



21°

CONGRESO INTERNACIONAL CNB COLEGIO NACIONAL DE BACTERIOLOGÍA

INTERCULTURALIDAD • INCLUSIÓN • DESARROLLO SOSTENIBLE

M E D E L L Í N

2023

www.congresocnb.com





Casos clínicos

Hemostasia primaria

www.congresocnb.com



Situaciones importantes
Errores de la fase preanalítica que nos lleva a
interpretaciones no precisas



LABORATORIO DE REFERENCIA EN HEMOSTASIA Y HEMATOLOGIA

H & H Lab S.A.S.

Carrera 16 No. 80-77 Cons 208/209 Tel.: 3519011 Cel : 3106748067
E-mail: hyhlabsas@gmail.com Página web : www.hyhlab.com

Chnl	Reag	Lot No.	Reag. Conc.	Units	PPP	PRP
1	Adenosina Diphosphate	551189	5	µM/mL	0,483	1,641
2	Epinephrina	551170	10	µM/mL	0,459	1,586
3	Collagen	551188	2	µg/mL	0,464	1,529
4	Ristocetin	5199	1,30000004768373	mg/mL	0,441	1,57

Chnl	Curve No.	Max %	TMax	Slope	Slope2	Lag	% Area Under Curve
1	369	75,1	281	146,8		4,1	
2	370	70,8	258	24,9	58,7	13,8	
3	371	69,1	247	117,1		67,5	
4	372	70,2	293	91,8		6,7	

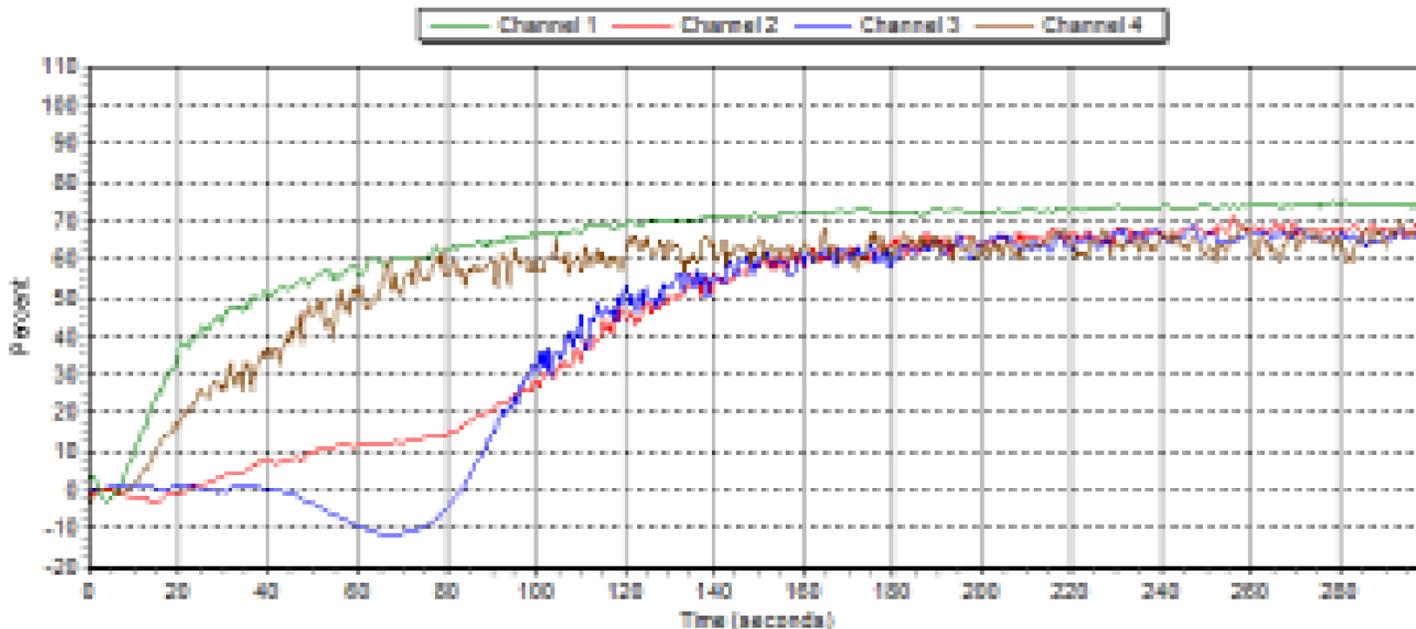
Comentario :

Agregación plaquetaria:

ADP 5.0 µM/mL	: 75.1 %	V.R : 50 - 100 %
EPN 10.0 µM/mL	: 70.8 %	V.R : 50 - 100 %
COLL 2.0 µg/mL	: 69.1 %	V.R : 50 - 100 %
RIST 1.2 mg/mL	: 70.2 %	V.R : 50 - 100 %

NOTA : Plasma muy lipémico.

Bacterióloga Martha Gamboa T.p. 51.905.806



LABORATORIO DE REFERENCIA EN HEMOSTASIA Y HEMATOLOGIA

H & H Lab S.A.S.

Carrera 16 No. 80-77 Cons 208/209 Tel.: 3519011 Cel : 3106748067
E-mail: hyhlabsas@gmail.com Página web : www.hyhlab.com

Chnl	Reag	Lot No.	Reag. Conc.	Units	PPP	PRP
1	Arachidonic Acid	5364	1,5	µg/mL	0,486	1,632

Chnl	Curve No.	Max %	TMax	Slope	Slope2	Lag	% Area Under Curve
1	373	72,3	273	144,5		15,8	

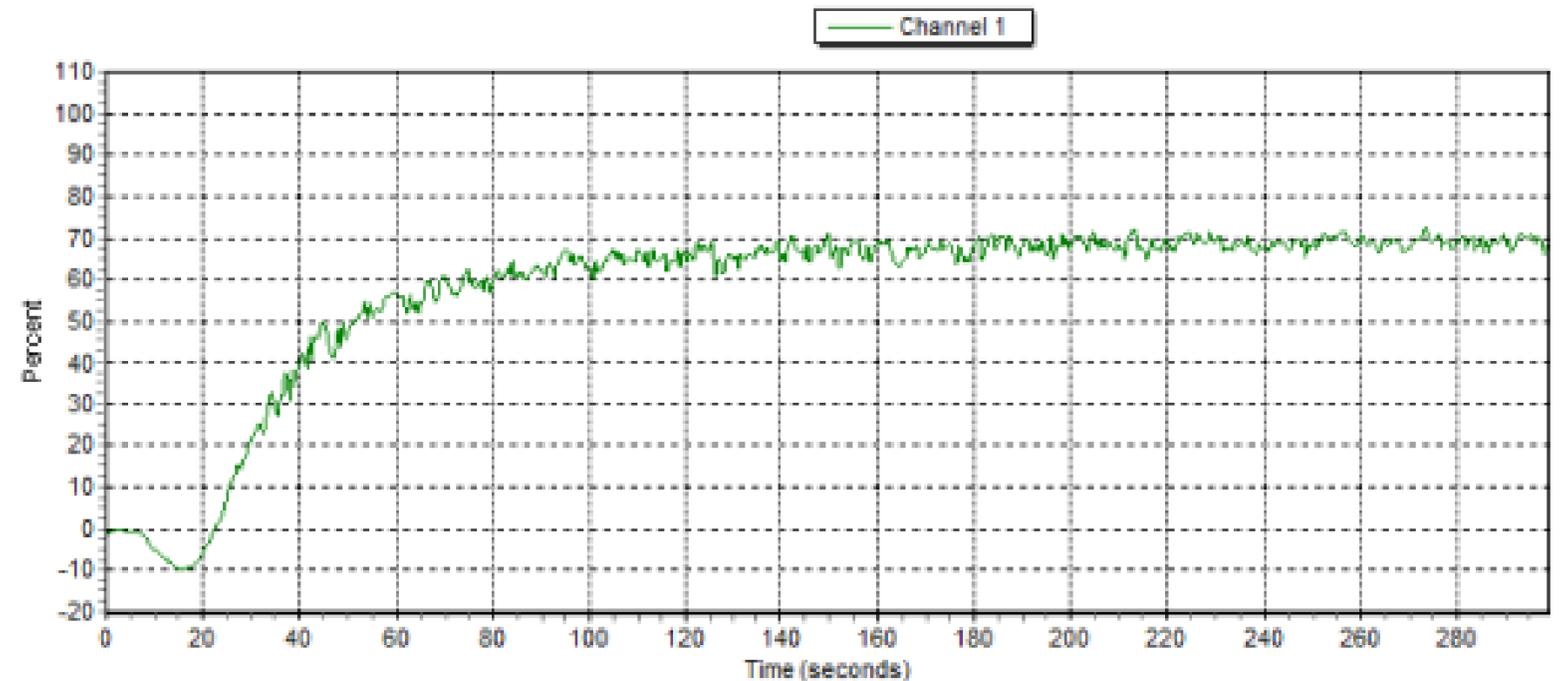
Comentario :

Agregación plaquetaria:

ACA 1.5 µg/mL : 72.3 % V.R : 50 - 100 %

NOTA : Plasma muy lipémico.

Bacterióloga Martha Gamboa
T.p. 51.905.806



Curva de agregación plaquetaria TROMBOPATIA PL



LABORATORIO DE REFERENCIA EN HEMOSTASIA Y HEMATOLOGIA
H & H Lab S.A.S.

Carrera 16 No. 80-77 Cons 208/209 Tel.: 3519011 Cel : 3106748067
E-mail: hyhlabas@gmail.com Página web : www.hyhlab.com

Chnl	Reag	Lot No.	Reag. Conc.	Units	PPP	PRP
1	Adenosine Diphosphate	551189	5	µM/mL	0,325	1,378
2	Epinephrine	551170	10	µM/mL	0,342	1,304
3	Collagen	551188	2	µg/mL	0,33	1,319
4	Ristocetin	5199	1,20000004768372	mg/mL	0,341	1,327

Chnl	Curve No.	Max %	TMax	Slope	Slope2	Lag	% Area Under Curve
1	496	79,6	263	129,4		3,2	
2	497	85,2	299	32,5	33,5	0	
3	498	79,6	268	130,0		39,6	
4	499	78,6	190	102,7		0	

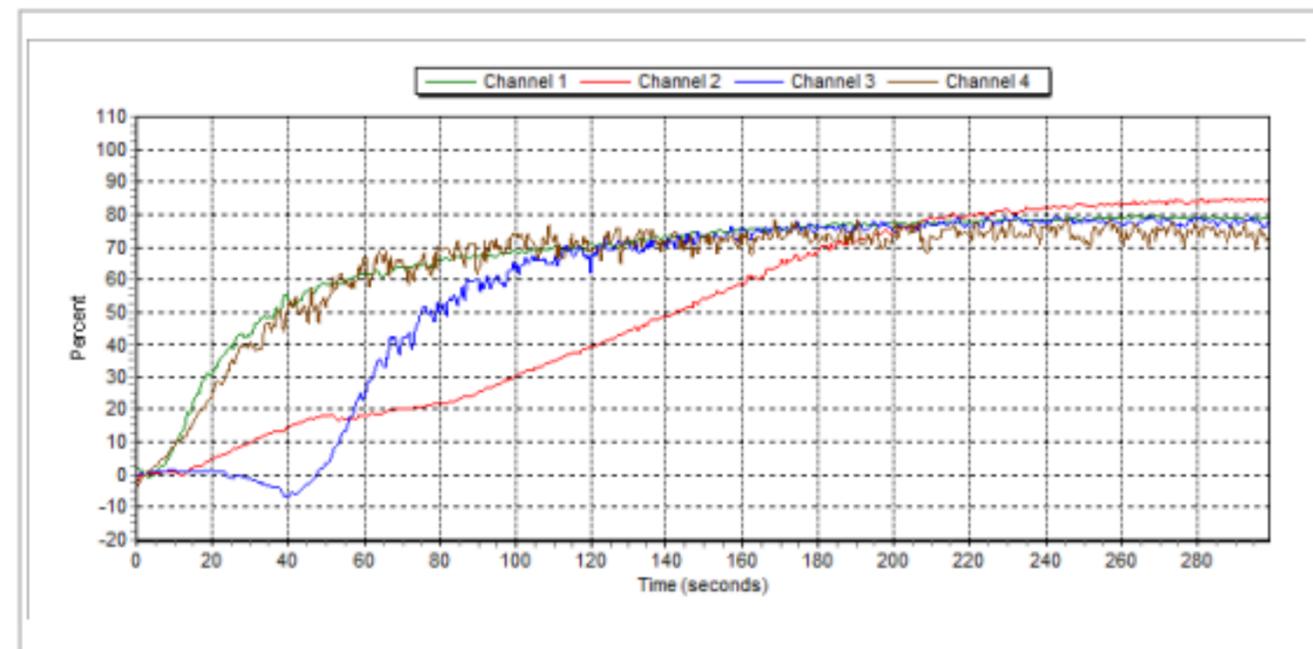
Comentario :

Agregación plaquetaria:

ADP 5.0 µM/mL : 79.6 % V.R : 50 - 100 %
EPN 10.0 µM/mL : 85.2 % V.R : 50 - 100 %
COLL 2.0 µg/mL : 79.6 % V.R : 50 - 100 %
RIST 1.2 mg/mL : 78.6 % V.R : 50 - 100 %

NOTA : Plasma muy lipémico.

Bacterióloga Martha Gamboa T.p. 51.905.806



LABORATORIO DE REFERENCIA EN HEMOSTASIA Y HEMATOLOGIA
H & H Lab S.A.S.

Carrera 16 No. 80-77 Cons 208/209 Tel.: 3519011 Cel : 3106748067
E-mail: hyhlabas@gmail.com Página web : www.hyhlab.com

Chnl	Reag	Lot No.	Reag. Conc.	Units	PPP	PRP
1	Arachidonic Acid	5364	1,5	µg/mL	0,324	1,312

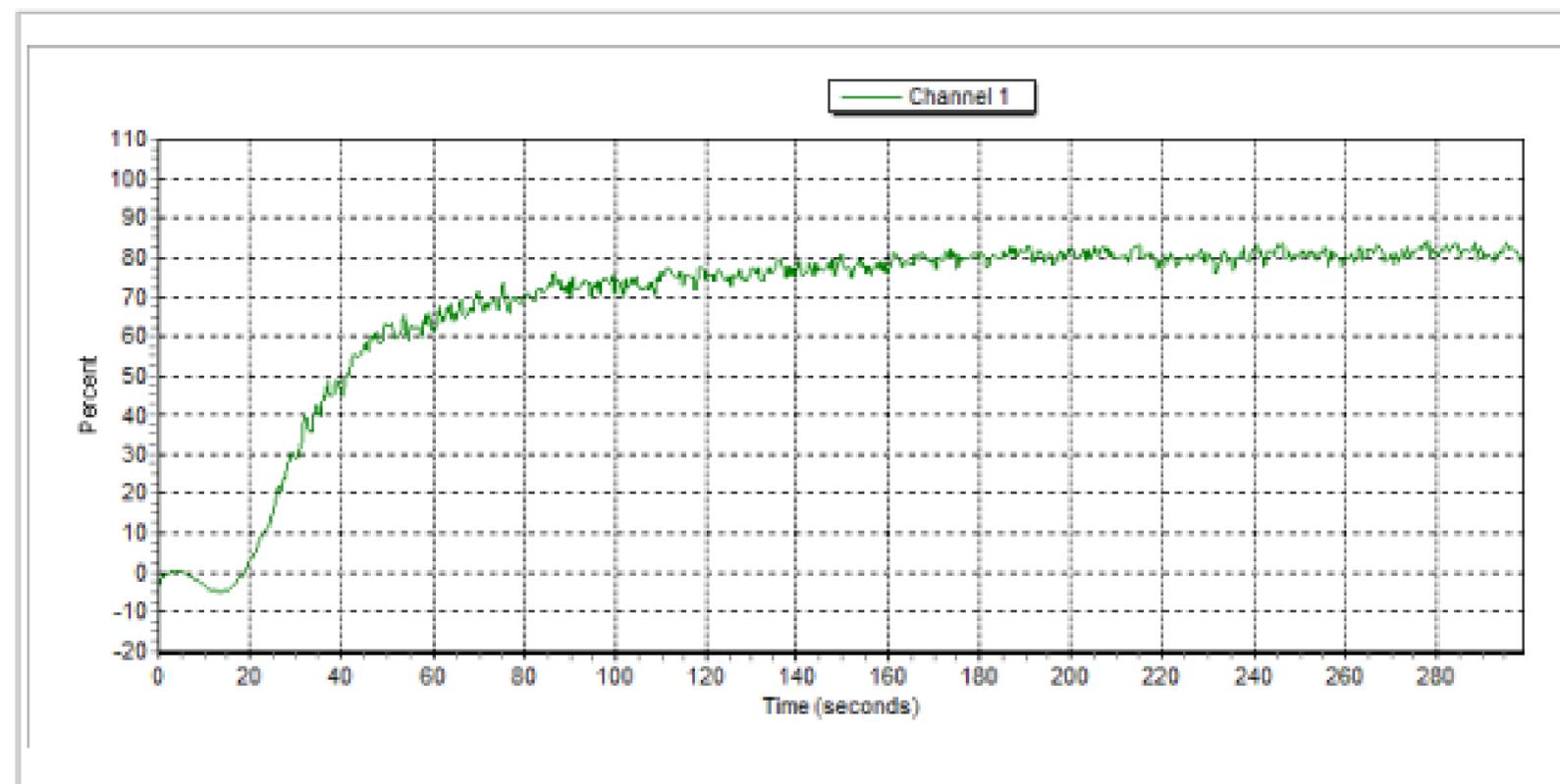
Chnl	Curve No.	Max %	TMax	Slope	Slope2	Lag	% Area Under Curve
1	500	84,2	278	157,5		13,7	

Comentario :

Agregación plaquetaria:

ACA 1.0 µg/mL : 84.2 % V.R : 50 - 100 %

Bacterióloga Martha Gamboa
T.p. 51.905.806



Curva de agregación plaquetaria TROMBOPATIA PL



LABORATORIO DE REFERENCIA EN HEMOSTASIA Y HEMATOLOGIA

H & H Lab S.A.S.

Carrera 16 No. 80-77 Cons 208/209 Tel.: 3519011 Cel : 3106748067
E-mail: hyhlab@hyhlab.com Página web : www.hyhlab.com

Chnl	Reag	Lot no.	Reag. Conc.	Units	PPP	PRP
1	Adenosine Diphosphate	551189	5	µM/mL	0,325	1,378
2	Epinephrine	551170	10	µM/mL	0,342	1,304
3	Collagen	551188	2	µg/mL	0,33	1,319
4	Ristocelin	5199	1,20000004768372	mg/mL	0,341	1,327

Chnl	Curve No.	Max %	TMax	Slope	Slope2	Lag	% Area Under Curve
1	496	79,6	263	129,4		3,2	
2	497	85,2	299	32,5	33,5	0	
3	498	79,6	268	130,0		39,6	
4	499	78,6	190	102,7		0	

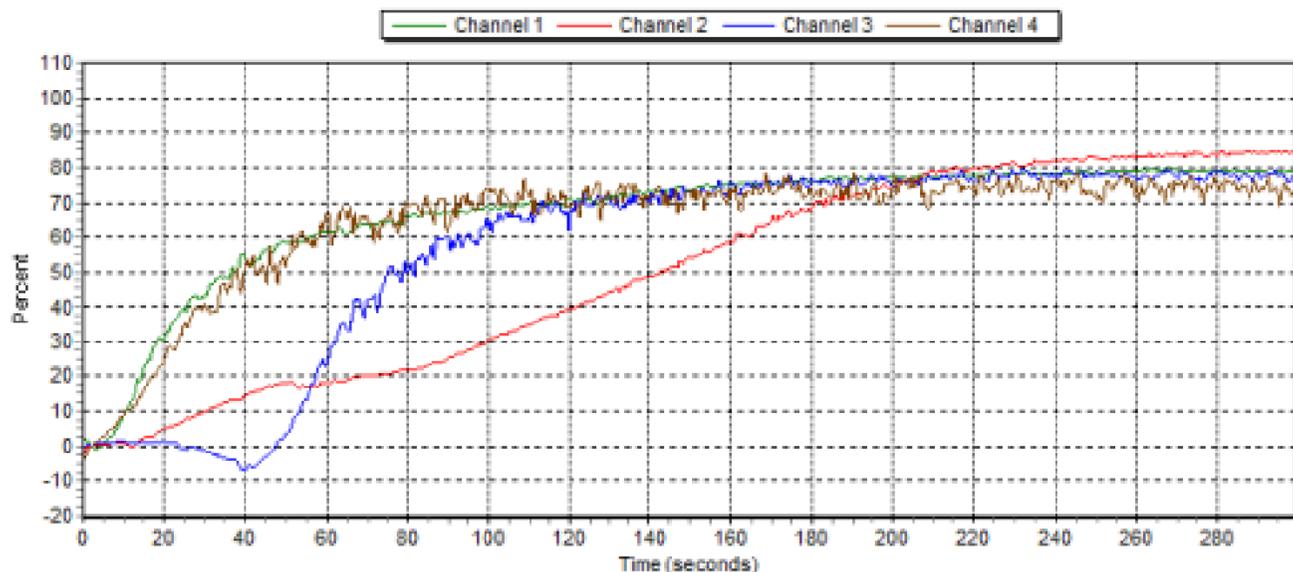
Comentario :

Agregación plaquetaria:

ADP 5.0 µM/mL : 79.6 % V.R : 50 - 100 %
EPN 10.0 µM/mL : 85.2 % V.R : 50 - 100 %
COLL 2.0 µg/mL : 79.6 % V.R : 50 - 100 %
RIST 1.2 mg/mL : 78.6 % V.R : 50 - 100 %

NOTA : Plasma muy lipémico.

Bacterióloga Martha Gamboa T.p. 51.905.806



LABORATORIO DE REFERENCIA EN HEMOSTASIA Y HEMATOLOGIA

H & H Lab S.A.S.

Carrera 16 No. 80-77 Cons 208/209 Tel.: 3519011 Cel : 3106748067
E-mail: hyhlab@hyhlab.com Página web : www.hyhlab.com

Chnl	Reag	Lot No.	Reag. Conc.	Units	PPP	PRP
1	Arachidonic Acid	5364	1,5	µg/mL	0,324	1,312

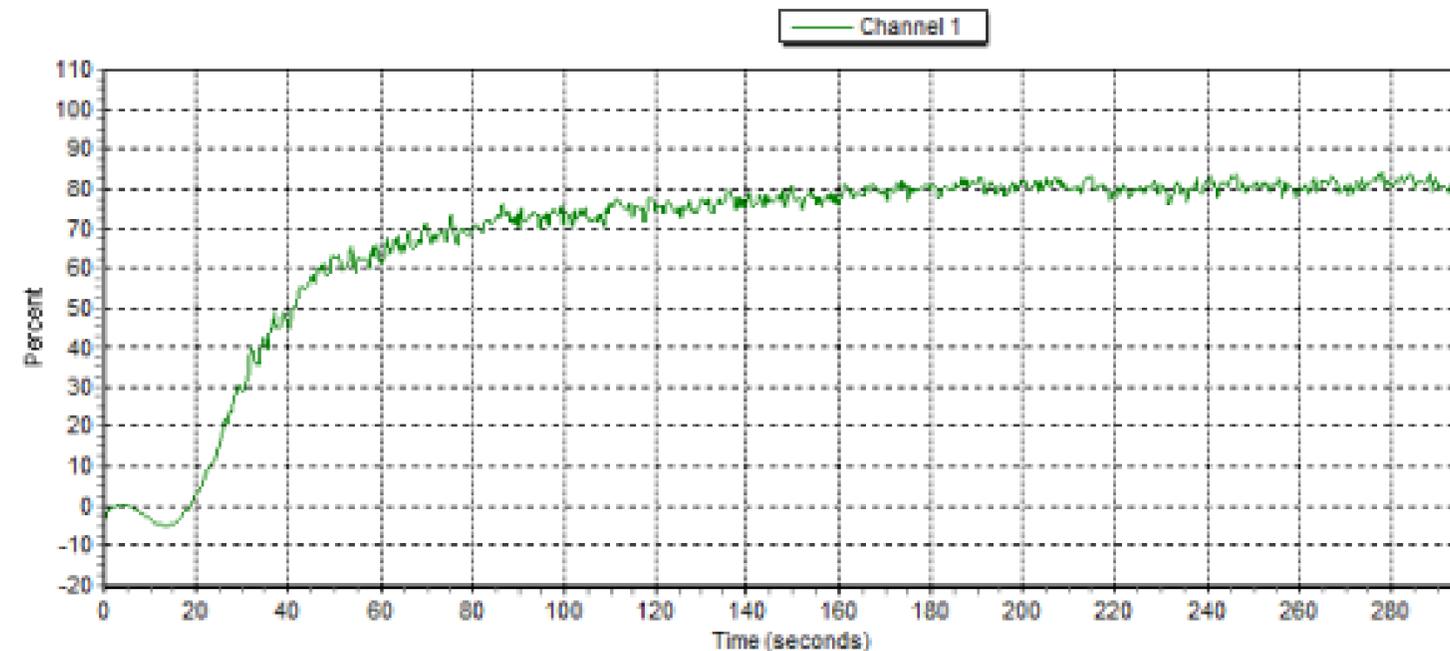
Chnl	Curve No.	Max %	TMax	Slope	Slope2	Lag	% Area Under Curve
1	500	84,2	278	157,5		13,7	

Comentario :

Agregación plaquetaria:

ACA 1.0 µg/mL : 84.2 % V.R : 50 - 100 %

Bacterióloga Martha Gamboa
T.p. 51.905.806



Chnl	Reag	Lot No.	Reag. Conc.	Units	PPP	PRP
1	Adenosine Diphosphate	551189	5	µM/mL	0,085	0,535
2	Epinephrine	551170	10	µM/mL	0,058	0,505
3	Collagen	551188	2	µg/mL	0,085	0,528
4	Ristocelin	5199	1,20000004768372	mg/mL	0,081	0,569

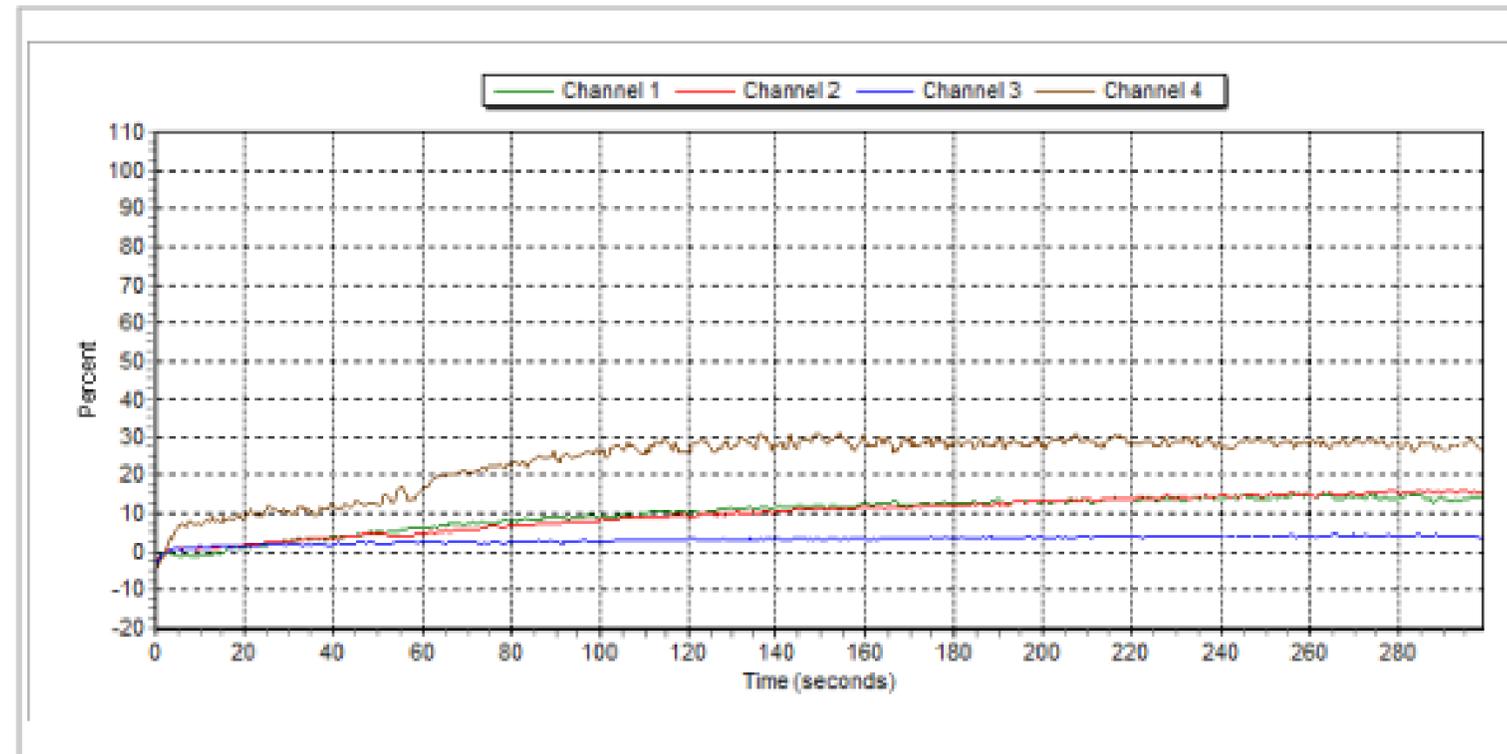
Chnl	Curve No.	Max %	TMax	Slope	Slope2	Lag	% Area Under Curve
1	312	15,1	273	11,0		8,2	
2	313	15,9	292	7,1	4,5	0	
3	314	4,7	284	3,3		0	
4	315	31,4	154	27,3		0	

Comentario :
Agregación plaquetaria:

ADP 5.0 µM/mL	: 15.1 %	V.R : 50 - 100 %
EPN 10.0 µM/mL	: 15.9 %	V.R : 50 - 100 %
COLL 2.0 µg/mL	: 4.7 %	V.R : 50 - 100 %
RIST 1.2 mg/mL	: 31.4 %	V.R : 50 - 100 %

NOTA: Correlacionar resultado teniendo en cuenta el recuento actual de plaquetas. Prueba realizada sin centrifugar.

Bacterióloga Martha Gamboa T.p. 51.905.806



Resultados curva plasma lipémico

LABORATORIO DE REFERENCIA EN HEMOSTASIA Y HEMATOLOGIA
H & H Lab S.A.S.
 Carrera 16 No. 80-77 Cons 208/209 Tel.: 3519011 Cel : 3106748067
 E-mail: hyhlabsas@gmail.com Página web : www.hyhlab.com

Test Type: Platelet Aggregation Date & Time: 15/10/2021 10:54:42 a.m. Worklist No.: 161
 Test Name: *Screen 1 Run Type: Patient Worklist ID: 15102021-4

Chnl	Reag	Lot No.	Reag. Conc.	Units	PPP	PRP
1	Adenosine Diphosphate	551189	5	µM/mL	0,51	1,173
2	Epinephrine	551170	10	µM/mL	0,504	1,128
3	Collagen	551188	2	µg/mL	0,494	1,123
4	Ristocetin	5199	1,20000004768372	mg/mL	0,511	1,147

Chnl	Curve No.	Max %	TMax	Slope	Slope2	Lag	% Area Under Curve
1	625	46,9	281	60,2		5,7	
2	626	47,1	286	19,2	22,6	11,8	
3	627	45,6	284	43,5		59,4	
4	628	42,0	160	36,0		3,3	

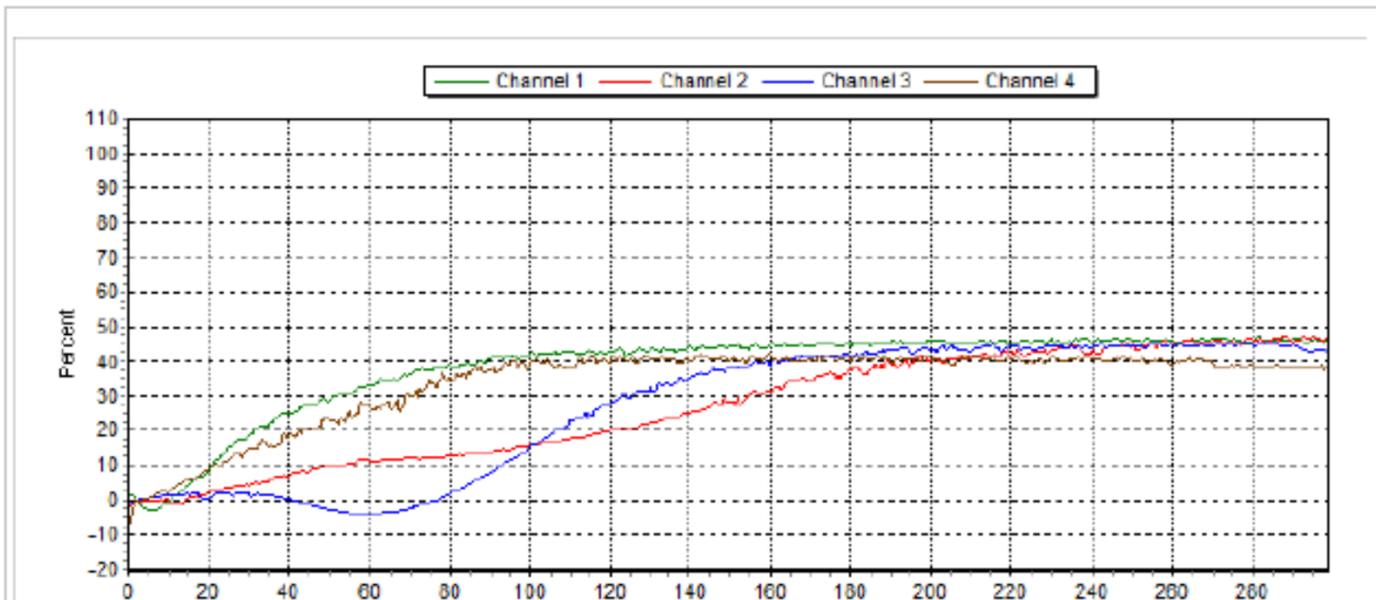
Comentario :

Agregación plaquetaria:

ADP 5.0 µM/mL : 46,9 % V.R : 50 - 100 %
 EPN 10.0 µM/mL : 47,1 % V.R : 50 - 100 %
 COLL 2.0 µg/mL : 45,6 % V.R : 50 - 100 %
 RIST 1.2 mg/mL : 42,0 % V.R : 50 - 100 %

NOTA : Plasma muy lipémico.

Bacterióloga Martha Gamboa T.p. 51.905.806



LABORATORIO DE REFERENCIA EN HEMOSTASIA Y HEMATOLOGIA
H & H Lab S.A.S.
 Carrera 16 No. 80-77 Cons 208/209 Tel.: 3519011 Cel : 3106748067
 E-mail: hyhlabsas@gmail.com Página web : www.hyhlab.com

Test Type: Platelet Aggregation Date & Time: 21/10/2021 11:11:15 a.m. Worklist No.: 178
 Test Name: *Screen 1 Run Type: Patient Worklist ID: 21102021-3

Chnl	Reag	Lot No.	Reag. Conc.	Units	PPP	PRP
1	Adenosine Diphosphate	551189	5	µM/mL	0,18	1,262
2	Epinephrine	551170	10	µM/mL	0,174	1,202
3	Collagen	551188	2	µg/mL	0,17	1,158
4	Ristocetin	5199	1,20000004768372	mg/mL	0,179	1,191

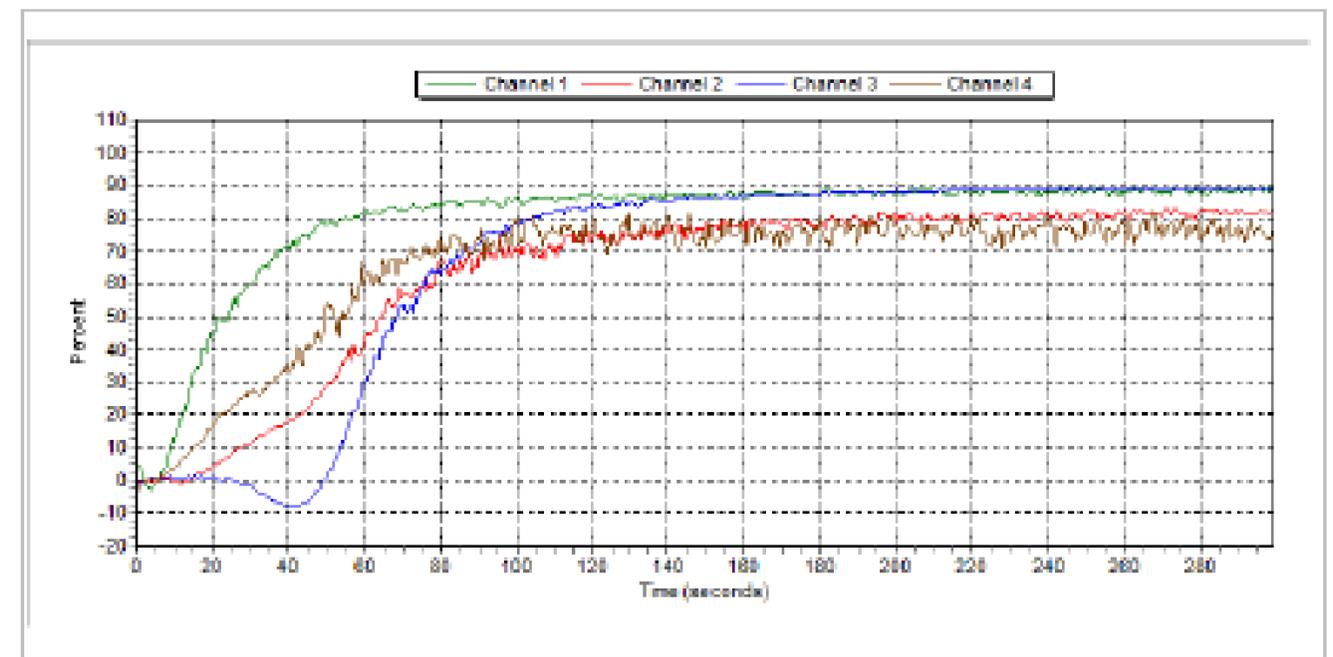
Chnl	Curve No.	Max %	TMax	Slope	Slope2	Lag	% Area Under Curve
1	677	89,2	298	183,2		3,7	
2	678	83,2	271	89,1	21,7	11,7	
3	679	89,3	293	188,4		40,8	
4	680	82,3	287	79,8		0	

Comentario :

Agregación plaquetaria:

ADP 5.0 µM/mL : 89,2 % V.R : 50 - 100 %
 EPN 10.0 µM/mL : 83,2 % V.R : 50 - 100 %
 COLL 2.0 µg/mL : 89,3 % V.R : 50 - 100 %
 RIST 1.2 mg/mL : 82,3 % V.R : 50 - 100 %

Bacterióloga Martha Gamboa T.p. 51.905.806



Verificar recuento de plaquetas

 LABORATORIO DE REFERENCIA EN HEMOSTASIA Y HEMATOLOGIA H & H Lab S.A.S.	
Carrera 16 No. 80-77 Cons 208/209 Tel.: 3519011 Cel : 3105748067 E-mail: hyhlabasas@gmail.com Página web : www.hyhlab.com	
Test Type: Platelet Aggregation Test Name: *Screen 1	Date & Time: 15/03/2021 01:12:29 p.m. Worklist No.: 47 Run Type: Patient Worklist ID: 15032021-3

Chnl	Reag	Lot No.	Reag. Conc.	Units	PPP	PRP
1	Adenosine Diphosphate	551159	5	µM/mL	0,041	0,605
2	Epinephrine	551170	10	µM/mL	0,037	0,591
3	Collagen	551188	2	µg/mL	0,045	0,597
4	Ristocafin	5199	1,20000004768372	mg/mL	0,041	0,457

Chnl	Curve No.	Max %	TMax	Slope	Slope2	Lag	% Area Under Curve
1	247	2,9	58	11,2		260	
2	248	3,3	213	3,5	2,8	12,2	
3	249	3,5	205	2,8		0	
4	250	15,6	283	7,8		2,7	

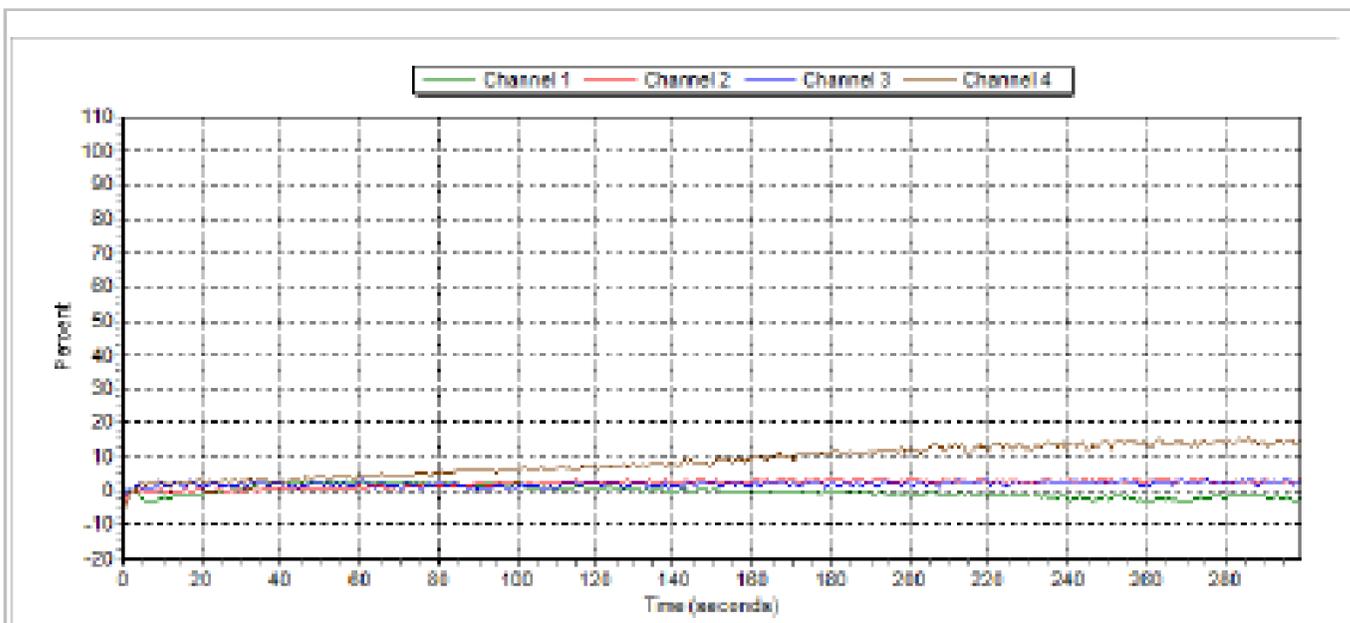
Comentario :
 Agregación plaquetaria:
 ADP 5.0 µM/mL : 2.9 % V.R : 50 - 100 %
 EPN 10.0 µM/mL : 3.3 % V.R : 50 - 100 %
 COLL 2.0 µg/mL : 3.5 % V.R : 50 - 100 %
 RIST 1.2 mg/mL : 15.6 % V.R : 50 - 100 %
NOTA: Esta prueba es útil como criterio diagnóstico si el recuento de plaquetas es mayor a 100.000/mm. Prueba realizada sin centrifugar. Bacterióloga Martha Gamboa T.º. 51.965.406

Agregación Plaquetaria para Estudio de Trombopatias

ADP 5.0 µM/mL:	B*	2.9 %	Técnica: Agregometría	50 - 100 %
EPN 10 µM/mL:	B*	3.3 %		50 - 100 %
Colágeno 2.0 µg/mL:	B*	3.5 %		50 - 100 %
RIST 1.2 mg/mL:	B*	15.6 %		50 - 100 %
Ácido Araquidónico 1.0 µg/mL:	B*	1.7 %		50 - 100 %

NOTA: Se recomienda correlacionar el resultado con el recuento actual de plaquetas. Ésta prueba es útil como criterio diagnóstico si el recuento de plaquetas es mayor a 100.000/mm. Prueba realizada sin centrifugar.

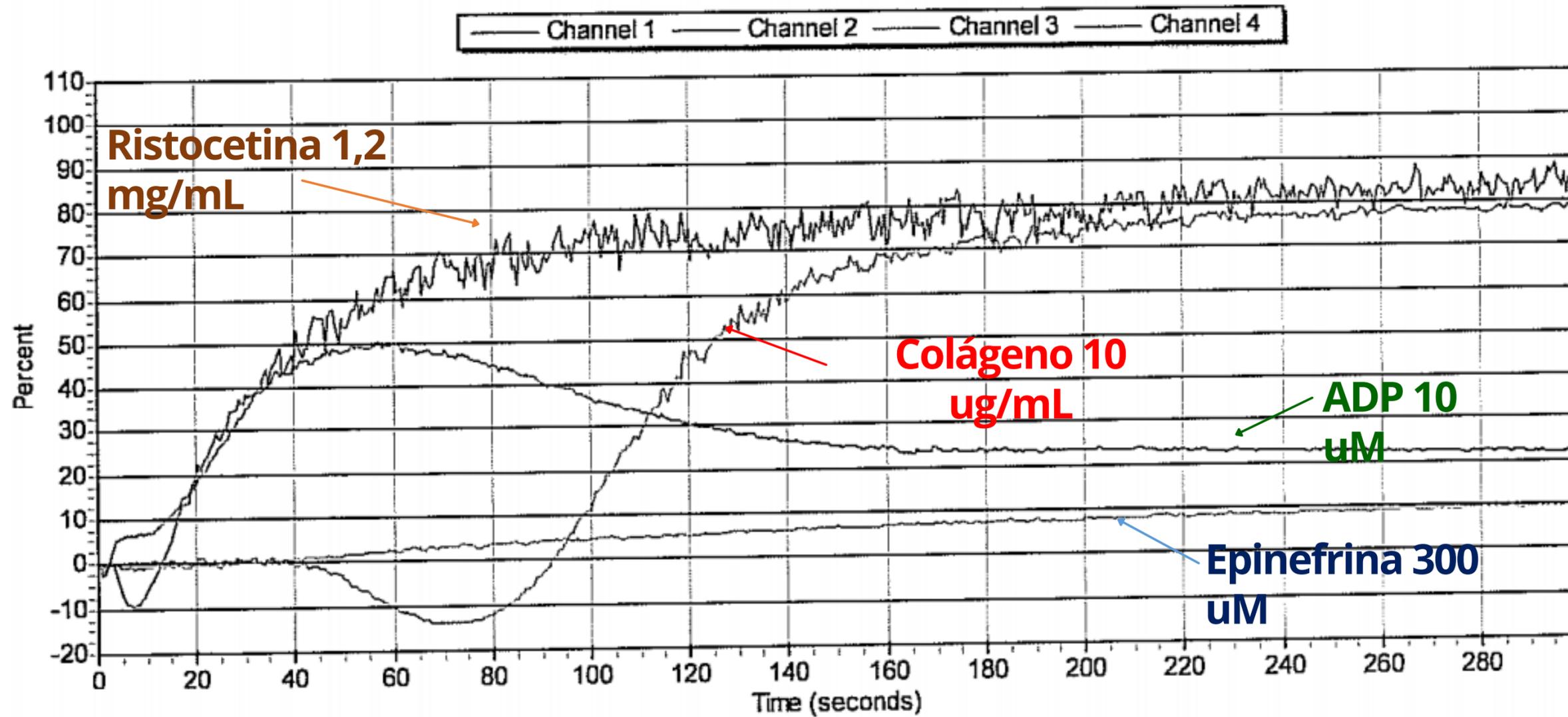
Nota: Muestra de sangre total remitida por la Entidad.



Caso clínico

- Paciente género masculino 19 años de edad
- Consulta a Hematología porque en una cita al odontólogo de una limpieza de rutina, sangro mas de lo esperado. Y para estudiarlo se ordena curva de agregación para trombopatía encontrando los siguientes resultados

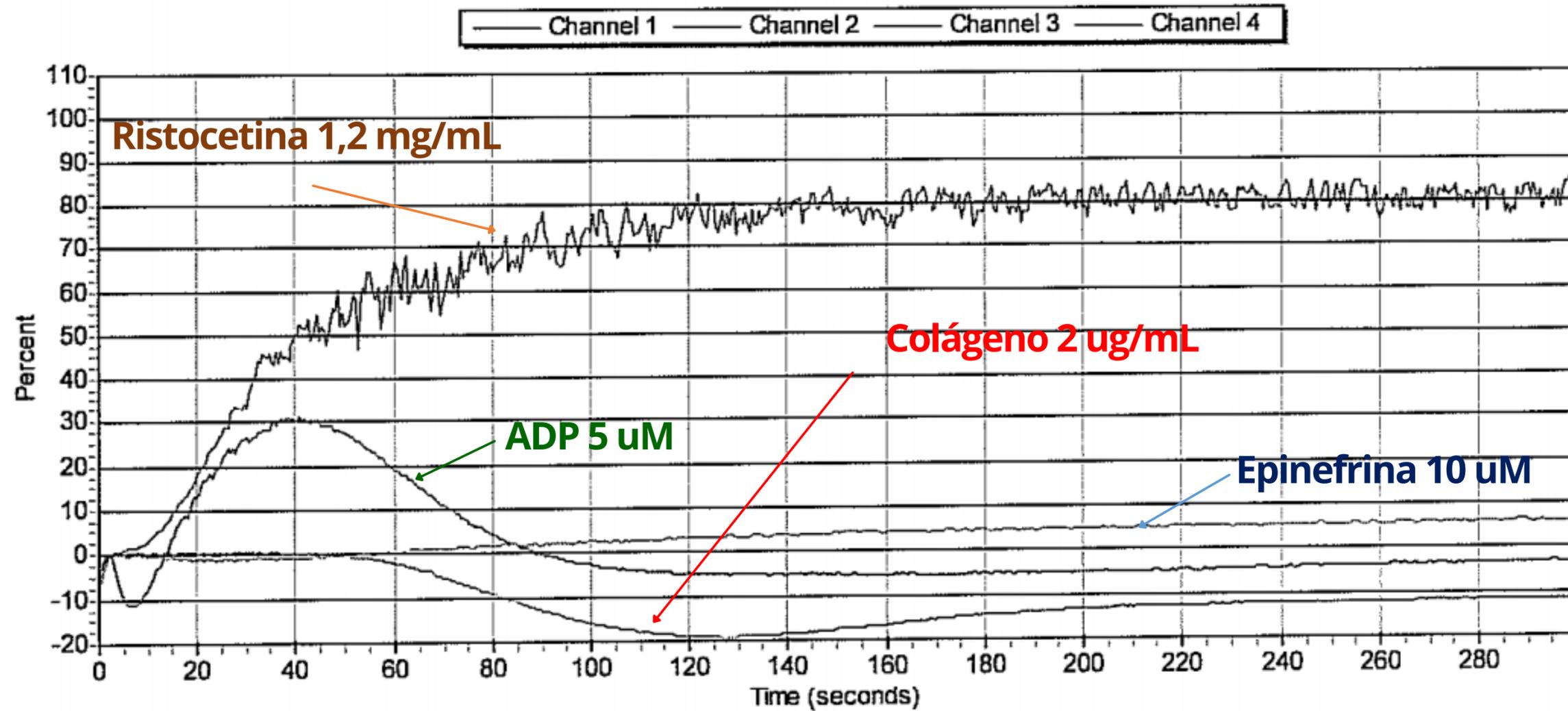
Agregometría con las concentraciones usuales de agonistas



Caso clínico

- El paciente acude a un laboratorio en la ciudad de Barranquilla a procesarse estos exámenes y cuando regresa nuevamente a Bogotá para extracción de cordales, el hematólogo recomienda confirmar el resultado encontrando los siguientes resultados.

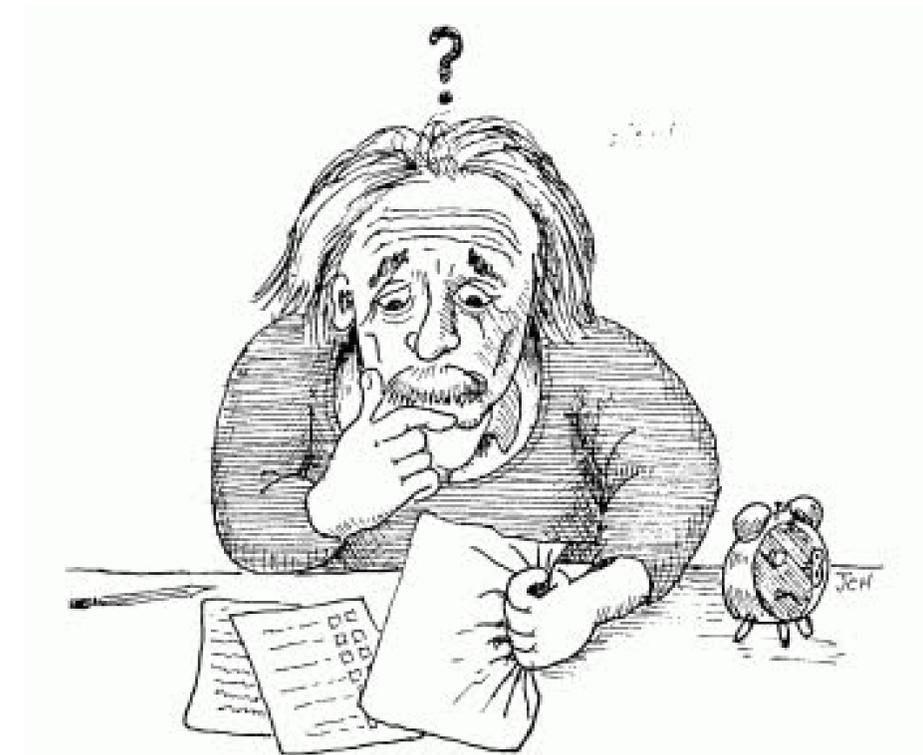
Agregometría plaquetaria No. 2



Conclusión

Son dos curvas de agregación plaquetaria
Del mismo paciente
El paciente cumple con todas las condiciones
Pero los resultados son diferentes

Problema de estandarización de los procesos
en la fase analítica





21°

**CONGRESO
INTERNACIONAL CNB**
COLEGIO NACIONAL DE BACTERIOLOGÍA

INTERCULTURALIDAD • INCLUSIÓN • DESARROLLO SOSTENIBLE

MEDELLÍN

2023

Casos clínicos

Hemostasia secundaria

www.congresocnb.com



CASOS CLINICOS

HEMOSTASIA SECUNDARIA

No1



CASO CLÍNICO 1

- Paciente de 5 años, sexo femenino, consulta ambulatoria.
- El paciente es llevado por su mamá quien afirma no tener antecedentes hemorrágicos familiares pero si Antecedentes personales de episodios hemorrágicos en diferentes ocasiones, después de pequeños accidentes normales en niños.
- Luego de la completa evaluación por hematólogo pediatra, sin encontrar ningún signo ni síntoma significativo, lo envía al laboratorio con su respectiva orden de exámenes de rutina: T de protrombina, T de tromboplastina parcial activado, recuento de plaquetas , Hb y Hto , encontrando estas pruebas dentro de los rangos normales .
- Ante esta situación desconcertante, el médico solicita, después de una nueva consulta, repetir los exámenes anteriores y le adiciona dosificación de fibrinógeno, encontrando de nuevo pruebas completamente normales y un fibrinógeno de 280 mg/dl

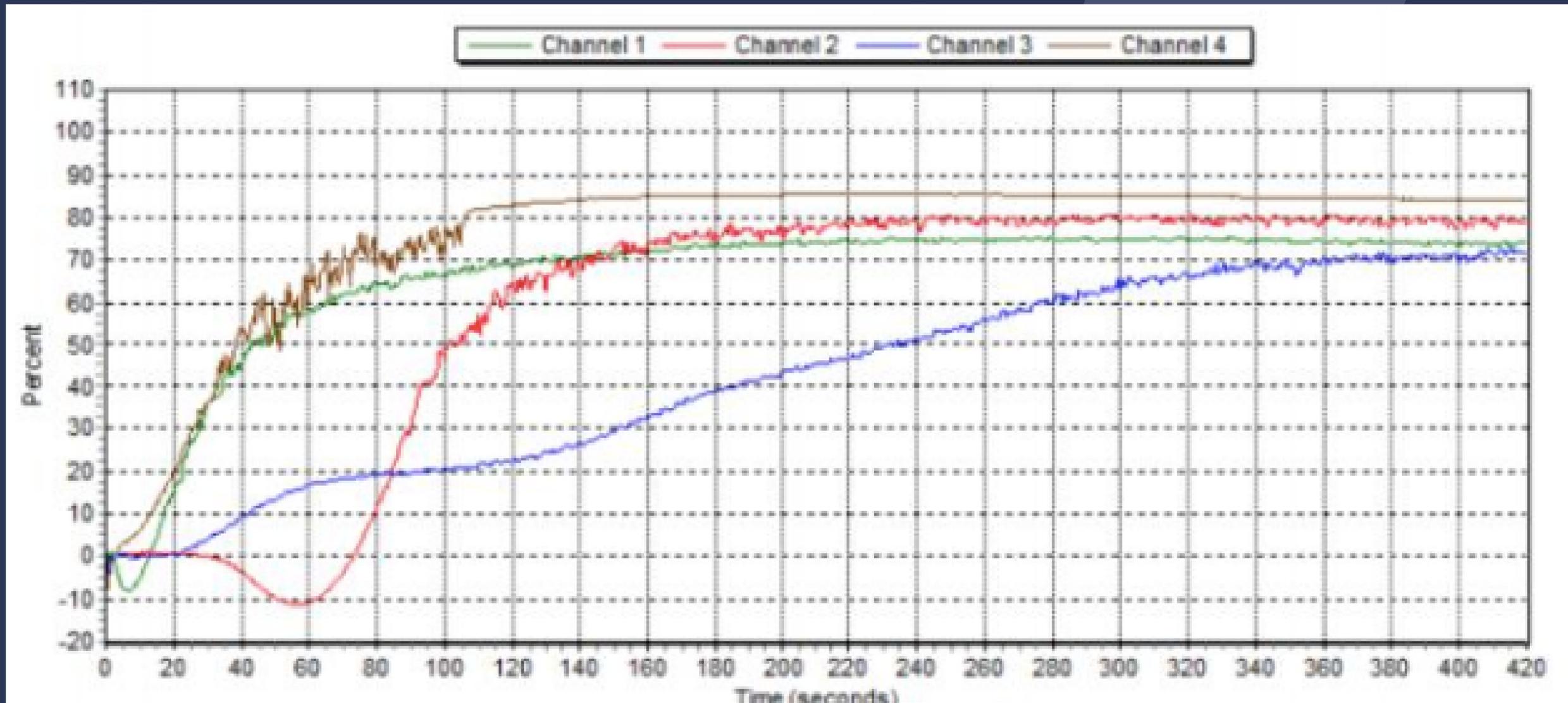
CASO CLÍNICO 1

- El médico remite la paciente a un laboratorio de coagulación y solicita un Tiempo de sangría y Agregación Plaquetaria (perfil Hemorrágico) cuyos resultados son: **NORMALES**

HEMATOLOGIA - COAGULACION					
AGREGACION PLAQUETARIA (EST.ENF.HEMORRAGICAS)					
AGREGOMETRIA CINETICA			ESTIMULO CON 4 AGONISTAS		
PARAMETRO	RESULTADO	V. REFERENCIA	PARAMETRO	RESULTADO	V. REFERENCIA
AGONISTA USADO = ADP % MAX	75.3	50 - 150	AGONISTA USADO = EPINEFRINA % Max	72.6	50 - 150
AGONISTA USADO = COLAGENO % Max	80.8	50 - 150	AGONISTA USADO = RISTOCETINA % Max	85.6	50 - 150
			INTERPRETACION	NORMAL	NORMAL

CASO CLÍNICO 1

Agregación plaquetaria



CASO CLÍNICO 1

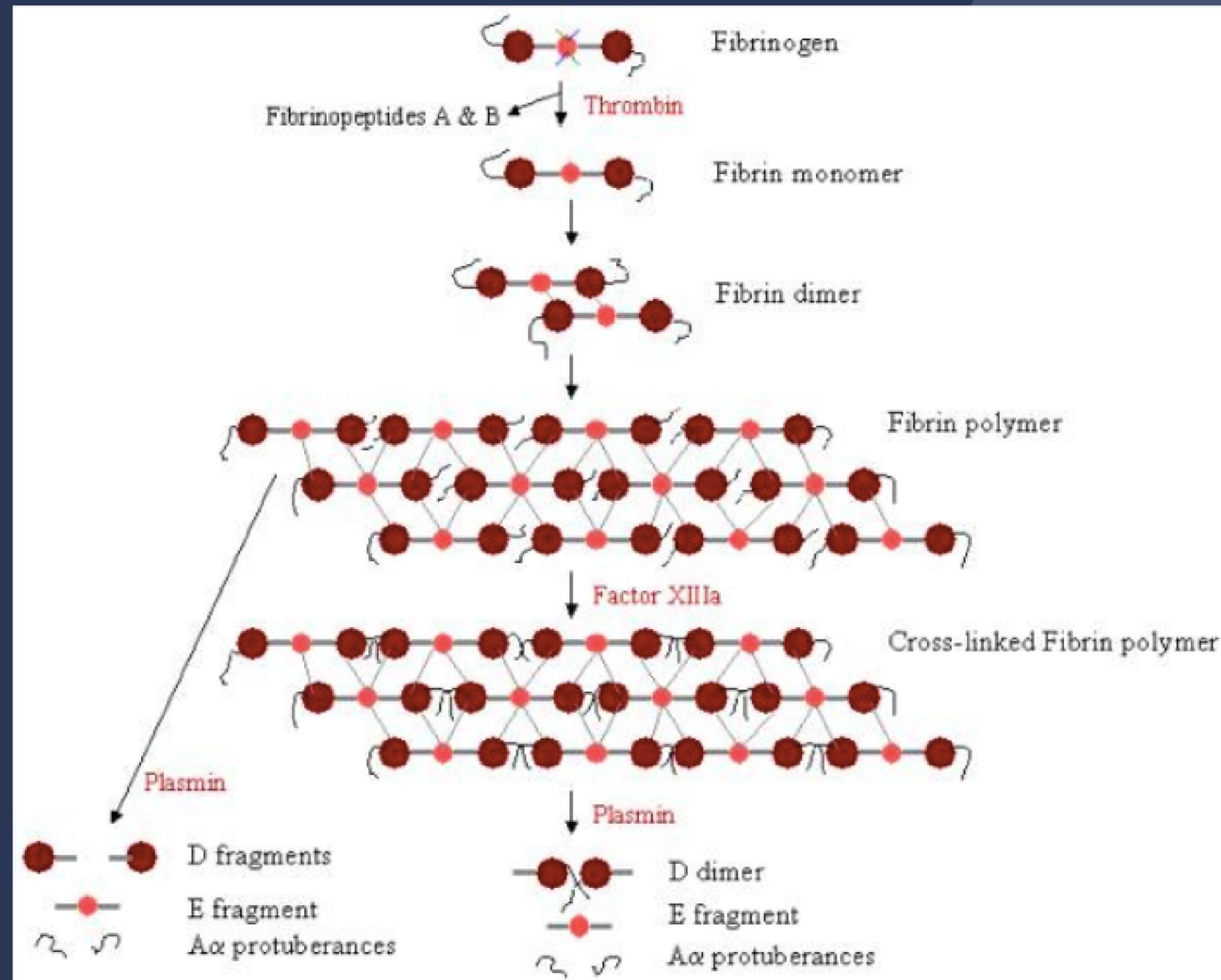
- Con los datos de la Historia clínica
- Los resultados de los exámenes de laboratorio NORMALES (duplicados)
- Será que algún error preanalítico estará alterando los resultados ?
- Piensa usted que falta algún dato o examen que puede aclarar el diagnóstico?
- Qué otras pruebas de coagulación SUGIEREN para llegar a un diagnóstico? Por qué?

CASO CLÍNICO 1

La Bacterióloga encargada de la sección de coagulación, después de un acercamiento e interrogatorio con la madre del paciente encuentra:

- Una pequeña cicatriz en queloide en la frente de la niña, ocasionada por el accidente y en el que requirió después de tres días de la leve caída, nueva consulta por hemorragia severa (dice la madre, muy difícil de controlar).
- Los pequeños accidentes se complicaban después de dos o tres días de sucedido el evento ,(informa la mamá)
- Por estos datos verbales y por presentar exámenes de coagulación dentro de los límites normales se pensó en una posible Def de FXIII.
- Por qué las pruebas son normales?
- Y que fué confirmado con la prueba de FXIII funcional

DEFICIENCIA DE FXIII (FSF)



DEFICIENCIA DE FXIII (FSF)

- Su deficiencia es un raro desorden hemorrágico, “ Autosómico Recesivo”
- La afección grave presenta dos copias anormales del gen defectuoso.
- El portador solo tiene afectada una copia
- La complicación hemorrágica se presenta en forma tardía
- Incidencia de 1 en 3-5 millones de personas
- Su deficiencia está asociada con: aborto espontáneo y ANORMALIDADES en la cicatrización
- Es protector cardiovascular, Cohayudante de la implantación del óvulo fecundado
- Se relaciona con hemorragia severa al cortar cordón umbilical y Hemorragia intracraneal,
- Su deficiencia es sospechada por alteración en la estabilidad del coágulo (Urea 5.0 M) , poco sensible
- Hoy se confirma con Actividad funcional: < 1% de actividad es grave, de 1 – 29 es moderada y leve de 30 -50%
- Su deficiencia se trata : Crioprecipitado o con Concentrados de FXIIIr

CASOS CLINICOS

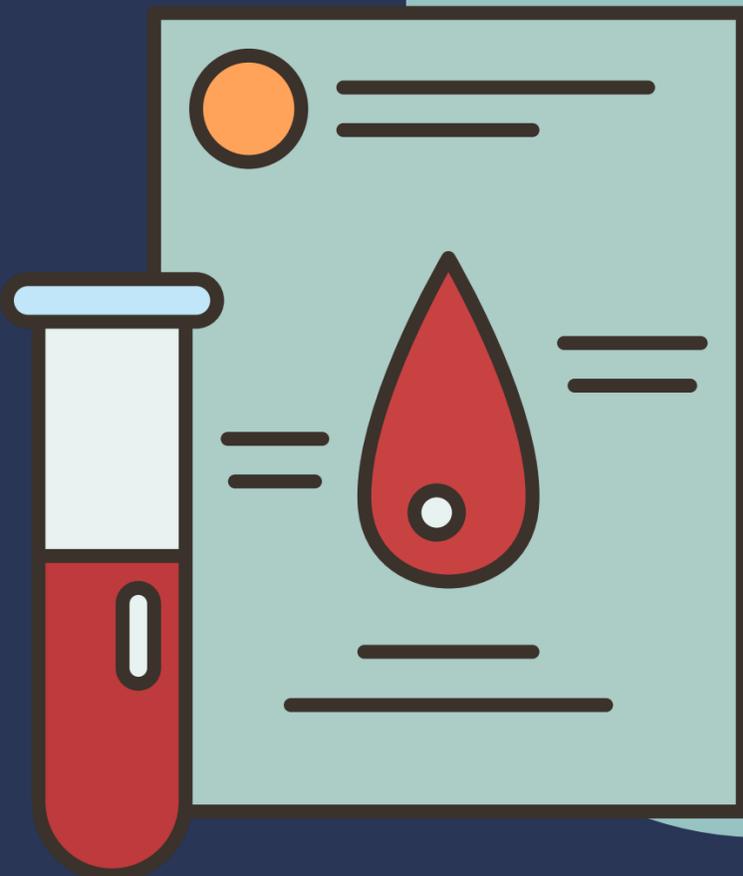
HEMOSTASIA SECUNDARIA

No2



CASO CLÍNICO 2

- Paciente 39 años, sexo masculino, consulta ambulatoria, servicio de urgencias, traído por emergencias médica, transportado en ambulancia.
- Relata, dolor fuerte en el pecho (sensación de opresión) que se irradia a brazo izquierdo, cuello y mandíbula, con excesiva sudoración, sin dificultad respiratoria, hace aproximadamente 1 hora.
- Dice no tener antecedente personales pero SI en su familia, un hermano murió de un infarto fulminante a los 45 años de edad.
- El paciente dice ser fumador (1/2 - 1.0 paquete diario)
- Luego de la completa evaluación por urgentólogo, solicita electrocardiograma que muestra cambios sugestivo de un infarto, en coordinación el cardiólogo y hemodinamista realizan un cateterismo y colocan 3 stem para canalizar los vasos afectados.
- El paciente tuvo muy buena evolución y después de tres días de observación hospitalaria es dado de alta, con cita de control en 6 semanas para continuar tratamiento y buscar las posibles causas de “un estado de hipercoagulabilidad familiar o hereditario”



CASO CLÍNICO 2

- Hb, Hto,
- Recuento de plaquetas,
- Tde P, PTTa,
- ATIII, Port C/S
- Mutación FV (FV Leiden) y Mutación F II (gen 20210).
- Además algunas pruebas de química sanguínea cuyos resultados fueron normales, igualmente el ecocardiograma y la prueba de esfuerzo

CASO CLÍNICO 2

Los resultados obtenidos son:

- Hb 15.4 gr Hto 48%
- Recuento de plaquetas 395.000 /dl
- TdeP 13.9/ 13.5seg INR 0.9 PTTa 84 /34 seg
- ATIII, Port C/S: NORMALES tanto la antigénica como la funcional
- Mutación FV (FV Leiden): posición 1691 del gen, adenina es sustituida por una guanina, la mutación fué NEGATIVA
- Mutación F II (protrombina): Guanina por Adenina en la posición 20210 pero en este paciente la mutación fué NEGATIVA.
- **Con estos resultados y la situación clínica del paciente que pruebas sugiere para llegar a un diagnóstico preciso???**

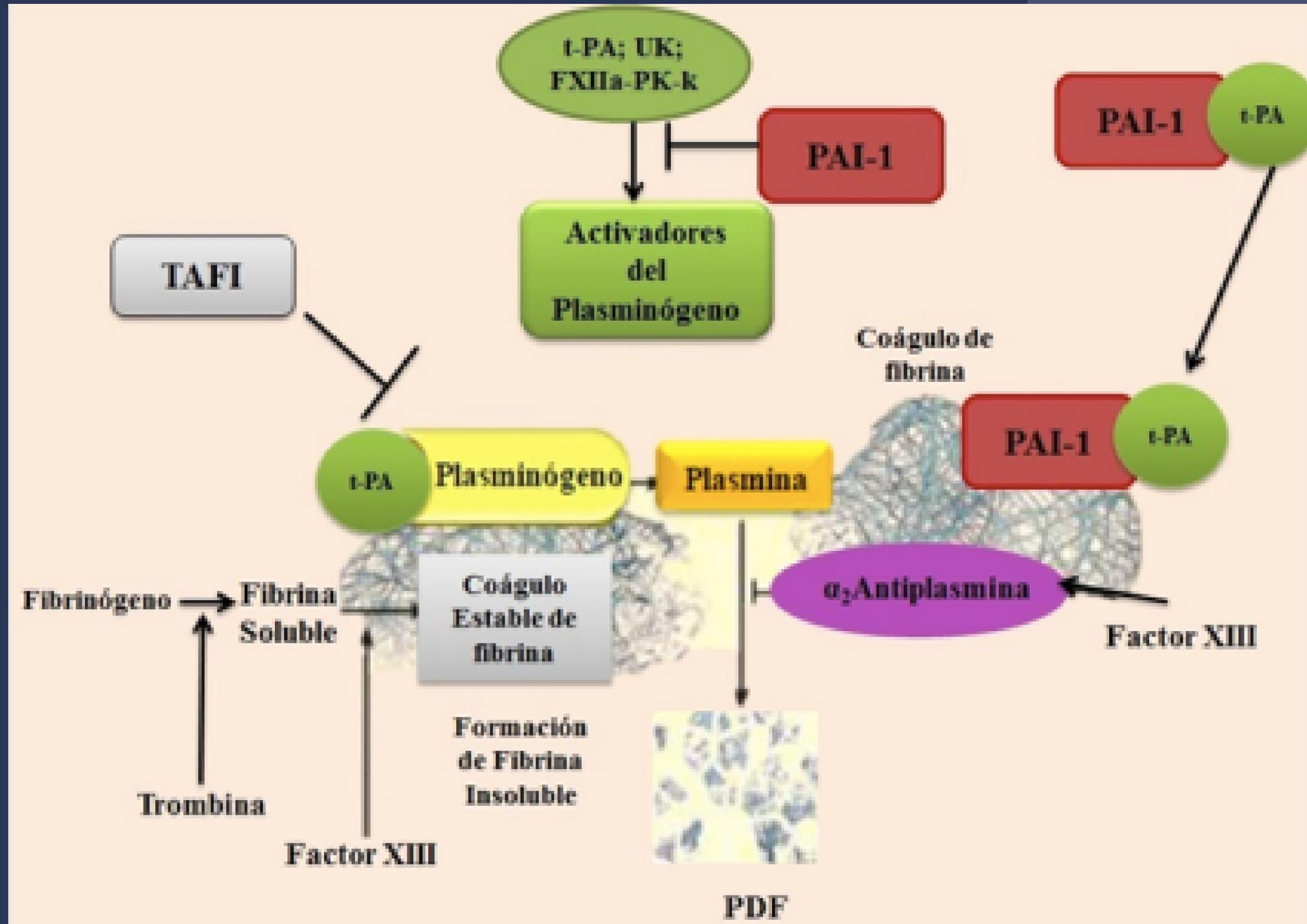
CASO CLÍNICO 2

- Paciente que tiene problema trombótico (no sangra)
- Inhibidores naturales: AT III, Prot C/S (Normales)
- Mutaciones: FV Leiden y Protrombina (Normales)
- Tdep y plaquetas: (Normales)
- **PTTa aumentado:**
- Prueba de mezclas o correcciones:
- **SI CORRIGE: Deficiencia de factores. (F XII, XI, IX, VIII)**
- **Cuáles factores se deben dosificar en este caso? Y Por qué?**
- **NO CORRIGE: Inhibidores**
- Pruebas para diagnóstico de Síndrome Antifosfolípidos (Anticoagulante Lúpico, ACA ,anticuerpos B2GP1).
- Resultados obtenidos:
- Corrección del PTTa 38/ 34 seg
- Prueba del Veneno de Víbora de Russell confirmatorio: **NEGATIVO**, las otras pruebas **NORMALES**

DEFICIENCIA DE FXII

- Junto a la precalicreína, sirve como factor de contacto que inicia la vía intrínseca de la coagulación sanguínea. La calicreína activa el factor XII hacia la forma XIIa. La deficiencia del factor XII, también llamada el rasgo Hageman, conduce una mayor incidencia de enfermedades tromboembólicas.

DEFICIENCIA DE FXII





Casos clínicos Trombofilias

www.congresocnb.com





Caso # 1

Paciente masculino de 26 años, previamente sano que acude al servicio de urgencias con un dolor intenso en el muslo izquierdo. Al momento de indagar antecedentes, el paciente refiere tener un familiar en primer grado de consanguinidad con evento trombótico con desenlace fatal. Paciente no refiere consumir medicamentos ni tiene predisposición o factores de riesgo asociados.

Se realiza diagnóstico de **trombosis no provocada de miembro inferior izquierdo**, no asociada a factores desencadenantes, por lo que se decide realizar pruebas de laboratorio para determinar la causa (ANAS, ENAS, β 2GP, anticoagulante lúpico, Proteína C y Proteína S de la coagulación, Dimeros D)



Caso # 1

Todas las pruebas salen negativas excepto el anticoagulante lúpico de tamizaje que esta positivo y Dímero D positivo.

El paciente es anticoagulado intrahospitalariamente y se atribuye el evento al anticoagulante lúpico presente. Además, se realizan imágenes que confirman la presencia de TVP en miembro inferior izquierdo.

Le dan salida unos días después con rivaroxabán por tres meses hasta que vuelva a control con hematología.



Caso # 1

Paciente acude a control con hematología a los tres meses y refiere que desde hace un mes atrás suspendió el consumo del anticoagulante porque refiere sentirse mucho mejor.

Se decide en ese momento repetir el anticoagulante lúpico tamizaje y confirmatorio para confirmar la naturaleza lúpica de su inhibidor. Además, se ordena Mutación de factor V de Leiden y mutación G20210A de la protrombina.

Se da indicaciones sobre la importancia de realizarse los exámenes lo mas pronto posible y volver con resultados para definir conducta de tratamiento a seguir.

¿Qué pasó?

- Finalmente, se obtiene un resultado que **confirma la presencia** de una de las principales anomalías genéticas asociadas a la trombofilia en el paciente, **la mutación G1691A en el gen del Factor V de Leiden**. La mutación se encuentra en estado **HETEROCIGOTO** lo cual significa que el paciente posee una copia del gen mutado.
- El anticoagulante lúpico se debe evitar realizar en el momento agudo del episodio para evitar falsos positivos.
- También es importante realizar las pruebas para diagnóstico al menos 12 semanas después de haberse presentado y si es posible, evitar la interferencia de medicamentos como los anticoagulantes orales directos. En este caso, el paciente tomó la decisión de suspender el tratamiento un mes antes por lo que se encuentra en unas condiciones ideales para volver a controlar.



Caso # 2

Paciente femenina, joven presento trombosis venosa profunda en miembro inferior derecho, asociado temporalmente a uso de anticonceptivos combinado (2 semanas antes había iniciado), primer episodio. Niega embolia pulmonar y otros eventos vasculares previos.

Le realizan exámenes de laboratorio unos días después de haber iniciado medicación con rivaroxabán y presento un anticoagulante lúpico positivo (RN 1.81). Con estos resultados, se decidió inicio de Warfarina, terapia puente con HBPM.



Caso # 2

En un nuevo control y ante el alcance de metas en la anticoagulación durante un tiempo y al evidenciar que no existe predisposición de la paciente en este momento, se decide suspender medicamentos y repetir las pruebas de control. Para esta nueva toma, se realiza anticoagulante lúpico, proteína C y proteína S, obteniendo resultados negativos. Se obtienen, además, Ig G cardilipina y B2 glicoproteína persistentemente POSITIVO.

¿Qué pasó?

- El anticoagulante lúpico se debe evitar realizar en el momento agudo del episodio para evitar falsos positivos. Además, tener en cuenta la terapia anticoagulante que este consumiendo.
- También es importante realizar las pruebas para diagnóstico al menos 12 semanas después de haberse presentado y si es posible, evitar la interferencia de medicamentos como los anticoagulantes orales directos.
- Si bien es cierto, la paciente tiene un factor de riesgo que es el consumo combinado de anticonceptivos, su edad puede sugerir una predisposición genética a hacer eventos trombóticos por lo que es importante realizar un adecuado diagnóstico para el tratamiento y consejería, así como seguimiento si se decide tener un embarazo.



Muchas gracias

www.congresocnb.com





21°

CONGRESO INTERNACIONAL CNB COLEGIO NACIONAL DE BACTERIOLOGÍA

INTERCULTURALIDAD • INCLUSIÓN • DESARROLLO SOSTENIBLE

M E D E L L Í N

2023

www.congresocnb.com

