

## Heparinas de bajo peso molecular en la profilaxis y tratamiento del tromboembolismo pulmonar

**Sr. Editor:**

Hemos leído con interés las Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en tromboembolismo e hipertensión pulmonar, publicadas en el número de febrero de la Revista<sup>1</sup>. Si bien es indudable la utilidad de las mismas, nos parece oportuno comentar algunos aspectos.

En primer lugar, en la tabla 11, en la que se especifica el riesgo de tromboembolismo venoso posquirúrgico, se han omitido algunas situaciones de riesgo alto, como la cirugía mayor en pacientes de más de 60 años, o muy alto, como la neurocirugía electiva, traumatismo múltiple o lesión medular aguda<sup>2</sup>, en las cuales debe pensarse el clínico a la hora de establecer un tratamiento profiláctico del tromboembolismo venoso.

En segundo lugar, en el apartado de tratamiento se hace alusión a la «última conferencia de consenso sobre terapia antitrombótica del American College of Chest Physicians (ACCP)», referenciada con la cita 24, que corresponde a la conferencia de consenso publicada en 1992. En realidad, la última conferencia de consenso sobre terapia antitrombótica del American College of Chest Physicians (ACCP) se ha publicado en el año 2001 y en ella, en lo que hace referencia al tratamiento antitrombótico para la enfermedad tromboembólica venosa, se recomienda que los pacientes con trombosis venosa profunda (TVP) o tromboembolismo pulmonar (TEP) deben ser tratados con heparinas de bajo peso molecular (HBPM), heparina no fraccionada (HNF) por vía intravenosa o heparina subcutánea a dosis ajustadas, con un grado de recomendación 1A<sup>3</sup>. Esto contrasta, de alguna forma, con el hecho de que en las Guías de la Sociedad Española de Cardiología<sup>1</sup> se pone en duda el hecho de que las HBPM constituyan una alternativa a la HNF en el tratamiento del TEP.

En tercer lugar, no deja de sorprender que en la tabla 12 no se mencione la dalteparina en la profilaxis del tromboembolismo venoso en pacientes en los que se implante una prótesis de cadera, cuando la superioridad de la dalteparina frente a anticoagulación oral en la profilaxis del tromboembolismo venoso en esta indicación se ha evidenciado en 2 ensayos clínicos controlados con warfarina<sup>4,5</sup>. Por razones de espacio y por su mayor relevancia comentaremos únicamente el más reciente<sup>5</sup>, que consistió en un ensayo clínico prospectivo, aleatorizado, doble ciego, paralelo y multicéntrico, realizado en 1.472 pacientes, que fueron aleatorizados al recibir tratamiento con dalteparina iniciada en el preoperatorio inmediato, dalteparina iniciada en el postoperatorio precoz o warfarina. En este estudio, la dalteparina iniciada en el preoperatorio inmediato dio lugar a una reducción relativa del riesgo (RRR) de TVP del 55% ( $p < 0,001$ ) y a una RRR de TVP proximal del 72% ( $p = 0,04$ ), con respecto a warfarina. La administración de dalteparina en el postoperatorio precoz dio lugar a una RRR de TVP del 45% ( $p < 0,001$ ) y a una RRR de TVP proximal del 72% ( $p = 0,03$ ). La frecuencia de TVP sintomática documentada objetiva-

mente fue inferior en el grupo tratado con dalteparina iniciada en el preoperatorio inmediato que en el grupo tratado con warfarina (1,5 frente a 4,4%;  $p = 0,02$ ). Las hemorragias mayores fueron más frecuentes con dalteparina iniciada en el preoperatorio inmediato que con warfarina, pero no existieron diferencias al respecto entre dalteparina iniciada en el postoperatorio precoz y warfarina.

En conclusión, creemos que las HBPM constituyen actualmente una firme alternativa a la HNF en el tratamiento del TEP. Por otra parte, según la bibliografía existente, la dalteparina debe ser recomendada en la profilaxis del tromboembolismo venoso en pacientes en los que se implante una prótesis de cadera.

Javier Borja y Pere Olivella

Departamento de Medicina. Pharmacia Spain, S.A.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Sáenz de la Calzada C, Sánchez Sánchez V, Velázquez Martín MT, Tello de Meneses R, Gómez Sánchez MA, Delgado Jiménez J et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en tromboembolismo e hipertensión pulmonar. *Rev Esp Cardiol* 2001; 54: 194-210.
2. Agnelli G, Sinaglia F. Prevention of venous thromboembolism. *Thromb Res* 2000; 97: 49-62.
3. Hyers TM, Agnelli G, Hull RD, Morris TA, Samama M, Tapson V et al. Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease. *Chest* 2001; 119: 176S-193S.
4. Francis CW, Pellegrini VD Jr, Totterman S, Boyd AD Jr, Marder VJ, Liebert KM. Prevention of deep-vein thrombosis after total hip arthroplasty. Comparison of warfarin and dalteparin. *J Bone Joint Surg* 1997; 79: 1365-1372.
5. Hull RD, Pineo GF, Francis Ch, Bergqvist D, Fellenius C, Soderberg K et al. Low-molecular-weight heparin prophylaxis using dalteparin in close proximity to surgery vs warfarin in hip arthroplasty patients. *Arch Intern Med* 2000; 160: 2199-2207.

### Respuesta

**Sr. Editor:**

Agradecemos al Dr. Borja y al Dr. Olivella el interés mostrado por nuestro artículo, así como sus comentarios sobre el mismo. Trataremos de responder con esta carta a sus objeciones.

Respecto al primer punto, es cierto que tal vez la tabla 11 quede parcialmente incompleta, pero estos defectos creemos que quedan subsanados en la tabla 12, en la cual se mencionan todas y cada una de las situaciones omitidas en la tabla 11.

Respecto al segundo punto, nos gustaría resaltar que las guías de la Sociedad Española de Cardiología fueron escritas y aceptadas para su publicación antes de que tuviese lugar «la última conferencia de consenso sobre terapia antitrombótica del American College of Chest Physicians

(ACCP)». No obstante, asumimos las recomendaciones de este consenso.

Respecto al tercer punto, es cierto que no se mencionan todas y cada una de las heparinas de bajo peso molecular disponibles actualmente y que se debería haber incluido la profilaxis con dalteparina, así como con nadroparina y tinzaparina.

Por último, nos gustaría agradecer al Dr. Borja las aportaciones realizadas y comprendemos su inquietud desde el punto de vista de la industria farmacéutica.

Carlos Sáenz de la Calzada

Servicio de Cardiología.  
Hospital Doce de Octubre. Madrid.