



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



EDITORIAL

Enfermedad tromboembólica: el reto está en la profilaxis

Thromboembolic disease: the challenge is in the prophylaxis

La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) es un grave problema de salud. En el año 2005 representó en España el 0,82% de las altas hospitalarias, con una tasa estimada de 154 casos/100.000 habitantes, y una mortalidad hospitalaria media relacionada del 11,6% para la embolia pulmonar y del 2,3% para la trombosis venosa profunda¹. Se ha calculado que en ese mismo año supuso para el Sistema Nacional de Salud un coste total de 75.500.000 €. Todo ello sin contar las consecuencias a largo plazo: recurrencias, síndrome postrombótico e hipertensión pulmonar.

La ETV se presenta como diagnóstico secundario (asociada a otra afección) en aproximadamente la mitad de los casos, y de estos, en 3 de cada 4 el motivo de ingreso es una afección médica, fundamentalmente enfermedades cardiorrespiratorias. Por otra parte, dado que está íntimamente ligada al envejecimiento y al cáncer, 2 circunstancias en progresivo incremento en nuestro país, es previsible que su incidencia aumente en el futuro.

En los últimos años hemos experimentado avances significativos en el procedimiento diagnóstico de la ETV, como son el desarrollo de escalas de probabilidad clínica o la implantación de nuevos métodos analíticos como el dímero-D, que nos permiten seleccionar a los pacientes que deben ser sometidos a un proceso diagnóstico más extenso. A esto se ha sumado el progreso tecnológico, de forma que en la mayoría de los centros hospitalarios se dispone de ecografía doppler y angiografía por TAC multidetector. Sin embargo, a pesar de estas mejoras, aún existe una proporción significativa de ETV que, o bien pasan desapercibidas³, o cuyo diagnóstico se realiza con demora⁴.

En el presente número de *Rev Clin Esp*, Rodríguez et al.⁵ exponen la experiencia en el diagnóstico de la embolia pulmonar durante el año 2009 en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, comparando los pacientes diagnosticados a su llegada al Servicio de Urgencias con los diagnosticados posteriormente. En un 42,6% de los casos el diagnóstico de embolia pulmonar no se realizó el día del ingreso, siendo en estos pacientes la presentación clínica menos florida, con menor puntuación en la escala de probabilidad clínica, menor disnea, menor dolor torácico, y menos

insuficiencia respiratoria. Se identificaron como factores de riesgo del retraso diagnóstico, la localización de la embolia pulmonar en pulmón derecho, la ausencia de alteraciones en el ECG y la trombopenia. Sin embargo, el retraso diagnóstico no influyó en la estancia media ni en la mortalidad, probablemente debido a que los pacientes incluidos en la serie presentaban una elevada comorbilidad (37,2% cáncer, 18,2% demencia, 17% EPOC, etc.).

Habrà que valorar en posteriores estudios si estos datos se confirman, aunque los factores de riesgo identificados en el trabajo tienen poca utilidad clínica. Es evidente que debemos establecer estrategias enfocadas a mejorar el diagnóstico. Debemos fomentar políticas de formación mejorando el proceso de sospecha clínica, y seleccionar adecuadamente a los pacientes que serán sometidos a pruebas complementarias, ya que no parece que vayamos a disponer en un futuro próximo de nuevas pruebas que contribuyan a mejorar de forma significativa el proceso diagnóstico.

Otro aspecto recogido en el trabajo de Rodríguez et al. es que a pesar de que los pacientes de la serie presentaban gran comorbilidad y se registraba antecedente de inmovilización en un elevado número de pacientes, el porcentaje de enfermos con profilaxis previa era reducido. Es en este campo de la prevención donde los clínicos todavía podemos optimizar estrategias. Hace más de 20 años que se ha demostrado que la profilaxis de la ETV, que tan bien conocen y usan nuestros colegas cirujanos, es efectiva asimismo en pacientes médicos⁶⁻⁸. Se han desarrollado guías para su uso adecuado, alguna de ellas adaptada a nuestro medio⁹. A pesar de ello, se ha visto que los pacientes médicos reciben profilaxis farmacológica con menor frecuencia que los pacientes quirúrgicos, y que muchas veces esta es inadecuada, tanto por infra como por sobreutilización, siendo el empleo de las medidas de profilaxis no farmacológicas prácticamente anecdótico¹⁰. Las razones que explican esta situación probablemente son múltiples: formación deficiente de los profesionales, temor ante posibles consecuencias negativas (fundamentalmente hemorragias) o que se trata de pacientes pluripatológicos que toman ya múltiples tratamientos. Otra posible razón es que esta

complicación se produce frecuentemente tras el alta hospitalaria, recayendo la responsabilidad de su atención en un facultativo distinto al que atendió el ingreso previo, por lo cual pasa inadvertida para este¹¹. Asimismo las nuevas alternativas a la hospitalización (consultas de alta resolución, Unidades de corta estancia, hospital de día médico u oncológico, hospitalización a domicilio) permiten atender ambulatoriamente a pacientes que anteriormente ingresaban, pero que no dejan de estar en riesgo y por lo tanto deberían recibir profilaxis.

Se ha demostrado que el riesgo de ETV se extiende más allá del ingreso, al menos hasta las 12 semanas, sobre todo en pacientes sometidos a cirugía ortopédica y del cáncer¹². Las guías han recogido estas evidencias recomendando la extensión de la profilaxis a 4-6 semanas en estos casos⁸. En los pacientes con enfermedad médica aguda las evidencias no están tan claras, pero parece que en determinados subgrupos (mujeres, mayores de 75 años, pacientes con inmovilización completa) la extensión del tratamiento profiláctico a un mes puede ser beneficiosa¹³. Los nuevos anticoagulantes orales que abrían una perspectiva inicialmente esperanzadora, no han conseguido demostrar hasta el momento su efectividad para esta indicación¹⁴.

Por último, debemos tener en cuenta que en los pacientes médicos el proceso asistencial puede ser largo, con uso de múltiples fármacos y presencia frecuente de complicaciones, lo cual implica que en ellos el protocolo de profilaxis debe ser dinámico, reevaluado constantemente según las necesidades del paciente.

Se ha demostrado que la implicación de los órganos de dirección es necesaria para mejorar la profilaxis, de forma que los hospitales de mayor tamaño, con programas de residentes y con protocolos propios presentan mayor adecuación a las pautas de profilaxis. Asimismo la realización de auditorías periódicas mejora la práctica de la profilaxis¹⁵.

Tenemos herramientas para estimar el riesgo, se están definiendo mejor las poblaciones sobre las que actuar, y tenemos un tratamiento que se ha demostrado seguro y eficaz. Es ineludible que los profesionales acatemos estrictamente las recomendaciones de profilaxis, exigiendo además la implicación de la administración sanitaria, que debería estimular la adopción de las políticas necesarias, para así conseguir disminuir la incidencia de la ETV.

Bibliografía

1. Guijarro Merino R, Montes Santiago J, San Román Terán CM. Epidemiología hospitalaria de la enfermedad tromboembólica venosa en España. *Med Clin (Barc)*. 2008;131 Suppl 2: S2-9.
2. Grupo multidisciplinar para el estudio de la enfermedad tromboembólica en España. Estudio sobre la enfermedad tromboembólica venosa en España. Madrid: Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI); 2006. Consultado 26-12-2011 Disponible en: <http://www.fesemi.org/documentos/grupos/tromboembolica/publicaciones/estudio.etv.pdf>
3. Stein PD, Henry JW. Prevalence of acute pulmonary embolism among patients in a general hospital and at autopsy. *Chest*. 1995;108:978-81.
4. Fernández C, Jiménez D, de Miguel J, Martí D, Díaz G, Sueiro A. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en pacientes con tromboembolia de pulmón aguda sintomática. *Arch Bronconeumol*. 2009;45:286-90.
5. Rodríguez P, de Miguel J, Morán LP, Juárez MC, Jiménez R, Jiménez D. Tromboembolismo pulmonar no sospechado en el servicio de urgencias. *Rev Clin Esp*. 2012;212:179-83.
6. Samama MM, Cohen AT, Darmon JY, Desjardins L, Eldor A, Janbon C, et al. A comparison of enoxaparin with placebo for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patients. Prophylaxis in Medical Patients with Enoxaparin Study Group. *N Engl J Med*. 1999;341:793-800.
7. Alikhan R, Cohen AT. WITHDRAWN: Heparin for the prevention of venous thromboembolism in general medical patients (excluding stroke and myocardial infarction). *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;2. CD003747.
8. Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF, Heit JA, Samama CM, Lassen MR, et al. Prevention of venous thromboembolism: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest*. 2008;133 Suppl:381S-453S.
9. Medrano Ortega FJ, Navarro Puerto A, Vidal Serrano S, Alonso Ortiz del Río C, Gutiérrez Tous R, Marín León I, et al. Guía PRETEMED 2007 sobre prevención de enfermedad tromboembólica venosa en patología médica. Córdoba: SADEMI; 2007.
10. Cohen AT, Tapson VF, Bergmann JF, Goldhaber SZ, Kakkar AK, Deslandes B, et al., ENDORSE Investigators. Venous thromboembolism risk and prophylaxis in the acute hospital care setting (ENDORSE study): a multinational cross-sectional study. *Lancet*. 2008;371:387-94.
11. Spencer FA, Lessard D, Emery C, Reed G, Goldberg RJ. Venous thromboembolism in the outpatient setting. *Arch Intern Med*. 2007;167:1471-5.
12. Sweetland S, Green J, Liu B, Berrington de González A, Canonico M, Reeves G, Beral V, et al. Duration and magnitude of the postoperative risk of venous thromboembolism in middle aged women: prospective cohort study. *British Medical Journal* 2009; 339:b4583.
13. Hull RD, Schellong SM, Tapson VF, Monreal M, Samama MM, Nicol P, et al. EXCLAIM (Extended Prophylaxis for Venous Thromboembolism in Acutely Ill Medical Patients With Prolonged Immobilization) study. Extended-duration venous thromboembolism prophylaxis in acutely ill medical patients with recently reduced mobility: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2010;153:8-18.
14. Goldhaber SZ, Leizorovicz A, Kakkar AK, Haas SK, Merli G, Knabb RM, et al., ADOPT Trial Investigators. Apixaban versus enoxaparin for thromboprophylaxis in medically ill patients. *N Engl J Med*. 2011;365:2167-77.
15. Anderson Jr FA, Goldhaber SZ, Tapson VF, Bergmann JF, Kakkar AK, Deslandes B, et al., ENDORSE Investigators. Improving Practices in US Hospitals to Prevent Venous Thromboembolism: lessons from ENDORSE. *Am J Med*. 2010;123:1099-106, e8.

Ramón Rabuñal Rey

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Lucus Augusti, SERGAS, Lugo, España

Correo electrónico: ramon.rabunal.rey@sergas.es