ANALES DE MEDICINA INTERNA

Fundada en 1983
Prof. J. de Portugal y Prof. M. Díaz Rubio

Cartas al Director

Utilización de heparinas de bajo peso molecular en pacientes hospitalizados en Medicina Interna

Sr. Director:

Las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) son frecuentemente utilizadas en pacientes ingresados en unidades médicas como Medicina Interna. Varios estudios, entre ellos el estudio MEDENOX (1), han demostrado su eficacia en la prevención de eventos tromboembólicos en pacientes de riesgo ingresados en estas unidades. La mayoría de los trabajos sobre el uso de HBPM en profilaxis de enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) se han realizado en pacientes quirúrgicos, donde las indicaciones están establecidas, sin embargo, su utilización en pacientes médicos no está, por el momento, claramente consensuada, y se siguen criterios diferentes según la práctica clínica individual.

El objetivo de este estudio es evaluar la utilización de HBPM en la profilaxis de ETEV en pacientes hospitalizados en un servicio de Medicina Interna.

Se revisaron de forma retrospectiva 219 historias clínicas elegidas aleatoriamente de 680 pacientes ingresados durante el año 2002 en el servicio de Medicina Interna -V, Hospital General Universitario Gregorio Marañón – Cantoblanco, Madrid.

Se revisaron las historias de urgencias, comentarios de evolución y tratamiento en planta, las hojas de enfermería y el informe final de alta. Se utilizaron las siguientes definiciones:

—*Factores de riesgo para ETEV*: insuficiencia respiratoria aguda (PO_2 basal < 60 mmHg), obesidad ($IMC > 30$), insuficiencia venosa crónica (presencia de varices), trombocitosis ($> 1.000.000/\text{microL}$), accidente cerebro vascular agudo con afectación de extremidades inferiores, insuficiencia cardíaca congestiva y cardiopatía isquémica aguda, ETEV previa, inmovilización > 3 días y neoplasia activa.

—*Contraindicaciones*: sangrado activo, trombopenia ($< 100.000/\text{microL}$), $INR > 1,50$, alergia a heparina, crisis hipertensiva y endocarditis aguda.

—*Actuación correcta*: 1. Utilización de enoxaparina a dosis de 40 mg/día en pacientes con algún factor riesgo y sin contraindicación. 2. No uso de HBPM en pacientes sin factores de riesgo. 3. No uso de HBPM en pacientes con algún factor de riesgo y contraindicaciones.

—*Actuación incorrecta*: 1. Utilización de enoxaparina a dosis distintas de 40 mg/día. 2. Utilización de HBPM en pacientes sin

factores de riesgo. 3. utilización de HBPM en pacientes con alguna contraindicación. 4. No utilización de Enoxaparina 40 mgrs/día en pacientes con algún factor de riesgo y sin contraindicaciones.

Se realizó un estudio retrospectivo utilizando el paquete estadístico SPSS, versión 9.0 para el análisis de los datos

La edad media fue de 75 años con un rango de 24 a 99. El 55,7% fueron varones. Se encontró algún factor de riesgo en 169 pacientes (77,2%) y mas de uno en 94 (42,9%). Los factores de riesgo mas frecuentemente encontrados fueron la inmovilización (39%) e insuficiencia cardíaca congestiva (35%) (Fig. 1). Existieron contraindicaciones en 96 pacientes (43,9%) siendo la más frecuente $INR > 1,50$ (28%). Del total de pacientes, se utilizó HBPM en 104 (47,5%). Globalmente la actuación fue correcta en 96 pacientes (44%) e incorrecta en 123 (56%).

Fig. 1. Factores de riesgo para ETEV.

Las causas mas frecuentes de actuación incorrecta, fueron: la no utilización de HBPM en pacientes con algún factor de riesgo y

sin contraindicaciones (24%) y su utilización en pacientes que tenían alguna contraindicación (14 %).

En este trabajo se evidencia una actuación incorrecta en más del 50% de los casos en cuanto al manejo de la tromboprolifaxis en pacientes hospitalizados en una unidad de Medicina Interna. Estas cifras son similares a las referidas por otros autores (2,3), tanto en la infrautilización de HBPM como su uso en situaciones en las que no existe indicación.

La causa más frecuente de esta incorrecta actuación es la no administración de profilaxis estando indicada; ello se puede deber a la infraestimación de la incidencia de ETEV, la falta de validación y ponderación de cada uno de los factores de riesgo con los que se asocia esta enfermedad y el injustificado temor a las complicaciones hemorrágicas.

La ETEV es una de las principales causas de muerte en pacientes hospitalizados. En España su incidencia se estima en 62.400 casos/año para trombosis venosa profunda (TVP) y 23.000 casos/año para tromboembolismo pulmonar (TEP). Teniendo en cuenta que la TVP es a menudo silente y el TEP puede ser fatal, la forma más eficaz de prevenir la ETEV es el uso rutinario de profilaxis en pacientes hospitalizados con riesgo moderado-alto para esta enfermedad (4). Esta medida tiene un alto índice coste-efectividad; sin embargo el uso de profilaxis sigue siendo inadecuado. En base a estos datos hemos diseñado un estudio para conocer nuestra actuación en el manejo de HBPM en la tromboprolifaxis, promover la realización de una guía de práctica clínica en nuestro centro y su evaluación posterior.

Las definiciones utilizadas están basadas en la literatura, incluyendo pacientes que estarían en los grupos de riesgo moderado-alto (5). Una de las limitaciones de este estudio es que no existen criterios validados para definir los grupos de riesgo (3), por lo que cada estudio se basa en recomendaciones del propio hospital.

Se eligió como pauta correcta Enoxaparina 40 mg conforme a los resultados del estudio MEDENOX1, en el que se compara Enoxaparina a dosis de 20 y 40 mg frente a placebo para prevención de ETEV en pacientes ingresados en unidades médicas. En este estudio sólo se demostró eficaz la dosis de 40 mg.

En resumen tras esta revisión nos hemos dado cuenta que a pesar de que es un problema conocido y se han tratado de hacer guías de práctica clínica siguen quedando sin respuesta clara estas tres interrogantes (6).

¿A quién? ¿Con qué? y ¿Cuánto tiempo?, se debe realizar prevención de ETEV en pacientes ingresados en unidades médicas.

M. J. Jaras Hernández, P. Agudo de Blas, J. González Polo, M. A. García Viejo, F. Estelles Piera, J. Nieto López-Guerrero, A. Noguero Asensio

Servicio de Medicina Interna V. Hospital Hospital General Universitario Gregorio Marañón – Cantoblanco. Madrid

1. 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.
2. Stark JE, Kilzer WJ. Venous thromboembolic prophylaxis in hospitalized medical patients. *Ann Pharmacother* 2004; 38: 36-40.
3. Chmelik P, Chopard P, Bounameaux H. An evaluation of thromboembolism prophylaxis in acutely ill medical patients. *Swiss Med Wkly* 2002; 132 (35-36): 513-6.
4. Arnold DM, Kahn SR, Shrier I. Missed opportunities for prevention of venous thromboembolism: an evaluation of the use of thromboprophylaxis guidelines. *Chest* 2001; 120: 1964-71.

5. Thromboembolic Risk Factors (THRIFT) Consensus Group. Risk of and prophylaxis for venous thromboembolism in hospital patients. *BMJ* 1992; 305: 567-74.
6. Gallus AS, Nurmohammed M, Kearon C, Prins M. Thromboprophylaxis in non-surgical patients: who, when and how? *Haemostasis* 1998; 28 (Supl. 3): 71-82.

Isquemia medular secundaria a hematoma epidural no traumático

Sr. Director:

El hematoma epidural espontáneo es una patología infrecuente y apenas existen casos descritos a nivel mundial. A continuación presentamos nuestra breve experiencia en este ámbito.

Se trata de un paciente de 70 años sin enfermedades ni tratamientos previos, que encontrándose bien inicia de manera súbita plejía de ambas extremidades superiores, que en el transcurso de 2 horas se extiende a extremidades inferiores, acompañándose de desarrollo de insuficiencia respiratoria por parálisis de la musculatura respiratoria, por lo que es preciso intubarlo y conectarlo a ventilación mecánica. Durante todo el proceso no existen alteraciones en el nivel de conciencia. Se realiza RM de raquis cervical de modo urgente donde se aprecia la existencia de un imagen extraaxial de localización posterior que se extiende desde C2 hasta C4, con diámetro craneo caudal de 3,5 cm y anteroposterior de

Fig. 1.