

Carta al Editor

El Uso de Heparinas de Bajo Peso Molecular como Profilaxis

Con mucho interés revisamos el artículo de Céspedes-Orozco et al publicado recientemente en Acta Médica Costarricense.¹ Dicho estudio demuestra como las indicaciones para el uso de heparinas de bajo peso molecular (HBPM) en nuestro país siguen las recomendaciones de grupos de expertos internacionales y de hecho, en el caso de profilaxis, se acerca al porcentaje de administración de los países industrializados.² Los datos publicados aportan información valiosa, sin embargo, los resultados invitan a complementar algunos puntos. Primero, siendo el 91% de las indicaciones de tipo preventivo, consideramos que el análisis debió incluir no solamente una estimación del riesgo de trombosis, sino también una estimación del riesgo de presentar hemorragias mayores, ya que la profilaxis ofrece beneficio relativo y además incrementa las complicaciones en el paciente médico con la presencia de un criterio de riesgo para sangrado.³ Al día de hoy, el único beneficio tangible de la tromboprofilaxis en los pacientes con padecimientos médicos es la disminución en la incidencia de episodios de tromboembolismo pulmonar,⁴ que son asintomáticos en su mayoría y para los cuales es necesario tratar a 345 y a 400 pacientes para evitar un evento no fatal y fatal, respectivamente. En cuanto a los episodios de trombosis venosa profunda, la evidencia actual no sustenta reducción en su incidencia.⁵ Todo esto significa que en la población de pacientes con padecimientos médicos, la utilización de heparina no muestra efectos en la reducción de la mortalidad global, conlleva aumentos en la aparición de episodios de sangrado y cuestiona si la medida de tromboprofilaxis deba ser aceptada universalmente. Segundo, tomando en cuenta que existe una gran diversidad de diagnósticos analizados (médicos y quirúrgicos) es muy difícil concluir, como afirman los autores con certeza, la proporción real de efectos secundarios y la seguridad de las HBPM habiendo analizado los padecimientos como un grupo único. Sabiendo que los pacientes sometidos a cirugías de rodilla y de cadera tienen un riesgo alto de trombosis y aquellos con padecimientos neurológicos o neuroquirúrgicos son quienes cumplen con criterios de riesgo mayor para sangrado,⁶ no es prudente realizar una generalización sobre el perfil de seguridad de las HBPM para ambos, de hecho, en algunos países del primer mundo el abordaje basado en riesgos está diseñado para pacientes quirúrgicos, médicos y obstétricos de forma independiente, ya que está comprobado que los riesgos de trombosis y sangrado varían entre ellos.⁷ Por otro lado, considerando el perfil farmacológico del Fondaparinux⁸ (vida media más prolongada y eliminación predominantemente renal), nos hace pensar que las características del grupo de pacientes analizado en su estudio, pudieran enmascarar el hecho de que su utilización representa un riesgo aún mayor para sangrado en los pacientes médicos que generalmente vemos, con un grueso de compromiso multisistémico o edad adulta mayor, y por ende con compromiso de la función renal o bajo peso. Dentro del diseño del estudio ARTEMIS,⁹ estos pacientes fueron excluidos y por lo anterior, nos parece rescatable no considerar este heparinoide como medida universal de tromboprofilaxis como grupo junto a

las HBPM. Por último, los autores hacen énfasis en la ausencia de protocolos de diagnóstico o terapéutica en su institución, lo cual parece ser algo en común con el sector público, esto conlleva dificultad para la colaboración e intercambio de información. En la actualidad se está implementando un grupo de estudio de trombosis y hemostasia en el Hospital Calderón Guardia, con el cual esperamos pronto poder aportar información sobre nuestra población y cooperar con los hospitales privados para uniformar criterios y desarrollar protocolos en conjunto.

Referencias

1. Céspedes-Orozco G, Chaverri-Fernández JM, López-González J, Zavaleta-Monestel E. Análisis y caracterización de la farmacoterapéutica de las heparinas de bajo peso molecular prescritas en pacientes hospitalizados en el Hospital Clínica Bíblica (Costa Rica) durante el período de marzo a agosto del 2010. Acta Méd Costarr 2012; 54(1):31-37.
2. Bergmann JF, Cohen AT, Tapson VF, Goldhaber SZ, Kakkar AK, Deslandes B, Huang W, Anderson FA Jr; ENDORSE Investigators. Venous thromboembolism risk and prophylaxis in hospitalised medically ill patients. The ENDORSE Global Survey. Thromb Haemost 2010; 103(4):736-48
3. Lederle FA, Zylla D, MacDonald R, Wilt TJ. Venous thromboembolism prophylaxis in hospitalized medical patients and those with stroke: a background review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. Ann Intern Med 2011;155(9):602-15.
4. Crowther MA, Garcia D. Thromboprofilaxis in medical inpatients reduces pulmonary embolism, increases the risk of major haemorrhage and does not reduce total mortality, producing questionable net clinical benefit. Evid Based Med 2012. Prepublished online 3 april 2012. DOI: 10.1136/ebmed-2012-100509.
5. Dentali F, Douketis JD, Gianni M, Lim W, Crowther MA. Meta-analysis: Anticoagulant Prophylaxis to Prevent Symptomatic Venous Thromboembolism in Hospitalized Medical Patients. Ann of Intern Med 2007;146:278-288.
6. Cohen AT, Tapson VF, Bergmann JF, Goldhaber SZ, Kakkar AK, Deslandes B, Huang W, Zayaruzny M, Emery L, Anderson FA Jr; ENDORSE Investigators. Venous thromboembolism risk and prophylaxis in the acute hospital care setting (ENDORSE study): a multinational cross-sectional study. Lancet 2008; 371(9610):387-94.
7. Venous Thromboembolism: reducing the risk: Reducing the risk of venous thromboembolism in patients admitted to hospital. National Institute for Health and Clinical Excellence. National Health Service. Enero 2010. Disponible en: <http://publications.nice.org.uk/venous-thromboembolism-reducing-the-risk-cg92/appendix-a-the-guideline-development-group-and-nice-project-team#members-of-the-previous-guideline-development-group-for-venous-thromboembolism-reducing-the-risk>. Accesado: 12 abril 2012.
8. Donat F, Duret JP, Santoni A, Cariou R, Necciari J, Magnant H et al. The Pharmacokinetics of Fondaparinux Sodium in Healthy Volunteers. Clin Pharmacokinet 2002;41(suppl2):1-9.
9. Cohen AT, Davidson BL, Gallus AS, Lassen MR, Prins MH, Tomkowiak W et al. Efficacy and safety of fondaparinux for the prevention of venous thromboembolism in older acute medical patients: randomized placebo controlled trial. BMJ 2006; 332:325-9.

Max Méndez-López¹, Andrés Romero-Pollín², Hospital "Dr. R. A. Calderón Guardia". ¹Médico residente postgrado en Hematología y ²Médico residente postgrado Medicina Interna, SEP-UCR

Correspondencia: maxmendez@runbox.com