

local de informe para eventos relacionados con la transfusión de plasma fresco congelado y sus controles han demostrado acciones para su mitigación, como disminuir el uso de unidades provenientes de otras instituciones y predominantemente usar plasma de donantes masculinos.

Los sistemas de hemovigilancia involucran los servicios o bancos de sangre, organizaciones profesionales, laboratorios de transfusión de los hospitales y los médicos y enfermeras comprometidos en el tratamiento de los pacientes con plasma y otros derivados, con el fin de incrementar la seguridad de la sangre y el manejo de reacciones adversas a su uso.

Finalmente, los costos asociados a transfusión involucran varios aspectos, unos relacionados con el diagnóstico, tratamiento o manejo de la enfermedad o de la situación que requiere la transfusión y otros con el proceso en sí de la preparación, exámenes necesarios y manejo de las posibles complicaciones. Se consideran mínimo tres etapas de una transfusión: 1) pretransfusión: donación, procesamiento, pruebas, almacenamiento y transporte; 2) transfusión: pruebas cruzadas con receptor, transfusión con labor de médicos, enfermeras y bacteriólogos y 3) posttransfusión: seguimiento y control de reacciones. La no utilización

del plasma solicitado o una mala indicación inciden en estos costos.

Es así como esta evidencia ayuda a que nuestras instituciones de salud tengan un sistema de hemovigilancia con registro de los EAT, que nos permitan el uso de plasma fresco congelado en forma adecuada, siguiendo guías que nos permitan mayor seguridad para los pacientes y un uso más racional con menores costos para el país y para las instituciones (6, 7).

Referencias

1. O'Shaughnessy DF, Atterbury C, Bolton Maggs P, Murphy M, Thomas D, Yate S, Williamson LM. British Committee for Standards in Hematology, Blood Transfusion Task Force. Guidelines for the use of fresh-frozen plasma, cryoprecipitate and cryosupernatant. *Br J Haematol* 2004; **126**: 11-28.
2. Dzik W, Rao A. Why do physicians request fresh frozen plasma? *Transfusion* 2004; **44**: 1393-4.
3. Piscioti I, Cubillos JG, Beltrán J, Novoa DJ, Dennis R. Factores asociados al desarrollo de eventos adversos con transfusión de plasma fresco congelado. *Acta Med Colomb* 2013; **38**: 127-131.
4. Goldman M, Webert KE, Arnold DM, Freedman J, Blajchman MA. TRALI Consensus Panel. Proceedings of a consensus conference: towards an understanding of TRALI. *Transfus Med Rev* 2005; **19**: 2-31.
5. Peng T. Plasma transfusion in two disasters in China. *Transfus Med* 2013; **23**: 279-80.
6. Kacker S, Frick KD, Tobian AR. The costs of transfusion: economic evaluations and transfusion medicine. *Transfusion* 2013; **53**: 1383-1385.
7. Pandey S, Vyas GN. Adverse effects of plasma transfusion. *Transfusion* 2012; **52(suppl)**: 65S-79S.

B. OSPINO

Trombosis inusuales y trombofilia

Unusual thrombosis and thrombophilia

Cuando existen vacíos en el conocimiento de ciertas áreas médicas, como en el tema que nos ocupa, resulta de gran interés contar con artículos como el de los doctores Buitrago, Casas y Solano, de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-Hospital San José de Bogotá, quienes nos presentan en un análisis descriptivo retrospectivo, su experiencia en el manejo de 73 pacientes, en un periodo de cuatro años, los cuales presentaron trombosis venosa profunda en sitios inusuales o raros:

senos venosos, miembros superiores y lecho esplácnico (1).

El estudio de los orígenes de los episodios trombóticos estuvo enfocado en la detección de factores congénitos, adquiridos y condiciones asociadas conocidas como causa de estas afecciones, encontrando trombofilia en más de la mitad de los casos (57%), predominando el síndrome antifosfolípidos sobre las demás causas estudiadas, en todas los sitios afectados. Este hallazgo es similar para los

Ver artículo: página 132

Dr. Benjamín Ospino Cáliz: Ex coordinador del Programa de Especialización en Hematología y Oncología, Universidad Militar Nueva Granada-Hospital Militar Central, Bogotá, D.C. (Colombia). E-mail: bospinoc@hotmail.com

sitios comunes, pero no para lo informado en los inusuales.

La población analizada es dominada por mujeres en edad reproductiva, por lo que en los factores de riesgo asociados prima la condición de género: embarazo, consumo de anovulatorios orales y puerperio; las otras fueron el tabaquismo, las neoplasias asociadas y no se menciona la obesidad, que ya en este momento es un problema de salud pública.

Teniendo en cuenta el sitio de la trombosis y su causa, la mayoría de los pacientes recibieron terapia anticoagulante con warfarina y por tiempo prolongado, acorde con las recomendaciones y consensos internacionalmente aceptados. La escogencia de otro tipo de anticoagulante y la suspensión de la terapia tampoco se apartó de estas recomendaciones.

Ardua debió haber sido la labor de los autores al partir de 1.100 historias clínicas con diagnóstico de trombosis, y quedar con sólo 73 que cumplieron con los criterios de inclusión para el trabajo. La baja calidad de los registros clínicos en la mayoría de nuestros centros médicos sigue siendo un gran inconveniente para los estudios descriptivos retrospectivos. No se desanimen y continúen con sus proyectos, aportando a la medicina colombiana e internacional.

El tema de la trombosis venosa en sitios inusuales sigue abierto y vigente. Qué bueno sería que se convirtiera en área de interés para los hematólogos de los diversos grupos ampliamente ubicados en todo el país.

¡Adelante!

Referencias

1. Buitrago LE, Casas P, Solano MH. Trombosis inusuales y trombofilia: un problema difícil de abordar. Experiencia de cuatro años. *Acta Med Colomb* 2013; 38: 132-137.

G. GAMARRA

Epidemiología de la insuficiencia renal crónica

Epidemiology of chronic renal failure

Ver artículo: página 138

Dr. Germán Gamarra Hernández: Esp, MSc. Médico Internista, Nefrólogo, Epidemiólogo Clínico. Profesor Titular Laureado, Universidad Industrial de Santander. Ex presidente Asociación Colombiana de Nefrología. Bogotá, D.C. (Colombia).
E-mail: ggamarra2000@yahoo.com

La enfermedad renal crónica (ERC) se caracteriza por una pérdida lenta, progresiva e irreversible de la función renal. Su evolución puede tomar muchos años y las manifestaciones clínicas de la enfermedad aparecen cuando la pérdida de la función del riñón se encuentra por encima de 70%; aun en estado más avanzado y con una función renal residual inferior a 20%, los síntomas y signos no son muy evidentes y la consulta al médico, cuando se realiza, usualmente obedece a causas inespecíficas secundarias al compromiso de los diversos órganos afectados que dificultan el diagnóstico de la enfermedad.

La existencia de otras patologías como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial pueden alertar al clínico sobre la necesidad de evaluar de forma periódica la función del riñón y establecer estrategias para prevenir el compromiso de este órgano y retardar la progresión o deterioro de la enfermedad cuando

se evidencian las alteraciones tempranas del compromiso renal.

En el presente número de Acta Médica Colombiana se publica un artículo realizado por Coronado y cols titulado “*Características clínicas y demográficas de los pacientes incidentes en diálisis crónica y su relación con el ingreso a diálisis*” realizado en la ciudad de Ibagué, en donde se enfatiza sobre la existencia de una alta proporción de pacientes que ingresan a terapia de remplazo renal sin haber tenido un manejo previo por parte del nefrólogo y aun en casos de ser atendidos por estos especialistas, con frecuencia el tratamiento de la enfermedad se inicia de urgencia y sin la preparación requerida para lograr los mejores resultados (1).

La prevalencia e incidencia de la enfermedad renal crónica avanzada, que requiere terapia de remplazo renal, ha crecido de manera progresiva en Colombia y en la mayoría