



1846 - ADECUACIÓN DE LA TROMBOPROFILAXIS FARMACOLÓGICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA: ANÁLISIS TRANSVERSAL SEGÚN RIESGO IMPROVE

Francisco Javier López Quinto, Covadonga Junco Dopico, Pablo Martínez Rodríguez, Inés Escudero Ponce, Maria Teresa Moreira Barroso, Javier Galán González y María Ángeles Fidalgo Fernández

Medicina Interna, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

Resumen

Objetivos: Evaluar la adecuación de la tromboprofilaxis farmacológica en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna con atención al ajuste de dosis por peso y filtrado glomerular. Describir la prevalencia de factores de riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) y adecuación de la tromboprofilaxis farmacológica según la estratificación de riesgo mediante la escala IMPROVE.

Métodos: Estudio observacional, transversal y descriptivo realizado en una fecha de corte en un hospital de 4.º nivel. Se incluyeron 39 pacientes ingresados en Medicina Interna, excluyendo a 36 pacientes que estaban en tratamiento anticoagulante a dosis terapéuticas. Se recogieron variables clínicas, analíticas y farmacológicas. La adecuación de la tromboprofilaxis se evaluó con base a las guías actuales tipo de heparina, dosis ajustada por peso corporal y filtrado glomerular estimado (tabla 1). El riesgo de ETEV se clasificó en bajo, moderado, alto; mediante la escala IMPROVE (tabla 2).

Resultados: La edad media fue de $71,1 \pm 21,2$ años y el peso medio de $71,2 \pm 16,3$ kg; sin diferencias entre sexos (50,7% varones). El 23,9% de los pacientes durante la hospitalización se encontraba en reposo en cama, el 49,3% se levantaba al sillón y el 25,4% deambulaba. Un 9,9% presentaba cáncer activo y el 2,8% antecedentes de ETEV. El filtrado glomerular medio fue de $61,9 \pm 22,3$ ml/min/1,73 m². Todos los pacientes recibieron heparina de bajo peso molecular (HBPM): el 83,1% enoxaparina 4.000 UI/24 h, un 14,1% enoxaparina 2000 UI/24h y 2,8% bemiparina 3.500 UI/24 h. Según la estratificación por la escala IMPROVE el 28,1% (n = 9) se clasificó como de bajo riesgo, el 46,9% (n = 15) como riesgo moderado y el 25% (n = 8) como alto riesgo. En el grupo de riesgo moderado el 20% de los casos presentaban dosis no ajustadas por bajo peso (< 55 kg) y el 46% de los casos con ajuste inadecuado por función renal. En el grupo de alto riesgo, el 25% de los pacientes presentaron dosis no ajustadas por bajo peso, aunque en todos los casos la dosis fue adecuada según el filtrado glomerular. No se observó relación entre el tipo de ajuste y el nivel de riesgo trombótico.

Tabla 1

Adecuación de dosis profiláctica de heparina de bajo peso molecular

Tipo de heparina	Filtrado glomerular > 30	Filtrado glomerular 30
Enoxaparina	40 mg cada 24 horas	20 mg cada 24 horas
Bemiparina	3.500 UI cada 24 horas (> 120 kg sin datos)	2.500 UI cada 24 horas
Fondaparinux	2,5 mg cada 24 horas (> 120 kg sin datos)	1,5 mg cada 24 horas
Tinzaparina	4.500 UI cada 24 horas	
50 kg: 3.500 UI cada 24 horas		
90-130 kg: 70.00UI UI cada 24 horas		
131-170 kg: 90.00UI UI cada 24 horas		

Tabla 2

Escala IMPROVE para evaluación de riesgo tromboembólico

Factor de riesgo	Puntaje
Tromboembolismo venoso previo	3
Trombofilia	2
Parálisis de extremidades inferiores	2
Cáncer (activo o historia de cáncer en los últimos 5 años)	2
Inmovilización	1

Estadía en Unidad de Cuidados Intensivos o en Unidad Coronaria	1
Edad > 60 años.	1
1 punto: riesgo bajo; 2-3 puntos riesgo moderado; ? 4 puntos: riesgo alto.	

Discusión: Estudios previos muestran tasas de inadecuación en tromboprofilaxis de hasta el 50%. Las guías recomiendan ajuste por peso en pacientes extremos (< 50 o > 100 kg) y revisión según función renal, especialmente si el aclaramiento es < 30 mL/min. El ajuste por FG suele estar mejor protocolizado que el ajuste por peso, que se omite con frecuencia. Nuestros resultados confirman esta tendencia, con especial descuido en pacientes con riesgo moderado.

Conclusiones: Una proporción significativa de pacientes presenta una inadecuada dosificación de HBPM, especialmente en relación con el peso. La tromboprofilaxis en nuestra cohorte se prescribió de forma sistemática, sin tomar en cuenta la estratificación de riesgo por la escala IMPROVE. Los hallazgos reflejan la necesidad de incorporar herramientas de estratificación del riesgo en la toma de decisiones clínicas y de reforzar el ajuste individualizado para mejorar la calidad de la prescripción y prevenir eventos adversos.