo fueron citados a un consultorio donde fueron evaluados a través de la aplicación de la escala de Villalta en forma ciega por dos médicos internistas.

ESTADÍSTICA

El cálculo muestral se realizó con el método de nomograma de Norman (11): se requerirá 100 pacientes para una prevalencia estimada de 40 %, con un IC de 90-95 % y con una sensibilidad 95 %.

Se presenta el análisis descriptivo expresando variables cuantitativas continuas en media y desvío estándar o mediana e intervalo intercuartil según distribución observada. Las variables categóricas se expresaran como proporciones con su intervalo de confianza del 95 %.

Se testeó la concordancia entre la encuesta telefónica y la escala de Villalta utilizando el estimador Kappa concordancia. Correlación entre ambas *scores*: coeficiente de correlación, IC 95 %, p (p valor). Se evaluó la validez interna de cuestionario de SPT telefónico (alfa Cronbach). Se evaluó la validez concurrente entre el *score* de Villalta telefónico y el Villalta administrado por el médico con la rho de Spearman.

Se considerará estadísticamente significativas las probabilidades menores a 0,5. Se utilizará para el análisis estadístico el software SPSS 19.

Resultados

Se analizaron 236 pacientes, el sexo femenino representó el 59 % (138), la mediana de edad 72 años (RI 20), mediana de BMI 28 (RI 5) (Figura 1). Diagrama de flujo de los pacientes. Los factores de riesgo protrombótico más frecuentemente detectados al momento del diagnóstico de la TVP fueron la cirugía mayor, inmovilidad, episodio previo de trombosis, politraumatismo o fractura, cáncer y un viaje reciente de más de 6 horas.

Los síntomas mas frecuentemente reportados fueron la pesadez y el dolor y los signos detectados con más frecuencia el edema, la ectasia venosa y el dolor a la compresión de la pantorrilla. En la tabla 2 se describen los signos y síntomas detectados por el *score* de Villalta realizado telefónicamente.

Se evaluó acuerdo entre cada signo y síntoma del *score* de Villalta telefónico y el original. Las kappas de acuerdo entre Villalta telefónico y el validado (n = 28/31) fueron estadística-

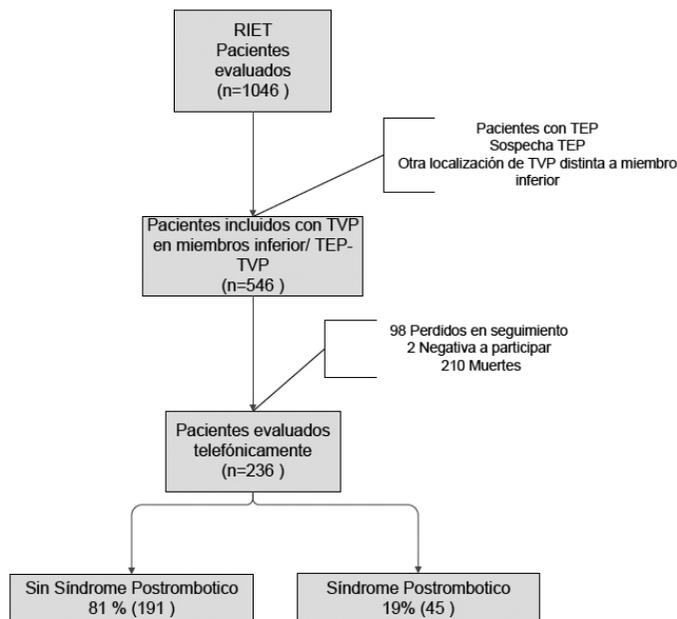


Figura 1. Diagrama de flujo de pacientes Incluidos en el periodo 06/2006 - 12/2008

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS PACIENTES CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EVALUADOS TELEFÓNICAMENTE (N = 236)

Características	Porcentaje, %	Número
Sexo femenino	59%	-138
Mediana de Edad en años (rango intercuartil, RI)	72	(RI 20)
	0 = 5 %	-128
	1 = 13 %	-30
	2 = 16 %	-37
	3 = 6 %	-13
Charlson	4 = 4 %	-11
	5 = 2 %	-5
	6 = 2 %	-6
	7 = 2 %	-6
	8 = 0,4 %	-1
Diabetes	8 %	-19
Accidente cerebrovascular	4 %	-9
Dislipemia	41 %	-97
Enfermedad coronaria	7 %	-16
Cáncer	18 %	-42
Hipertensión	59 %	-139
Insuficiencia cardíaca	7 %	-17
Insuficiencia renal	2 %	-4
Inmovilización	20 %	-47
Síndrome nefrótico	1 %	-3
Tabaco	7 %	-17
Trauma	6 %	-16
Viaje reciente	10 %	-25
Cirugía	27 %	-63
Mediana de IMC, kg/mt2 (RI)	28	(RI 5)
Reepisodio de trombosis	17 %	-41
Síndrome postrombótico telefónico	19 %	-45

TABLA 2. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LOS PACIENTES EVALUADOS TELEFÓNICAMENTE CON SCORE DE VILLALTA > 4

Síntomas (n = 45)	Porcentaje	Número
Pesadez	63 %	-28
Dolor	55 %	-25
Prurito	43 %	-19
Calambre	40 %	-18
Signos (n = 45)	Porcentaje	Número
Edema	68 %	-31
Ectasia venosa	47 %	-21
Enrojecimiento	30 %	-13
Dolor a la compresión de la pantorrilla	40 %	-18
Induración de la piel	24 %	-11
Hiperpigmentación	20 %	-9
Úlceras	9 %	-4

TABLA 3. ACUERDO POR ÍTEM ENTRE VILLALTA TELEFÓNICO Y EL VALIDADO

	Valor Kappa (-1 y 1)	P
Síndrome postrombótico telefónico	0,19	0,23
Pesadez	0,68	0,001
Dolor	0,41	0,04
Prurito	0,40	0,05
Calambre	0,60	0,002
Adormecimiento	0,18	0,23
Edema	0,45	0,01
Ectasia venosa	0,14	0,30
Enrojecimiento	0,12	0,40
Dolor a la compresión de la pantorrilla	0,25	0,17
Induración de la piel	-0,08	0,52
Hiperpigmentación	0,25	0,12
Úlceras	No se puede medir, telefónicamente es constante 0	

mente significativas para pesadez, dolor, prurito, calambre y edema. Los ítems adormecimiento, ectasia venosa, enrojecimiento, dolor a la compresión, induración, e hiperpigmentación no fueron estadísticamente significativos. Ninguno de los pacientes presentó úlcera.

Se evaluó la correlación entre Villalta telefónico y el validado (n = 26), Spearman 0,52 (p 0,007). La consistencia interna de Villalta validada (n = 32) fue $\alpha = 0,82$ y para Villalta telefónico (n = 170) $\alpha = 0,75$.

Discusión

El síndrome postrombótico se reconoce cada vez más como una complicación frecuente e importante de la trombosis ve-

nosa profunda. Este estudio evalúa la posible utilidad de usar un *score* telefónico para el diagnóstico de SPT.

El SPT se diagnostica principalmente en base a la presencia de síntomas típicos y signos clínicos en un miembro que se vio afectado por la TVP. Actualmente, la escala de Villalta se utiliza para diagnosticar y clasificar la gravedad de SPT. El poder utilizar esta herramienta de manera telefónica tiene fortalezas. Por un lado, esta herramienta es de fácil implementación, económica y de rápida aplicación. Dado que habitualmente el SPT se desarrolla entre los 12 y 24 meses, la facilidad de valorarlo a través del seguimiento telefónico es de gran utilidad para seleccionar a aquellos pacientes con probable SPT, detectarlos precozmente, e indicarles una evaluación a través de una consulta formal para confirmarlo y eventualmente tratarlo.

Por otro lado, el seguimiento telefónico podría facilitar el seguimiento de los pacientes que no pueden concurrir por razones de distancia o económicas a una consulta médica luego del diagnóstico de TVP.

Analizando los ítems individualmente, encontramos que la mayoría concuerdan en las 2 escalas. Aquellos ítems donde no se pudo demostrar concordancia, especulamos que la poca frecuencia de eventos podría deberse al tamaño muestral.

Encontramos una muy buena consistencia interna de cada una de las escalas. Esto se refiere al nivel en que los diferentes ítems o preguntas de una escala están relacionados entre sí. Esta homogeneidad entre los ítems nos indica el grado de acuerdo entre los mismos y, por tanto, lo que determinará que éstos se puedan acumular y dar una puntuación global. La consistencia lo comprobamos con el coeficiente alfa de Cronbach (rango 0 y 1) y se considera que existe una buena consistencia interna cuando el valor de alfa es superior a 0,7.

Más aun, la correlación entre ambas escalas fue buena, evidenciando que a medida que aumentaba el *score* de Villalta telefónica aumentaba el *score* de Villalta administrado por el médico y esto fue estadísticamente significativo. Estos datos implican que podría ser potencialmente útil como herramienta diagnóstica de SPT.

En el marco del RIET y demanda de servicios médicos, el disponer de un instrumento que evalúe de forma confiable la presencia de SPT puede aportar importante información sobre la prevalencia de este síndrome. A su vez, al ser fácilmente administrable, ofrecería un medio rápido y sistemático de diagnosticar y capturar a los pacientes con antecedente de TVP que desarrollan SPT. Y detectar a los pacientes que desarrollan SPT, tanto con finalidad asistencial como para investigación.

Bibliografía

1. Kahn SR, Shrier I, Julian JA, Ducruet T, Arsenault L, Miron MJ, et al. Determinants and time course of the postthrombotic syndrome after acute deep venous thrombosis. *Ann Intern Med.* 2008 Nov 18;149(10):698-707.
2. Prandoni P, Lensing AW, Cogo A, Cuppini S, Villalta S, Carta M, et al. The long-term clinical course of acute deep venous thrombosis. *Ann Intern Med.* 1996 Jul 1;125(1):1-7.
3. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid 8 al 12 de abril del 2002; 2008.
4. Kahn SR. The post-thrombotic syndrome: progress and pitfalls. *Br J Haematol.* 2006 Aug;134(4):357-65.
5. Heit JA, Rooke TW, Silverstein MD, Mohr DN, Lohse CM, Petterson TM, et al. Trends in the incidence of venous stasis syndrome and venous ulcer: a 25-year population-based study. *J Vasc Surg.* 2001 May;33(5):1022-7.
6. Ramacciotti E, Gomes M, de Aguiar ET, Caiafa JS, de Moura LK, Araujo GR, et al. A cost analysis of the treatment of patients with post-thrombotic syndrome in Brazil. *Thromb Res.* 2006;118(6):699-704.
7. Kahn SR, M'Lan CE, Lamping DL, Kurz X, Berard A, Abenheim L. The influence of venous thromboembolism on quality of life and severity of chronic venous disease. *J Thromb Haemost.* 2004 Dec;2(12):2146-51.
8. Villalta S BP, Piccioli A, Lensing A, Prins M, Prandoni P. . Assessment of validity and reproducibility of a clinical scale for the postthrombotic syndrome. *Haemostasis.* 1994;24:158a.
9. Rodger MA, Kahn SR, Le Gal G, Solymoss S, Chagnon I, Anderson DR, et al. Inter-observer reliability of measures to assess the post-thrombotic syndrome. *Thromb Haemost.* 2008 Jul;100(1):164-6.
10. Raymond LW. Getting a leg up on the postthrombotic syndrome. *Chest.* 2003 Feb;123(2):327-30.
11. Carley S, Dosman S, Jones SR, Harrison M. Simple nomograms to calculate sample size in diagnostic studies. *Emerg Med J.* 2005 Mar;22(3):180-1.