

EDITORIAL

Síndrome de la clase turista



Carmen Suárez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

La posible relación entre los viajes en avión y la aparición de tromboembolia pulmonar (TEP) fue descrita en 1954 por Homans con la relación de 5 casos¹. Posteriormente, en 1977, Symington y Stack² acuñan el término «síndrome de la clase turista» después de identificar a 8 pacientes que, tras un viaje en avión, en clase económica, desarrollan una TEP. Desde entonces esta denominación se utiliza para describir aquella situación clínica relacionada con la inmovilidad propia de los pasajeros que viajan en avión en clase turista y, por tanto, con una disminución del espacio vital y de la movilidad.

En los últimos años, al comunicarse más frecuentemente casos de TEP asociados con los viajes en avión, ha saltado a la prensa general la polémica de si deberían tomarse medidas por parte de las compañías, organismos pertinentes o el propio viajero que va a realizar un vuelo prolongado para evitar su aparición.

Sin embargo, el tema está mucho más inmaduro y son numerosas las preguntas a contestar: ¿cuán importante es el riesgo absoluto?, ¿está asociado sólo a viajes en avión o puede también asociarse a otros tipos de viajes?, ¿existe algún perfil de pasajero que presente un mayor riesgo?, ¿debe aplicarse profilaxis a todos los pasajeros?, ¿qué tipo de profilaxis debe aplicarse?

La primera limitación es la estimación real de su frecuencia. En este sentido, han supuesto un avance publicaciones como la de Clerel y Caillard³, que en su estudio realizado en el aeropuerto de París estiman la incidencia de TEP en 0,5 casos por 1.000.000 de pasajeros. Por tanto, a pesar del gran número de pasajeros, el riesgo absoluto sería muy escaso, al igual que el relativo.

Aunque desde 1954 existen diferentes publicaciones (series de casos limitadas en su mayoría), la mayor parte de la información disponible sobre la asociación entre los viajes y el riesgo trombótico aparece a partir de 1999. Desde entonces se han publicado al menos 4 estudios de casos y controles en los que se incluye un total de 1.131 casos de enfermedad tromboembólica venosa (ETE), trombosis venosa profunda (TVP) y TEP relacionadas con viajes, y en los que los cocientes de riesgo van desde 3,98 para la TVP en el de Ferrari et al⁴, hasta no encontrar asociación, como ocurre en los estudios de Ten Wolde et al⁵ o el de Kraaijenhagen et al⁶. Tampoco son los resultados consistentes en cuanto al riesgo asociado a los diferentes tipos de viajes. No está definitivamente claro si el riesgo estaría asociado en exclusiva a los viajes en avión o podría estarlo a otros tipos de viajes. En este sentido hay estudios que no encuentran diferencias entre los distintos tipos de desplazamiento, ya sea en avión,

tren, coche o autobús⁶, mientras que otros⁵ no confirman estos hallazgos, identificando los viajes en avión como los de mayor riesgo.

Lo que sí parece más clara es la influencia de la duración del viaje, de tal forma que a partir de duraciones superiores a 6 h empieza a evidenciarse el riesgo.

El estudio de Lapostolle et al⁷, publicado recientemente, confirma esta hipótesis y demuestra incrementos de la incidencia de TEP a partir de 5.000 km (equivalente aproximado de 6 h) con incidencias de TEP de 0,4 por 1.000.000 de pasajeros en vuelos de entre 5.000 y 7.500 km, cifra que se incrementa a 4,77 por 1.000.000 cuando el viaje supera los 10.000 km.

El mecanismo por el que se produciría este incremento de riesgo, a pesar de no estar claramente establecido, parece implicar fundamentalmente la inmovilización en posición de sedestación, causante de estasis sanguínea, como la principal determinante. Este hecho, junto con otros factores como son la retención hídrica en las extremidades inferiores, la disminución de la saturación de oxígeno en la cabina, la hemoconcentración secundaria a la deshidratación, el aumento de eritropoyetina, la activación de la coagulación, etc., estarían implicados en el proceso⁸.

Se han identificado distintos factores asociados a la aparición de ETEV durante un vuelo, tales como la existencia de trombofilia, la inmovilización prolongada, la saturación de oxígeno, la deshidratación, la presión de la cabina, el excesivo consumo de alcohol o café, el uso de hipnóticos, la duración del vuelo, y los cambios de zona horaria. Además, parece claro que la mayoría (70-90%) de los sujetos que desarrollan ETEV presenta factores de riesgo predisponentes, como obesidad, trombofilia, cáncer, insuficiencia cardíaca, etc.⁹⁻¹¹, lo que permitiría, una vez identificadas adecuadamente estas poblaciones de riesgo, actuaciones selectivas sobre ellas.

La información sobre la efectividad de diferentes medidas preventivas es escasa. Dos ensayos clínicos recientes evalúan una intervención preventiva específica, como es el uso de medias elásticas. En el primero de ellos¹² se encuentra una reducción significativa en la incidencia de TVP –del 10% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 4-16%) en el grupo control, hasta el 0% en los portadores de medias– y en el segundo¹¹, que incluyó a 833 pasajeros (estudio LON-FLIT 2), reducciones en la prevalencia de TVP del 4,5% en los controles al 0,24% en los portadores de medias.

En función de la información previa, con riesgos absolutos tan bajos para la población general, hoy por hoy no parece razonable aconsejar medidas preventivas farmacológicas a todos los individuos que vayan a realizar un viaje prolongado, tal como han propuesto algunos autores. Otras medidas, como evitar el excesivo consumo de alcohol o tabaco, realizar ejercicios con las extremidades inferiores (caminar o, como mínimo, mover las piernas), evitar la posición de piernas cruzadas, mantener una hidratación adecuada, etc.,

Correspondencia: Dra. C. Suárez.
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa.
Diego de León, 62., 28006 Madrid.
Correo electrónico: csuarezf@medynet.com

Recibido el 14-3-2002; aceptado para su publicación el 15-3-2002.

son aconsejables a todos los viajeros, recomendaciones que, por otro lado, en la actualidad ya son transmitidas por muchas compañías aéreas. Por otro lado, conociendo que el riesgo de episodios tromboembólicos sólo es significativo en sujetos con factores de riesgo, aconsejar medidas como el empleo de medias elásticas y/o medidas farmacológicas como la utilización de heparina profiláctica en pacientes de alto riesgo que van a realizar viajes de larga duración (como pueden ser los sujetos que ya han presentado un episodio de ETEV o los portadores de trombofilias) también podría ser razonable, aun sabiendo que no disponemos de evidencias que hayan confirmado, por ejemplo, el beneficio de las medidas farmacológicas. Tan sólo las medias han demostrado beneficio en esta situación, pero no hay que olvidar que no todos los episodios de TEP asociados con los viajes tienen su origen en las extremidades inferiores¹³, por lo que su utilización como única medida preventiva en estos sujetos podría ser insuficiente.

Los campos a investigar son muchos y pasan por la necesidad de realizar estudios epidemiológicos en los que se estime el riesgo absoluto asociado con los viajes en avión, o aquellos que identifiquen a los individuos de alto riesgo, que evalúen los posibles mecanismos como, por ejemplo, cambios de presión en las cabinas, y los encaminados a conocer la eficacia de diferentes estrategias preventivas. El número de personas que diariamente se desplazan se incrementa día a día, por lo que no debemos retrasarnos en dar respuesta a todas estas preguntas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Homans J. Thrombosis of the deep leg vein due to prolonged sitting. *N Engl J Med* 1954;250:148-9.
2. Symington IS, Stack BHR. Pulmonary thromboembolism after travel. *Br J Dis Chest* 1977;71:138-40.
3. Clerel M, Caillard G. Syndrome thromboembolique de la station assise prolongée et vols de longue durée: l'expérience du Service Medical d'Urgence d'Aéroports de Paris. *Bull Acad Natl Med* 1999;183:985-1001.
4. Ferrari E, Chevallier T, Chapelier A, Baudouy M. Travel as a risk factor for venous thromboembolic disease: a case control study. *Chest* 1999; 115:440-4.
5. Ten Wolde M, Quak E, Prins MH, Kraaijenhagen RA, Buller HR. Long distance travelling increase risk of pulmonary embolism. *Thromb Haemost* 2001;86(Suppl).
6. Kraaijenhagen RA, Haverkamp D, Koopman NM, Prandoni P, Piovella F, Buller HR. Travel and risk of venous thrombosis. *Lancet* 2000;356: 1492-3.
7. Lapostolle F, Surget V, Borron SW, Desmaizieres M, Sordelet D, Lapandry C, et al. Severe pulmonary embolism associated with air travel. *N Engl J Med* 2001;345:779-83.
8. Ansell JA. Air travel and venous thromboembolism. Is the evidence in? *N Engl J Med* 2001;345:828-9.
9. Rege KP, Bevanm DH, Chitolie A, Shannon MS. Risk factors and thrombosis after airline flight. *Thromb Haemost* 1999;81:995-6.
10. Kesteven PJ, Robinson BJ. Clinical risk factors for venous thrombosis associated with air travel. *Aviat Space Environ Med* 2001;72:125-8.
11. Belcaro G, Geroulakos G, Nicolaidis AN, Myers KA, Winfoed M. Venous thromboembolism from air travel: the LONFLIT study. *Angiology* 2001; 52:369-74.
12. Machin SJ, Mackie IJ, McDonald S, Bailey-King S, Colledge-Smith P, Scurr JH. Airline travel: incidence and prevention of venous thrombosis. *Thromb Haemost* 2001;87(Suppl):369-74.
13. Cheung B, Duflou J. Pre-existing pulmonary thromboembolic disease in passengers with the «economy class syndrome». *Aviat Space Environ Med* 2001;72:747-9.