

Cartas al Director

Réplica

Sr. Director:

En referencia a los comentarios de Medrano Ortega y cols. sobre nuestro artículo "Evaluación de utilización de HBPM como profilaxis de tromboembolismo venoso en pacientes de medicina interna"¹, quisiéramos aprovechar la oportunidad que nos brinda la revista para responderles.

En primer lugar, deseamos agradecerles su interés por nuestro trabajo, y señalar que consideramos muy interesante abrir un debate sobre la necesidad de la existencia de GPC (guías de práctica clínica) basadas en la evidencia, como una herramienta para la validación de la práctica clínica. Esto nos parece particularmente importante en el tema que nos atañe, dada la escasez de información validada disponible como los mismos Medrano Ortega y cols. puntualizan.

Tal como ya señalamos en la discusión de nuestro artículo, existen efectivamente limitaciones metodológicas, la más importante de ellas que en el momento de realización del estudio no se habían publicado escalas suficientemente validadas de estratificación de estos pacientes, por lo que se utilizó el protocolo de nuestro hospital como estándar de valoración del riesgo tromboembólico. Sin embargo, no hay que olvidar que el objetivo de nuestro trabajo era confirmar si la baja tasa de profilaxis del TEV en pacientes médicos hospitalizados tan constata en la bibliografía² sucedía también en nuestro medio, con el fin de realizar una intervención para adecuar esta profilaxis a las recomendaciones existentes.

En esta línea, una vez recogidos y analizados los datos, los resultados de nuestro estudio fueron dados a conocer en una sesión clínica sobre profilaxis del TEV conjunta con el servicio de medicina interna, y en la que se presentó la guía PRETEMED³, editada en ese lapso de tiempo, como una herramienta validada que lógicamente superaba al protocolo local. Con esto queremos corregir el equívoco derivado de nuestra alusión a la necesidad de adherirse a protocolos consensuados, y sumarnos al criterio de Medrano Ortega y cols. que abogan por el uso de escalas validadas siempre que se disponga de ellas.

Por otra parte, queremos señalar que el trabajo que se trata no fue planteado como un estudio comparativo, sino descriptivo, por lo que no tiene sentido alguno hablar de grupo control. En la discusión de nuestro artículo nos permitimos analizar las diferencias de las dos poblaciones (a saber: tratados y no tratados con HBPM) a pesar de que se hayan valorado con distintas fuentes de datos, puesto que se trata de un "análisis de riesgo mínimo". Así, aunque en el CMBDH –instrumento empleado con frecuencia para la evaluación de la actividad médica y para la investigación–, faltase por recoger algún factor de riesgo, el grado de riesgo no haría sino aumentar, corroborando nuestros resultados.

En cuanto a la comparación de la profilaxis del TEV entre

ambos grupos, aclaramos que se tuvo en cuenta en el análisis a los pacientes que tenían cobertura antitrombótica eficaz (heparina no fraccionada o anticoagulantes orales) distinta a las HBPM. Como se recoge en la tabla VI del artículo y posteriormente se destaca en la discusión, del grupo de los pacientes no tratados (223), 160 (71,7%) presentaban un nivel de riesgo moderado o alto y de ellos sólo 30 (18,7% de estos 160) estaban cubiertos con ACO o HNF¹.

No vamos a ahondar más en el hecho de que el protocolo utilizado tenía sus limitaciones, en cuanto a que contemplaba factores de riesgo cuya asociación con el TEV no ha sido claramente establecida. Sin embargo, continúan existiendo algunas divergencias en las recomendaciones. De hecho, las últimas guías recién publicadas del *American College of Chest Physicians*⁴, siguen considerando como factor de riesgo la enfermedad inflamatoria intestinal o las venas varicosas, situaciones que la guía PRETEMED no considera relevantes. En referencia al factor edad queremos resaltar que la media de edad de nuestros pacientes era $77,9 \pm 10,3$ en el grupo con HBPM y $68,4 \pm 12,1$ años en aquellos sin HBPM, con un 94 y 78% mayores de 60 años respectivamente, límite que los autores señalan para considerarla un factor de riesgo³.

Como es sabido, las guías y protocolos no deben ser algo estático, sino que evolucionan al ritmo de la evidencia científica emergente en cada momento. En esta línea, tras publicarse la guía PRETEMED, decidimos revalorar a nuestros pacientes con dicha escala. Como suponíamos, aplicando el protocolo hospitalario había una cierta sobrevaloración del riesgo respecto a la guía; sin embargo, puesto que había coincidencia en el 85% de los pacientes, consideramos válida la conclusión principal de la infrautilización de la profilaxis y por tanto la utilidad de realizar una intervención.

Con respecto a la prudencia manifestada por los autores sobre la recomendación de administrar profilaxis tromboembólica por el riesgo de hemorragias, habría que decir que el aumento en las tasas de sangrado clínicamente importante se considera pequeño con dosis profilácticas de HBPM⁴. En nuestro estudio no se dio ningún caso de hemorragia importante. Pensamos que esta problemática se supera utilizando algoritmos que tengan en cuenta tanto el riesgo como la existencia o no de contraindicación⁵ antes de decidir si se precisan medidas físicas o farmacológicas, además de la solicitud de recuentos plaquetares periódicos para descartar trombocitopenia (otro aspecto importante a tener en cuenta en la seguridad del uso de HBPM), tal y como recomiendan las fichas técnicas. En todo caso, queremos recalcar que existe evidencia de que una adecuada tromboprofilaxis tiene un ratio riesgo-beneficio deseable y es costo-efectiva⁴.

Desde nuestro punto de vista, para que se haga efectiva la aplicación de GPC que sintetizan la mejor evidencia disponible, es fundamental que los propios clínicos valoren cuál es la situación en su medio y sean conscientes de esa necesidad. Por ello, la realización de este tipo de trabajos observacionales, a pesar de sus limitaciones, es útil como modo de conocer la práctica clínica

habitual e identificar fortalezas y debilidades, para de este modo recomendar intervenciones multidisciplinares que en último término redunden en una mejor terapéutica para el paciente.

I. Villar Fernández, E. Urbieta Sanz

*Servicio de Farmacia. Hospital Universitario
Miguel Servet. Zaragoza*

Bibliografía

1. Villar Fernández I, Urbieta Sanz E, Arenere Mendoza M, López Larra-
mona G, Marcilla Córdoba F, Rabanaque Hernández MJ. Evaluación
de la utilización de heparinas de bajo peso molecular como profilaxis
del tromboembolismo venoso en pacientes de Medicina Interna. *Farm
Hosp* 2004; 28: 402-9.
2. Cohen AT, Alikhan R. Prophylaxis of venous thromboembolism in
medical patients. *Curr Opin Pulm Med* 2001; 7: 332-7.
3. Alonso Ortiz del Río C, Medrano Ortega FJ, Romero Alonso A, Villar
Conde E, Calderón Sandubete E, Marín León I, et al. *Guía PRETE-
MED 2003. Guía de profilaxis de enfermedad tromboembólica en
patología médica. Córdoba: SADEMI, 2003.*
4. Geerts WH, Pineo GF, Heit JA, Bergqvist D, Lassen MR, Colwell CW,
et al. Prevention of venous thromboembolism. The seventh ACCP
Consensus Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy.
Chest 2004; 126 (Supl. 3): 338S-400S.
5. Ruiz-Giménez N, Suárez C. Profilaxis del tromboembolismo
venoso en pacientes no quirúrgicos. En: Rocha E, Martínez F,
Monreal M. *Manejo práctico y pautas de actuación en la enferme-
dad tromboembólica venosa. Madrid: Acción Médica SA, 2003. p.
99-122.*