

La profilaxis antitrombótica: esencial para la seguridad de los pacientes

David Jaimovich

Si bien se reconoce la existencia de enfermedades y complicaciones prevenibles, la experiencia mundial demuestra que sus tasas no han disminuido significativamente durante años. Específicamente me refiero a la enfermedad tromboembólica venosa y sus complicaciones periféricas y centrales, como la tromboembolia pulmonar.

Entre algunas de las interrogantes que surgen en relación con ésta se encuentran las siguientes:

- ¿Cuál es nuestra experiencia en esta enfermedad y cómo podemos prevenir o mitigar sus complicaciones?
- ¿Qué hemos aprendido al respecto en los últimos 50 años?
- ¿Cómo podemos mejorar los cuidados hospitalarios con una profilaxis antitrombótica adecuada?

Experiencia

Durante los últimos 50 años numerosas investigaciones han evaluado la eficacia, seguridad y rentabilidad de diversas intervenciones en la profilaxis antitrombótica.¹ Desde 1986 han sido publicadas más de 25 guías clínicas que abordan el manejo de los pacientes que cumplen con los criterios clínicos para recibir profilaxis antitrombótica. Todas estas guías, basadas en evidencias clínicas y científicas, la recomiendan para la mayoría de los pacientes hospitalizados.¹

Aun cuando se reconoce que los fármacos antitrombóticos y las medidas mecánicas para la profilaxis antitrombótica son claves para la seguridad de los pacientes hospitalizados, sus tasas de administración y aplicación siguen lejos de los estándares óptimos.

En 2009, el *National Quality Forum*, entidad estadounidense que se dedica a la calidad y seguridad de los procesos clínicos en la salud, publicó las prácticas más seguras en

los cuidados clínicos de los pacientes hospitalizados y ambulatorios.² Estas prácticas consisten en 34 recomendaciones, dos de ellas directamente relacionadas con la profilaxis antitrombótica:

- La prevención de la enfermedad tromboembólica venosa mediante la evaluación de cada paciente a su ingreso hospitalario y después periódicamente y el uso de métodos de profilaxis antitrombótica clínicamente apropiados y basados en evidencias clínicas y científicas.
- La instrumentación de estrategias para prevenir el daño al paciente por la terapia de anticoagulación.

¿Qué hemos aprendido?

En 2004, la Asociación Americana de Salud Pública indicó que la falta de correlación entre la evidencia y la ejecución relacionada con la prevención de la trombosis venosa profunda, representa una crisis de la salud pública.³

El *U. S. Department of Health and Human Services* publicó *The Surgeon General's call to action to prevent deep vein thrombosis and pulmonary embolism-2008*, donde demostró que los profesionales clínicos tienen a su alcance medidas eficaces para la prevención y el tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa; sin embargo, la mayoría de los pacientes que podrían beneficiarse con ellas no las reciben apropiadamente.⁴

Dos guías clínicas abordan específicamente la prevención de la enfermedad tromboembólica venosa en pacientes sometidos a cirugías ortopédicas de cadera o rodilla. Fueron desarrolladas por expertos del Colegio de Médicos Torácicos⁵ (ACCP) y de la Asociación Americana de Cirujanos Ortopédicos⁶ (AAOS), respectivamente. En ambas se acepta que la meta más importante es prevenir la tromboembolia pulmonar.

Aunque la mayoría de los neumólogos y de los hospitales siguen las guías de la ACCP, a menudo existen discrepancias en los protocolos locales que se siguen en pacientes sometidos a cirugía ortopédica. Las guías de la ACCP incluyen la detección de trombosis venosa profunda por venografía, en pacientes asintomáticos y sintomáticos, como una medida eficaz de profilaxis antitrombótica,⁵ mientras que la AAOS la rechaza porque considera que no está comprobado el vínculo entre la trombosis venosa profunda y la trombo-

University of Illinois, Chicago, Illinois, USA.

Correspondencia:

David Jaimovich.

3149 Dundee Rd, 60062 Northbrook, Illinois, USA.

Tel.: 1 708 977 1054.

E-mail: djaimovich@qrintl.com

Recibido para publicación: 02-07-2010

Aceptado para publicación: 20-07-2010

embolia pulmonar. La posición de la AAOS es inconsistente con la evidencia de estudios de imagenología y estudios clínicos, que demuestran la reducción paralela de una y otra cuando se comparan pacientes a quienes se administraron medicamentos antitrombóticos con pacientes que recibieron un placebo o con pacientes control.⁷ Muchas de las recomendaciones de la AAOS están basadas en opiniones de expertos y no tienen sustento en evidencias científicas. Yo recomiendo las guías de la ACCP, porque la metodología es explícita y rigurosa y las recomendaciones de tratamiento reflejan las evidencias obtenidas de estudios aleatorios. Si los clínicos adoptan la guía de la ACCP, podrán estar seguros de que los pacientes sometidos a artroplastias de cadera y rodilla recibirán los mejores tratamientos disponibles para la prevención de la enfermedad tromboembólica venosa, para la reducción de la discapacidad y, potencialmente, de la muerte por esta condición.

Se puede calcular los costos hospitalarios relacionados, por ejemplo: en un hospital con capacidad para 300 camas, en el cual no se sigue un proceso sistemático para la prevención de la enfermedad tromboembólica venosa, puede estimarse una incidencia anual de 150 casos intrahospitalarios de la enfermedad, cinco de los cuales fallecerán. Se deduce que aproximadamente 50 a 75 de esos casos son potencialmente evitables con profilaxis apropiada.⁸

La trombosis venosa profunda intrahospitalaria representa un aumento de 10 000 dólares americanos en costos de internación y cada caso de tromboembolia pulmonar representa aproximadamente 20 000 dólares americanos en costos adicionales al presupuesto hospitalario.⁸

¿Cuál es la realidad?

Nuestras instituciones no disponen de evaluaciones estandarizadas relativas a la enfermedad tromboembólica venosa, además no se hacen evaluaciones de riesgo en todos los pacientes hospitalizados. Si bien existen varias definiciones de lo que es la profilaxis apropiada, con frecuencia existe incongruencia con las órdenes médicas y los protocolos de cuidado clínico. No se toman en cuenta los riesgos que comprometen el tratamiento óptimo del paciente, como la instalación de catéteres centrales, la sedación, la sujeción del paciente, la inmovilidad, las infecciones, los cambios de medicamentos, el peso, la función renal y la realización de procedimientos recientes.

Cuando el estado clínico del paciente cambia no se hacen modificaciones dinámicas ni se reevalúa la profilaxis; tampoco se practica el monitoreo plaquetario con la frecuencia necesaria. No existen procesos estandarizados para decidir cuándo se debe discontinuar la profilaxis y cuándo determinar la transición de los cuidados clínicos entre los profe-

sionales y las áreas clínicas, lo que deriva en un tratamiento inconsistente.

Mejora de la calidad en la atención de la enfermedad tromboembólica venosa

Los líderes hospitalarios deben tener conciencia de cómo un programa efectivo de prevención de la enfermedad tromboembólica venosa se alinea con las metas en la atención al paciente, en el funcionamiento clínico y en la disminución de costos de los servicios. Para asegurar que el personal clínico se involucre, los líderes deben estar comprometidos con el apoyo que le brindan al personal hospitalario.

Se debe desarrollar un equipo multidisciplinario para la prevención de la enfermedad tromboembólica venosa, integrado por un dirigente, generalmente clínico, un facilitador del departamento de calidad, personal clínico (los dueños del proceso) y personal de informática para automatizar el proceso. Este equipo de trabajo deberá revisar exhaustivamente las iniciativas que se están tomando en otras áreas clínicas, para poder apoyar los nuevos procesos de prevención.

Este equipo debe hacer ciertas preguntas para evaluar el estado de la institución:

- ¿Hay datos clínicos sobre la prevención o sobre eventos de enfermedad tromboembólica venosa?
- ¿Qué lecciones se pueden aprender de intervenciones previas o presentes para prevenirla?
- ¿Hay actividades educacionales al respecto para los profesionales clínicos?
- ¿Qué tan fragmentados están los cuidados en el hospital? ¿Las unidades de cuidados intensivos son abiertas o cerradas?
- ¿Los pacientes son apropiadamente agrupados por servicio o especialidad?

Aunque el número y tipo de factores de riesgo de enfermedad tromboembólica venosa parecen influir en el riesgo general del paciente, no hay una metodología validada para predecir eficientemente el riesgo de esta enfermedad en cada paciente hospitalizado.

Un artículo de la conferencia de la ACCP apoya la iniciativa de profilaxis.⁸ Los argumentos son los siguientes:

- La imposibilidad para identificar con certeza a los pacientes que no necesitan profilaxis.
- La imposibilidad de predecir cómo se combinarán los factores de riesgo, para posicionar a un paciente en el espectro de riesgo de la enfermedad tromboembólica venosa.

- Individuar la profilaxis es logísticamente complejo y probablemente los resultados sean subóptimos.
- Todavía no se ha descrito una estrategia para alcanzar la profilaxis correcta en el paciente adecuado, con tasas sostenibles y aceptables, de tal forma que se pueda replicar fácilmente en las distintas instituciones.

Debe definirse en forma multidisciplinaria qué es la profilaxis antitrombótica y difundir el concepto, además de desarrollar un protocolo para la evaluación, prevención y tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa. El protocolo ideal debe ser aplicable a todos los pacientes, fácil de acceder, de aplicar y de evaluar, por lo que debe incluir lo siguiente:

- Creación de una evaluación estandarizada del riesgo de enfermedad tromboembólica venosa.
- Despliegue de opciones apropiadas de profilaxis antitrombótica para cada nivel de riesgo.
- Enlace de cada nivel de riesgo con las opciones para la prevención, conforme las evidencias clínicas.
- Identificación de las contraindicaciones absolutas y relativas a la profilaxis antitrombótica farmacológica y determinar las alternativas aceptables para estos pacientes

Educación e implementación

El equipo debe desarrollar un curso de capacitación y educación sobre los nuevos protocolos de profilaxis antitrombótica, y el personal debe demostrar entendimiento y habilidad para aplicar el nuevo protocolo. Una vez capacitado el personal clínico se debe preparar e implementar un estudio piloto en una o dos áreas clínicas, para evaluar la eficacia, conformidad y beneficios del protocolo, en un proceso sencillo en que se limiten las opciones de la profilaxis antitrombótica a las necesarias para cada categoría de riesgo. De igual forma deben anticiparse las variaciones del protocolo y monitorizar las intervenciones, para medir el funcionamiento conforme parámetros debidamente definidos y basados en indicadores clínicos de calidad.⁸

Debe existir un proceso continuo de la mejora en los hospitales mediante protocolos de calidad y seguridad. Estos procesos no pueden ser llevados solo por un selecto grupo de profesionales sino que debe existir una cultura de aceptación de cambio. Los líderes deben ser parte del cambio y de las iniciativas de calidad. El programa de profilaxis antitrombótica debe ser evaluado y reevaluado periódicamente para identificar las áreas que necesitan ajustes, además debe ser lo suficientemente flexible para llevar a cabo las adaptaciones necesarias y tener un plan de expansión.

Conclusiones

Mejorar la seguridad de los servicios clínicos que se brindan a los pacientes en los hospitales ayuda a salvar vidas, disminuye las complicaciones innecesarias y apoya el concepto de que recibir atención médica mejora y no empeora a los pacientes, con lo que aumenta la confianza de éstos en el personal de salud. Infortunadamente después de casi 10 años del informe *Errar es humano*, del Instituto de Medicina de Estados Unidos, que hizo un llamado a la acción, todavía no se ha logrado la seguridad fiable en los cuidados de la salud. Diariamente en todo el país existen pacientes que sufren complicaciones reversibles e irreversibles en instituciones de salud. Este daño no es intencional, sin embargo, por lo general se puede evitar. Los errores que derivan en un daño a menudo se deben a fallas en el sistema organizacional de las instituciones, a falta de liderazgo y a factores previsibles del comportamiento humano. Los usuarios de los servicios clínicos deben insistir en que las instituciones de salud demuestren su compromiso para reducir los errores médicos y mejorar la seguridad, estableciendo prácticas seguras basadas en evidencias clínicas y científicas. Esto incluye la promoción de un entorno eficaz de notificación y aprendizaje de los errores o fallas, dentro de una cultura libre de culpa. Aprender de los errores de otros es también un componente esencial del proceso de mejora de la seguridad clínica.

Referencias

1. Geerts W. Prevention of venous thromboembolism: a key patient safety priority. *Thromb Haemost* 2009;7(suppl 1):1-8.
2. National Quality Forum. National Quality Forum Endorses Updated Safe Practices. Available at: http://www.qualityforum.org/News_And_Resources/Press_Releases/2009/National_Quality_Forum_Endorses_Updated_Safe_Practices.aspx
3. American Public Health Association. Deep vein thrombosis: raising awareness to protect patient lives. Washington, D.C.: American Public Health Association; 2004.
4. U.S. Department of Health and Human Services. The Surgeon General's call to action to prevent deep vein thrombosis and pulmonary embolism-2008. Available at: <http://www.surgeongeneral.gov/topics/deepvein/calltoaction/call-to-action-on-dvt-2008.pdf>
5. Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF, Heit JA, Samama CM, Lassen MR, et al; American College of Chest Physicians. Prevention of venous thromboembolism: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2008;133:381S-453S.
6. Eikelboom JW, Karthikeyan G, Fagel N, Hirsh J. American Association of Orthopedic Surgeons and American College of Chest Physicians guidelines for venous thromboembolism prevention in hip and knee arthroplasty differ: what are the implications for clinicians and patients? *Chest* 2009;135:513-520.
7. Maynard G, Stein J. Preventing Hospital-Acquired Venous Thromboembolism: A Guide for Effective Quality Improvement. Prepared by the Society of Hospital Medicine. AHRQ Publication No. 08-0075. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.
8. Amin AN, Deitelzweig SB. Optimizing the prevention of venous thromboembolism: recent quality initiatives and strategies to drive improvement. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2009;35:558-564.