



855 - ANÁLISIS DEL RIESGO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO: ESTUDIO TROMBODOM. DESCRIPCIÓN DE LA MOVILIDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Joao Modesto Dos Santos¹, Paula Etayo-Urtasun², Iñigo Les Bujanda¹, Mikel Izquierdo^{3,4}, Mikel L. Sáez de Asteasu^{3,4}, Julio Sánchez Álvarez¹, María Ruiz Castellano¹ y Ramón Lecumberri Villamediana⁵

¹Medicina Interna, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España. ²Navarrabiomed, Pamplona, España.

³Navarrabiomed, Hospital Universitario de Navarra, Universidad Pública de Navarra (UPNA), IdiSNA, Pamplona, España. ⁴CIBER of Frailty and Healthy Aging (CIBERFES), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

⁵Hematología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España.

Resumen

Objetivos: La movilidad reducida constituye un factor de riesgo mayor para la enfermedad tromboembólica venosa (ETE), tal como recogen las escalas Padua e IMPROVE-VTE. El presente estudio describe su prevalencia en pacientes ingresados en hospitalización a domicilio (HaD) y en hospitalización convencional (HC), y compara objetivamente mediante acelerometría triaxial, el patrón de movilidad entre ambas cohortes.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de cohortes realizado en un hospital universitario de tercer nivel, con un programa de HaD consolidado. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años hospitalizados por enfermedades médicas agudas y asignados a HaD o HC según criterio clínico. Se realizó seguimiento clínico a los 90 días del alta. Un subgrupo de 270 pacientes fue monitorizado mediante acelerometría triaxial (GeneActive). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del centro y todos los participantes firmaron consentimiento informado. El análisis estadístico se realizó con STATA 18.0.

Resultados: De los 2.062 pacientes incluidos en el estudio, 1.689 fueron atendidos en HaD y 373 en HC. La prevalencia de movilidad reducida fue significativamente mayor en pacientes de HaD ($73,3\% \pm 1,08$) en comparación con los de HC ($47,7\% \pm 2,59$; $p < 0,001$). Se obtuvieron registros acelerométricos de 270 pacientes (130 HaD y 140 HC). Las características basales fueron comparables entre cohortes: edad media (HC: $61,99 \pm 1,65$ años vs. HaD: $66,79 \pm 1,60$; $p = 0,070$), sexo masculino (HC: $48,6\% \pm 4,2$ vs. HaD: $56,9\% \pm 4,4$; $p = 0,171$), uso previo de recursos sanitarios (visitas a urgencias: $43,1$ vs. $50,6\%$; $p = 0,296$; ingresos previos: $22,8$ vs. $32,9\%$; $p = 0,113$) y resultados funcionales al ingreso (dinamometría, test de la silla, VREM, Mini-Mental, EuroQoL-VAS, y criterios de Fried; sin diferencias significativas). El tiempo de sueño no difirió entre cohortes (HC: $454,6 \pm 11,3$ min/día vs. HaD: $456,1 \pm 9,0$; $p = 0,974$). En contraste, el sedentarismo fue mayor en HC ($900,7 \pm 11,3$ min/día) que en HaD ($848,8 \pm 11,4$; $p = 0,001$). Los pacientes del grupo HaD realizaron significativamente más actividad física en todas las intensidades: [ligera

(122,63 ± 6,82 vs. 79,09 ± 4,82 min/día; p < 0,001), moderada (7,18 ± 0,85 vs. 2,91 ± 0,34 min/día; p < 0,001), vigorosa (0,68 ± 0,11 vs. 0,26 ± 0,06 min/día; p < 0,001) y actividad moderada-vigorosa combinada (13,04 ± 1,36 vs. 6,02 ± 0,65 min/día; p < 0,001)]. Además la cohorte HC presentó mayor incidencia de caídas (12,50 ± 4,12 vs. 1,01 ± 1,01; p = 0,003) y mortalidad a 90 días (9,29 ± 2,46 vs. 2,31 ± 1,32; p = 0,015).

	HospConvencional (140)			HAD (139)			p
	Valor	SE	IC95%	Valor	SE	IC95%	
Edad	61,99	1,65	58,74-65,24	66,79	1,60	63,64-69,93	0,070
Sexo, varones (%)	48,57	4,24	40,19-56,95	56,92	4,36	48,30-65,55	0,171
Ingreso en 6 meses previos (%)	22,76	3,80	15,25-30,28	32,91	5,32	22,32-43,50	0,113
Visitas a Urgencias en 6 meses previos (%)	43,09	4,48	34,21-51,97	50,63	5,66	39,36-61,90	0,296
Padua Score (media)	4,36	0,19	3,98-4,73	4,22	0,17	3,87-4,56	0,584
IMPROVE-VTE Score (media)	1,26	0,10	1,07-1,46	1,05	0,08	0,89-1,20	0,086
IMPROVE-Bleeding Score, (media)	3,14	0,19	2,77-3,50	2,85	0,12	2,77-3,23	0,224
Padua de alto riesgo (>=4 puntos), prevalencia (%)	69,29	3,91	61,55-77,02	72,31	3,94	64,51-80,10	0,587
IMPROVE-VTE alto riesgo (>=2 puntos), prevalencia (%)	32,14	3,96	24,31-39,98	23,08	3,71	15,74-30,42	0,097
IMPROVE-Bleeding alto riesgo (>=7 puntos), prevalencia (%)	5,00	1,85	1,35-8,66	2,31	1,32	-0,31-4,92	0,243
Handgrip al ingreso							
Handgrip - Derecho, medición 1	24,81	1,07	22,69-26,93	24,83	1,11	22,64-27,02	0,956
Handgrip - Derecho, medición 2	25,09	1,07	22,99-27,20	25,73	1,15	23,47-27,99	0,776
Handgrip - Izquierdo, medición 1	22,82	1,07	20,71-24,93	23,80	1,03	21,77-25,82	0,341
Handgrip - Izquierdo, medición 2	22,90	1,07	20,80-25,01	23,84	1,03	21,80-25,87	0,407
Test de la silla, 30 seg	16,04	0,90	14,26-17,83	16,74	0,70	15,36-18,12	0,202
Handgrip al alta							
Handgrip - Derecho, medición 1	25,27	1,34	22,58-27,95	-	-	-	-
Handgrip - Derecho, medición 2	25,04	1,37	22,31-27,78	-	-	-	-
Handgrip - Izquierdo, medición 1	23,95	1,36	21,24-26,67	-	-	-	-
Handgrip - Izquierdo, medición 2	24,06	1,32	21,41-26,71	-	-	-	-
Test de la silla, 30 seg	17,08	1,14	14,81-19,36	-	-	-	-
Acelerometría							
Número de días de medición	3,86	0,18	3,51-4,20	6,72	0,17	6,39-7,06	<0,001
Sueño (min/día)	454,61	11,29	432,38-476,84	456,14	9,03	438,36-473,92	0,974
Sedentario (min/día)	900,88	11,27	878,40-922,97	848,77	11,37	826,28-871,26	0,001
Actividad ligera (min/día)	79,09	4,82	69,60-88,58	122,63	6,82	109,20-136,07	<0,001
Actividad moderada (min/día)	2,91	0,34	2,24-3,59	7,18	0,85	5,50-8,86	<0,001
Actividad vigorosa (min/día)	0,26	0,06	0,15-0,36	0,68	0,11	0,46-0,90	<0,001
Actividad moderada+vigorosa (min/día)	6,02	0,65	4,73-7,30	13,04	1,36	10,36-15,72	<0,001
Eventos a los 3 meses							
Fibrilación auricular (%)	5,00	1,85	1,36-8,64	3,08	1,52	0,08-6,07	0,425
ETEV (%)	4,29	1,72	0,90-7,67	5,39	1,99	1,47-9,30	0,674
Caída (número)	12,50	4,12	4,36-20,64	1,01	1,01	-3-0,98	0,003
Mortalidad (%)	9,29	2,46	4,44-14,13	2,31	1,32	-4,91-0,30	0,015

Conclusiones: Los pacientes ingresados en HaD presentan un mayor grado de movilidad y actividad física objetiva que aquellos ingresados en HC. Este estudio, el primero en evaluar la movilidad en HaD mediante acelerometría triaxial, subraya el valor potencial de este modelo asistencial para prevenir complicaciones asociadas a la inmovilidad, como la ETEV, y promueve el diseño de estrategias de intervención orientadas a potenciar el mantenimiento de la actividad física durante la hospitalización como vía para optimizar la recuperación funcional.

Estudio financiado con una ayuda no condicionada de Daiichi Sankyo, y con la beca de investigación FEMI 2021 - Prof. Dr. Miguel Villardell 2021.