

Profilaxis y tratamiento de la enfermedad tromboembólica en ancianos, cirugía y neoplasias

A. Valle-González

La ancianidad, fundamentalmente en el llamado 'Primer Mundo', comienza a ser una situación que de ningún modo es esporádica.

En la segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento que se celebró en Madrid en la primavera de 2002, se consideró que en este momento el mundo tendría unos 600 millones de ancianos, y las previsiones para el año 2050 serían de unos 2.000 millones. Debemos recordar que España, en este aspecto, es uno de los países a la cabeza.

La incidencia de trombosis venosa profunda (TVP) en los ancianos no está bien precisada, variando en la bibliografía consultada del 5 al 25%. Lo que sí sabemos es el alto índice de embolismo pulmonar (EP) en necropsias.

Las razones de que la TVP en los ancianos sea más frecuente viene dada por una disminución de la movilidad, la no despreciable incidencia de TVP previa, las varices, las infecciones con encamamiento, la presencia de fallos cardíacos congestivos y, en general, la restricción respiratoria en estos pacientes.

Algunos estudios muestran una dismi-

nución de eventos trombóticos con profilaxis heparínica; además, no hay evidencia de una mayor incidencia de sangrados mayores relacionados con la edad en ensayos clínicos.

Así pues, a la hora de decidir anticoagular a un paciente anciano, debemos tener en cuenta el peso, un estudio de coagulación y evaluar la función renal.

La función renal del paciente anciano puede estar alterada sencillamente por la edad avanzada del paciente, la comorbilidad y, a veces, la polimedicación a la cual se ven sometidos algunos de ellos. Debe considerarse que las HBPM tienen fundamentalmente una eliminación renal, aunque la parte relativa de eliminación renal o del sistema reticuloendotelial es diferente en cada preparado. El mejor método para evaluar la función renal sería el aclaramiento de creatinina, excluyendo en todos los ensayos a los pacientes con menos del 30%.

No obstante, a la hora de pautar tratamiento en este tipo de pacientes en dosis terapéutica debemos tener en cuenta la relación dosis-peso; resulta importante consultar la ficha técnica de cada produc-

Correspondencia:
*Dr. Antonio Valle González.
Muñoz Degrain, 17, 1.º E.
E-33007 Oviedo.
© 2003, ANGIOLOGÍA*

to y en la mayoría de los casos estudiar, aproximadamente una vez por semana, el número de plaquetas y un control del X-a.

Anatocoagulación y cáncer

Los pacientes neoplásicos presentan a lo largo de su enfermedad mayor riesgo de eventos de TVP con o sin tromboembolismo pulmonar (TEP). Las causas son múltiples, pero entre ellas debemos mencionar las intervenciones quirúrgicas sucesivas que han de efectuarse en estos pacientes, muchas de las cuales son de evidente agresividad, con liberación de células tumorales que contienen sustancias procoagulantes. Así mismo, deben considerarse postoperatorios con inmobilizaciones prolongadas, descompensaciones del proceso tumoral y, en fin, las compresiones venosas que la propia masa tumoral puede efectuar.

Los tratamientos quimioterapéuticos en muchos casos provocan aumento de los niveles de marcadores de activación de la coagulación, disminuyendo los anticoagulantes fisiológicos. La lesión del endotelio vascular se conoce desde hace años en las ramas periféricas que soportan el paso de los productos quimioterapéuticos, obviado en parte por el uso de vías venosas centrales, pero éstas no están exentas en sí mismas de complicaciones trombóticas al ocupar la luz de una vena, en ocasiones, por tiempos prolongados.

Algunos estudios necrópsicos muestran que los pacientes con neoplasia tienen una probabilidad muy superior de padecer TEP, incluso el doble que los pacientes libres de neoplasia, y el número

de recidivas es al menos tres veces superior en las neoplasias.

En cuanto a las intervenciones quirúrgicas, algunos estudios sugieren un claro aumento en el postoperatorio oncológico tanto de TVP como de EP, y apuntan como causas más lógicas para esta situación las cirugías más radicales y largas, politransfusiones sanguíneas, una superior inmobilización y, casi siempre, un peor estado general de los pacientes.

Así pues, parece claro —siguiendo además las recomendaciones de la Conferencia de Consenso Americana— que la anticoagulación de estos pacientes debe utilizarse siempre que estén inmovilizados o deban ser intervenidos. El manejo en cualquiera de los casos es complejo porque no podemos olvidar que las hemorragias son al menos seis veces más frecuentes en los pacientes oncológicos.

Se plantean entonces varios problemas a la hora de tratar a los pacientes tanto intrahospitalariamente como en régimen ambulatorio: ¿con qué los tratamos?

Dentro del hospital parece claro que las HBPM son las más adecuadas al ser más seguras y eficaces y, sobre todo, más fáciles de manejar si hiciera falta una intervención de urgencia.

Ambulatoriamente, hoy por hoy, los anticoagulantes orales son la norma, pero los criterios parecen ir cambiando debido a algunas ventajas de las HBPM: anticoagulación más uniforme, no precisan controles biológicos para ajustar dosis y manejo más flexible en caso de hemorragias o alto riesgo de sangrado.

El tratamiento con anticoagulantes orales suele requerir controles biológicos para ajuste de dosis mucho más fre-

cuentas, incluso dos veces a la semana, puesto que la función hepática, la dieta y la absorción intestinal interaccionan en exceso en la acción de estos fármacos y, además, los INR son impredecibles, con riesgo de sangrado importante.

El tiempo que deberíamos mantener la anticoagulación en los casos de TVP y cáncer sería de un año, por el alto porcen-

taje de recidivas una vez suspendido el tratamiento.

El papel de las heparinas de bajo peso en relación a la posible eficacia antitumoral constituye aún un supuesto no demostrado, aunque diversos trabajos inducen a pensar en la posibilidad de un aumento de la supervivencia global en estos pacientes.