

17:30 h. Tema de debate II

Tratamiento extrahospitalario de la trombosis venosa

Moderador
E. Ros

Ponente
A. Masegosa

Discusor
V. Martín Paredero

Tratamiento domiciliario de la trombosis venosa

Dr. Alberto Masegosa
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.
Hospital General. Albacete

Introducción

La Trombosis Venosa Profunda (T.V.P.), es la 3ª enfermedad cardiovascular más frecuente, tras la Isquemia Coronaria y el Ictus. La incidencia se cifra en alrededor de 160 casos/100.000 habitantes y año, para la T.V.P. y de 20 casos/100.000 habitantes y año para el Embolismo Pulmonar.

Su frecuencia aumenta con la edad, y se ha convertido en un problema sanitario a pesar de que su prevalencia ha disminuido en determinadas circunstancias, como ingresos hospitalarios o intervenciones quirúrgicas, debido al mayor uso de profilaxis. El mantenimiento de las cifras de incidencia a pesar de la aplicación de la profilaxis, puede deberse a las siguientes razones:

- Aumento de expectativas de vida.
- Aumento del número de casos de cáncer.
- Cirugía más agresiva en pacientes mayores.
- Altas hospitalarias precoces sin continuar la profilaxis.
- Progreso en los métodos diagnósticos.
- Aumento del número de procedimientos invasivos vasculares.

Desde 1960, y gracias a Barrit y Jordan¹, sabemos que la heparina es eficaz en el tratamiento de la T.V.P. Estos autores controlaron 19 T.V.P. sin tratamiento y 16 anticoaguladas con heparina. En este segundo grupo no tuvieron ningún caso de Embolismo Pulmonar, mientras que en los no tratados hubo 10 (51%), 5 de ellos fatales. La recurrencia de los episodios de T.V.P. también está relacionada con el tratamiento. Brondjes² comprueba un 7% de recurrencia, en pacientes tratados con heparina no fraccionada (H.N.F.), frente a un 20% en los pacientes no tratados.

H.B.P.M. en el tratamiento de la T.V.P.

El tratamiento clásico de las Trombosis Venosas ha sido mediante H.N.F. e ingreso hospitalario controlando esta

medicación mediante las cifras de T.T.P.A. En la última década, la aparición de las heparinas de bajo peso molecular (H.B.P.M.), ha desplazado a la H.N.F. en el tratamiento de la T.V.P. Este hecho se produce a partir de una serie de ventajas teóricas de las H.B.P.M. respecto de la H.N.F. que son las siguientes:

- Mayor vida media plasmática de las H.B.P.M.
- Mayor biodisponibilidad.
- Mejor predicción de la respuesta anticoagulante.
- Dosis ajustadas al peso una o dos veces al día.
- Las H.B.P.M. no precisan de test de laboratorio de control.
- Menor riesgo de Trombocitopenia inducida.
- Potencial menor riesgo de osteopenia.

Estas ventajas teóricas tenían que demostrarse en la práctica clínica, y se publican una serie de trabajos que confirman que las H.B.P.M. son al menos tan eficaces y seguras como la H.N.F. en el tratamiento de la T.V.P. Los parámetros de eficacia se valoran, generalmente, en la tasa de recurrencias de T.V.P., y las de seguridad en las tasas de mortalidad y de sangrado mayor. Los trabajos clásicos que valoran estos datos son los que comentamos a continuación.

Lensing³ realizó en 1995 un metaanálisis de 10 estudios comparativos en el tratamiento de la T.V.P. entre H.N.F. y H.B.P.M. con los resultados que se observan en la Tabla 1.

Resultados similares son publicados por Sirogusa⁴, Leizorovicz⁵, Turkstva⁶ y Dolovich⁷.

Tratamiento domiciliario de la T.V.P.

Al no precisar el paciente la administración i.v. de la heparina, ni realizarse controles analíticos diarios, se abre la posibilidad de que el tratamiento se pueda realizar en el propio domicilio, lo que teóricamente conlleva ventajas para el propio paciente y ahorro económico para el sistema sanitario. Estos puntos los trataremos más adelante, ya que la premisa indispensable antes es demostrar que el tratamiento domiciliario no supone más riesgos para el paciente. Estos riesgos, que se pueden valorar con los parámetros de seguridad (hemorragias mayores y mortalidad) y eficacia (tasa de retrombosis), van a obligarnos a elaborar unos criterios de exclusión, desde el punto de vista médico, en los que se reflejan aquellas situaciones en las que debemos mantener al paciente ingresado, para vigilar la posibilidad de aparición de complicaciones.

Yuren en 1999⁸ realizó un estudio de cohortes para valorar las complicaciones que presentaban los grupos de pacientes según fueran elegibles o no elegibles para tratamiento domiciliario de la T.V.P. Los resultados los vemos en la Tabla 2.

Utilizando unos criterios muy estrictos para selección de pacientes, en los que eligió como candidatos a tratamiento domiciliario, no presentó ningún tipo de complicaciones en este grupo.

Además de los criterios médicos de exclusión, existen otros de carácter sociosanitario, como son la negativa del paciente o la imposibilidad de control del mismo.

En resumen, una lista de criterios de exclusión para tratamiento domiciliario podría ser la siguiente:

- Evidencia o sospecha clínica de E.P.
- Condiciones que aumenten el riesgo de sangrado:
 - Cirugía reciente.
 - Úlcus gastroduodenal activo.

Tabla 1.

	H.B.P.M. 540 p.	H.N.F. 546 p.	R.R.	P.
Recurrencia T.V.P.	3,1%	6,6%	0,53	<0,01
Hemorragias	0,8%	2,8%	0,68	<0,005
Muerte a 3 meses	3,9%	7,1%	0,47	<0,04

Tabla 2.

	Total	No Complicación	Complicación
No elegibles para T.V.P. domiciliaria	159	146	13
Elegibles para tratamiento domiciliario	36	36	0

Tabla 3.

	Koopman 1996		Levine 1996	
	Nadroparina N = 202	H.N.F. N = 198	Enoxaparinas N = 247	H.N.F. N = 253
Recurrencia T.V.P.	14 (6,9%)	17 (8,6%)	13 (5,3%)	17 (6,7%)
Sangrado mayor	1 (0,5%)	4 (2%)	5 (2%)	3 (1,2%)
Mortalidad a 3 meses	8 (3,9%)	10 (5%)	13 (5,3%)	17 (6,7%)

Tabla 4.

	Tratamiento hospitalario		
	H.B.P.M.	H.N.F.	P
Recurrencia T.V.P.	3%	7%	<0,01
Sangrado mayor	0,8%	3%	<0,005
Muerte	4%	7%	0,04

Tabla 5.

	H.B.P.M. Domiciliaria	H.N.F. Hospitalaria	R.R.
Recurrencia T.V.P.	6%	8%	0,8
Sangrado mayor	1%	2%	0,9
Muerte	6%	7%	0,8

- HTA maligna.
- Sangrado reciente.
- Insuficiencia Renal o Hepática.
- Trombocitopenia.
- Obesidad Mórbida.
- Aumento del riesgo de progresión de la trombosis.
 - T.V.P. proximal o extensa.
 - T.V.P. recurrente.
 - Embarazo.
 - Alteraciones de la coagulación.
- Rechazo del paciente.
- Imposibilidad de seguimiento.
- Condiciones socio-sanitarias inadecuadas.

Respecto a la seguridad y eficacia de los tratamientos domiciliarios frente al tratamiento hospitalario se han publicado muchos trabajos. Quizás los más clásicos y referidos en la literatura son los de Levine⁹ y Koopman¹⁰, que tienen la curiosidad de haber sido publicados en el mismo número de la misma revista. Se trata de dos trabajos prospectivos multicéntricos y randomizados que comparan H.B.P.M. en dos dosis diarias en tratamiento domiciliario y H.N.F. en pacientes ingresados.

El trabajo de Levine fue realizado en Canadá y utilizó la Enoxaparina y el trabajo Koopman se llevó a cabo en Europa, Australia y Nueva Zelanda con Nodroparina. Los resultados reunidos los mostramos en la Tabla 3.

Dunn publica en 1999 un metaanálisis de estudios que comparan H.B.P.M. frente a H.N.F. en pacientes ingresados y H.B.P.M. en pacientes ambulatorios frente H.N.F. en pacientes ingresados. El resumen de los resultados se observa en las Tablas 4 y 5.

Boccalon¹² publicó en 1998 un estudio multicéntrico realizado en el Sudoeste de Francia, en el que compara tratamiento domiciliario con tratamiento hospitalario, pero en ambos casos con H.B.P.M. Los resultados son similares a los anteriores.

Confirmada la seguridad y eficacia de las H.B.P.M. en tratamiento domiciliario, el interés se centra en facilitar dicho tratamiento, lo que se conseguiría reduciendo la administración de dos dosis diarias a una al día. Hay distintos trabajos que intentan demostrar esto para las distintas H.B.P.M. Las resumimos en las Tablas 6¹³, 7¹⁴, 8¹⁵, 9¹⁶.

Estudios económicos y de calidad de vida

Antes comentábamos que las ventajas técnicas del tratamiento domiciliario eran el ahorro económico y la satisfacción del paciente. Revisando la literatura comprobamos que hay muchos más estudios económicos que de calidad de vida, lo que debe motivar la autocritica de los médicos y de las administraciones sanitarias.

Todos los estudios económicos coinciden en que el tratamiento domiciliario con H.B.P.M. es más barato que el tratamiento hospitalario, aunque las cifras son muy dispares.

El estudio Vamip¹⁷ es un estudio multicéntrico, abierto y randomizado en 200 pacientes para comparar, además de la eficacia, el coste de ambos tratamientos. Se utilizan varias heparinas de bajo peso molecular en tratamiento ambulatorio respecto a tratamiento hospitalario con la misma pauta de administración. El resultado económico es el siguiente:

Coste hospitalario = 20.932 F.F. +/- 1482
 Coste domiciliario = 9.230 F.F. +/- 2005
 Reducción del coste = 56%

Lindmarker también publica en 1996¹⁸ una reducción del coste en régimen ambulatorio del 34,5%.

Yurkowski¹⁹ valora el tratamiento hospitalario en 4.300 dólares y el tratamiento domiciliario en 2.600 dólares, lo

que supone un ahorro de 1.700 dólares por paciente tratado ambulatoriamente, y Groce²⁰ valora el ahorro por paciente en tratamiento domiciliario en 2.315 dólares.

En cuanto al grado de satisfacción del paciente, en muchos trabajos se comenta este hecho como cierto, pero quiero señalar el de Harrison de 1998²¹, que realiza un estudio de cohortes para valorar, además de la seguridad y eficacia, el grado de satisfacción del paciente con el tratamiento, mediante la contestación de un cuestionario de calidad de vida.

- El 91% de los pacientes estaban satisfechos con el tratamiento domiciliario.
- El 44% estaban conformes con la autoinyección de la H.B.P.M.
- El 92% estaban satisfechos con el seguimiento realizado durante el tratamiento.

Reflexiones finales

Tras la lectura y el análisis de estos trabajos podemos concluir que:

- Las H.B.P.M. son tan seguras y eficaces como la H.N.F. en el tratamiento de la T.V.P.
- Las H.B.P.M. pueden utilizarse con seguridad en el tratamiento domiciliario.
- La dosis única de H.B.P.M. es igual de eficaz que las dos dosis diarias.
- El tratamiento ambulatorio de las T.V.P. supone un ahorro económico importante en cada paciente.
- Con un protocolo adecuado al grado de satisfacción del paciente, con este tratamiento, puede ser alto.

Con estas conclusiones todos estaríamos obligados al tratamiento ambulatorio, pero antes de ello habría que

	Nº	Recurrencia T.V.P.	Sangrado mayor
Nadroparina 1 dosis	316	4,1%	1,3%
Nadroparina 2 dosis	335	7,2%	1,2%

Tabla 6.

	Nº	Recurrencia T.V.P.	Sangrado mayor
Enoxaparina 1 dosis	298	4,4%	1,7%
Enoxaparina 2 dosis	312	2,9%	1,3%
H.N.F.	290	4,3%	2,1%

Tabla 7.

	Nº P	Recurrencia T.V.P.	Sangrado mayor
Dalteparina 1 dosis	278	5,8%	0%
H.N.F.	286	2,8%	1,4%

Tabla 8.

	Nº P	Recurrencia T.V.P.	Sangrado mayor
Tinzaparina 1 dosis	213	2,8%	0,5%
H.N.F.	219	6,9%	5%

Tabla 9.

realizar una última reflexión sobre las ventajas e inconvenientes del mismo, y valorar que para que el grado de satisfacción del paciente se mantenga, el protocolo de actuación debe ser claro y correcto.

Ventajas del tratamiento domiciliario

- Mantenimiento del paciente en su domicilio.
- Mayor confort del paciente.
- Inmovilización reducida.
- Comienzo más precoz de sus actividades habituales.
- Coste terapéutico menor.

Inconvenientes del tratamiento domiciliario

- Riesgos en la fase inicial de la enfermedad.
- Estudio, valoración y seguimiento de patologías asociadas.
- Teórico aislamiento del paciente del entorno sanitario.
- Dificultades terapéuticas y etiológicas.
- Dificultad para administrar y controlar la HBPM y los anticoagulantes orales.
- Riesgo de banalización del tratamiento y del diagnóstico.

Conociendo las ventajas del tratamiento ambulatorio, la función de un buen protocolo, será obviar los inconvenientes que hemos mencionado.

Protocolo de actuación

Las premisas que se deben cumplir son las siguientes:

1. Confirmación del diagnóstico.
2. Elaboración de criterios de selección.
3. Información y aceptación del paciente.
4. Programa de educación del paciente.
5. Seguimiento domiciliario.
6. Facilidad de acceso a los profesionales.
7. Estudio de factores etiológicos.

Confirmación del diagnóstico

La prueba de elección para el diagnóstico es el Eco-Doppler color. En los casos en que se disponga de Dimeró-D, se realizará este test de laboratorio. Se recurrirá a la flebología en caso de duda diagnóstica con Eco-Doppler color.

Criterios de selección

- a. Criterios de inclusión: trombosis venosas confirmadas.
- b. Criterios de exclusión: los mencionados con anterioridad.

Información y aceptación del paciente

Es fundamental la entrega por parte del médico, y la firma del paciente, de un documento de consentimiento informado que refleje con claridad los riesgos del tratamiento.

Programa de educación del paciente

Debe explicarse verbalmente y adjuntar por escrito, las instrucciones para realizar correctamente el tratamiento en cuanto a la administración de H.B.P.M., régimen de vida, contención elástica y síntomas que sugieran efectos secundarios, con la indicación de dónde y cómo acudir al médico en caso de presentarlos.

Seguimiento domiciliario

Es importante contar con el médico de Atención Primaria o con Equipos de Atención Domiciliaria para el seguimiento clínico, y con ATS para la administración de la HBPM en caso de no poder realizar el paciente la autoinyección.

Facilidad de acceso a los profesionales

En la hoja de información al paciente se indicarán los cauces para realizar consultas programadas o urgentes y los casos en que deben acudir al servicio de urgencias.

Estudio de factores etiológicos

En los casos de T.V.P. idiopática está indicado el estudio de trombofilia o descartar enfermedades sistémicas como neoplasias. Este tipo de estudios pueden realizarse en régimen ambulatorio mediante la indicación y pruebas diagnósticas que cada centro considere oportunas.

La elaboración definitiva de cada protocolo la hará cada hospital en función de sus peculiaridades.

Bibliografía

1. Barrity Jordan. *Lancet* 1960;1:1309-12.
2. Brandjes, et al. *N Engl J Med* 1992;327:1485-9.
3. Lensing, et al. *Arch Intern Med* 1995;155:601-7.
4. Sirogusa, et al. *Am J Med* 1996;100:269-77.
5. Leizorovicz, et al. *B.M.V.* 1994;155:601-7.
6. Turkstva, et al. *Thromb Haemost* 1997;78:489-96.
7. Dolovich, et al. *Arch Intern Med* 2000;160:181-8.
8. Yusef, et al. Outpatient treatment of Deep Venous Thrombosis. *Chet* 1999;115:4:972-9.
9. Levine, et al. *N Engl J Med* 1996;334:677-81.
10. Koopman, et al. *N Engl J Med* 1996;334:682-7.
11. Dunn, et al. Outpatient treatment of Deep Vein Thrombosis: Translating clinical trials into practice. *The American Journal of Medicine* 1999;106:660-9.
12. Boccalon, et al. Traitement des thromboses veineuses profondes a domicile: de l'évolution des idées a la pratique medicale. *Bull Acad Natle Med* 1998;182 (1):101-5.
13. Charbonnier, et al. *Thromb Haemost* 1998;79:887-901.
14. Spiro, et al. *Thromb Haemost* 1997;suppl. 375 Abstract 1527.
15. Lindmarker, et al. *Thromb Haemost* 1995 suppl.
16. Hill, et al. *N Engl J Med* 1997;326:975-82.
17. Boccalon, et al. *Arch Intern Med* 2000 in press.
18. Lindmarker, et al. *Journal of Internal Medicine* 1996; 240:395-401.
19. Yurkowski, et al. *Supplement to Pharmacotherapy* 1998; 18(6).
20. Groce JB. *Supplement to Pharmacotherapy* 1998;18 (6).
21. Harrison, et al. *Arch Int Med* 1998;158:2001-3.
22. Bick R. Low Molecular Weight heparins in the outpatient management of venous thromboembolism. *Seminars in Thrombosis and hemostasis* 1999;25(3):97-9.

23. Tillmon DJ, *et al.* Effectiveness and economic impact associated with a program for outpatient management of acute deep vein thrombosis in a group model health maintenance organization. *Arch Intern Med* 2000;160:2926-32.
24. Yeager BF, *et al.* Low-molecular-weight heparin in outpatient treatment of D.V.T. *American Family Physician* 1999;59(3):945-52.
25. Achkar, A, *et al.* Comme traiten en pratique une thrombose veineuse profonde en ambolatoire? *Journal des maladies vasculaires* 1999;24(1):5865.
26. Deitcher SR, *et al.* How to use low-molecular-weight heparin for outpatient management of deep vein thrombosis. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 1999;66(6):329-31.

Tratamiento domiciliario de la trombosis venosa

V. Martín Paredero

El Dr. Masegosa ha dejado claramente establecidas las ventajas que presentan las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) frente a las heparinas no fraccionadas (HN) para el tratamiento de las Trombosis Venosas Profundas (TVP). Para ello se basa en unos interesantes estudios clínicos publicados en revistas de gran factor de impacto que, curiosamente, ninguna es de ámbito quirúrgico. La verdad es que si realizamos una búsqueda bibliográfica dentro de las revistas que, por lo general, más utilizamos dentro de nuestra especialidad, nos encontramos con la desagradable sorpresa ante la escasez de publicaciones sobre este tema. Posiblemente sea debido a que el tratamiento quirúrgico en esta patología ha pasado a un segundo lugar y, por lo tanto, el angiólogo y cirujano vascular-endovascular en este tema se ha convertido, y que nadie se moleste, en un mero confirmador diagnóstico, por así decirlo, de la sospecha clínica o a la realización de un Eco-Doppler. Es decir, hematólogos, internistas y otras especialidades tienen mucho que decir en este tema. Pienso que junto con ellos deberíamos consensuar pautas de tratamiento o Unidades Multidisciplinarias encaminadas sobre todo al diagnóstico rápido a nivel de nuestro sistema sanitario que nos permitiera poner en marcha protocolos de esta índole. Está claro que también se trata de todo un cambio cultural en que además de ponernos de acuerdo con la Atención Primaria, se debe educar al paciente.

En su introducción, el Dr. Masegosa expone unos datos que, aunque por todos conocidos, no dejan de ser escalofriantes. De ellos me gustaría quedarme con uno: la tasa de Embolismo Pulmonar (EP) que, en un país como los Estados Unidos, supone unos 600.000 ingresos y unas 50.000 muertes anuales. Por otro lado, trabajos como el del grupo de Porter (*J Vasc Surg* 1997) nos alerta del alto riesgo de EP que presentan algunos tipos de TVP (pantorrilla) de difícil diagnóstico o que no se le da la importancia debida.

No es mi intención ni interés el discutir la superioridad de una HBPM sobre otra. Está claro que, en general, las HBPM son al menos tan eficaces y seguras que las HN cuando se valora la tasa de recurrencia de TVP, la tasa de mortalidad y de sangrado mayor. Pero ¿qué pasa con los EP? Y sobre todo si ocurren a nivel domiciliario. Países Europeos como Suiza o Alemania, el tratamiento de las

TVP se viene haciendo de forma ambulatoria desde hace años (Blätter W, *J Vasc Surg* 2000) y deambulando el paciente desde el primer día. No los ha supuesto ningún cambio "cultural" la introducción de las HBPM. Sin embargo, en nuestro país, pienso que la situación es un poco distinta. Ya de por sí, la muerte intrahospitalaria de un paciente relativamente joven por un episodio de EP nos trae bastantes dolores de cabeza y más de una visita para intentar aclarar el tema a los juzgados.

Las premisas del tratamiento de las TVP a nivel domiciliario que expone el Dr. Masegosa son:

- La no necesidad de controles analíticos diarios.
- Ahorro económico para el sistema sanitario.
- Grado de satisfacción del paciente.

Ninguna de estas premisas son refutables según los estudios que presenta. Pero, como he dicho, en nuestro medio hay que tener muy en cuenta los criterios legales y éticos.

Pero vayamos por partes. Según el estudio de Yusen (*Chest*, 1999), que presenta el Dr. Masegosa, sólo un 18% de los pacientes son elegibles para tratamiento domiciliario. Esto implica que es escaso el número de pacientes que potencialmente se beneficia de esta modalidad de tratamiento ya que hay que realizar una selección muy rigurosa para no ingresar al paciente. De esta forma, es de presuponer que con esta selección previa, es difícil comparar las complicaciones que surgen entre los pacientes en régimen ambulatorio y los hospitalizados. Así el sesgo que existe en las diferentes publicaciones al comparar ambos grupos es considerable. Por otro lado, con estos datos, el ahorro sanitario que se consigue me parece bastante cuestionable aun y a pesar de los estudios que presenta en los que expresan un ahorro entre un 35% y un 56%. Habría que realizar un estudio randomizado en todos los aspectos, tanto clínico como económico que, en principio, me parece inviable desde el punto de vista ético.

Todos los criterios de exclusión que presenta el Dr. Masegosa para el tratamiento domiciliario de las TVP me parecen acertados dentro de la rigurosidad que debe presidir un protocolo de estas características. En concreto me parece muy importante el de: "La evidencia clínica o sospecha de EP". Personalmente, ante este criterio me vería en la obligación de realizar de forma rutinaria una gammagrafía de ventilación-perfusión ante una TVP confirmada que pretendiera mandar a su domicilio. Esto, por lo menos en mi Hospital resultaría sumamente complicado. Por otro lado, los últimos datos aportados en

diciembre de 2000, en la Academia de Ciencias Médicas de Barcelona, por el Dr. Villareal que sí realiza de forma sistemática esta prueba, nos habla de que un 5% de los pacientes tratados en régimen ambulatorio con HBPM presentan un episodio de EP. En nuestro medio, es difícil de justificar esta cifra sin estar ingresado el paciente. Si bien es cierto que se le hace firmar un Consentimiento Informado a los pacientes que aceptan esta modalidad de tratamiento, no es menos cierto que esto no nos libera de nuestra responsabilidad legal de, en teoría, poner al alcance del paciente todos los medios necesarios para su curación. Y ese potencial aislamiento del paciente del entorno sanitario puede comprometer la premisa anteriormente expuesta.

En la confirmación diagnóstica de la TVP, también veo una serie de dificultades técnicas para realizar el tratamiento ambulatorio. El Dímero-D, realizada con métodos reactivos, pudiera ser una prueba rápida y ambulatoria. Pero sus resultados dejan mucho que desear y, personalmente, tengo mis serias dudas sobre su utilidad. El Eco-Doppler sí es la prueba definitiva en la mayoría de los territorios venosos y su utilidad es indiscutible. Sin embargo, es un aparataje que está a nivel hospitalario y por lo menos, en nuestro caso, no es utilizable las 24h del día por manos fiables. Es decir, en una serie de pacientes que llegan a Urgencias a unas determinadas horas, tendrían que esperar hasta el día siguiente para la realización de esta prueba con lo que posiblemente, ante la sospecha clara de TVP y debido a la presión asistencial en este Servicio, nos veríamos en la obligación de ingresar al paciente. De esta forma, y antes de incluir a este paciente en un tratamiento ambulatorio, habría causado una corta estancia hospitalaria.

El último punto citado por el Dr. Masegosa que es el alto grado de satisfacción del paciente en el tratamiento ambulatorio también me plantea mis dudas en los trabajos analizados. Creo que cuando hablan de ese 18% que se ha tratado de forma ambulatoria, su grado de satisfacción se está refiriendo a otros parámetros que no tiene que ver con su "Calidad de Vida". Si que estarán satisfechos de las explicaciones recibidas, de estar en casa, etc. Pero su calidad de vida en cuanto a la percepción que tiene el paciente sobre su estado de salud no creo que se haya determinado. Es decir, posiblemente se haya realizado una encuesta de satisfacción como las que se hacen cuando nuestros pacientes salen de las consultas externas, pero no creo que se haya aplicado en el sentido amplio un test de calidad de vida como el EuroQol o el SF-36.

Como discusor, no he pretendido cerrar los ojos hacia una forma de tratamiento que considero puede ser correcta. Pero, posiblemente, todavía no ha llegado el momento o no están todos los puntos claros o la presión de las casas comerciales de las HBPM es muy alta. Por ahora, al menos en mi caso, los inconvenientes que expone el Dr. Masegosa del tratamiento domiciliario de las TVP son mucho más importantes y más graves que las ventajas que el mismo comporta.
