



<https://www.revclinesp.es>

1596 - COMPARACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LA TROMBOPROFILAXIS FARMACOLÓGICA EN MEDICINA INTERNA Y TRAUMATOLOGÍA: ¿IMPORTE EL SERVICIO?

Covadonga Junco Dopico, Francisco Javier López Quinto, Pablo Martínez Rodríguez, Ines Escudero Ponce, M. Teresa Moreiro Barroso, Javier Galán González y M. Ángeles Fidalgo Fernández

Medicina Interna, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

Resumen

Objetivos: Analizar la adecuación de la tromboprofilaxis farmacológica en los servicios de Medicina Interna (MI) y Traumatología (CTO) en pacientes hospitalizados. Evaluar las diferencias clínicas entre cohortes y analizar los errores de ajuste de dosis de heparina de bajo peso molecular (HBPM) según peso corporal y filtrado glomerular estimado (FG).

Métodos: Estudio observacional, transversal y comparativo realizado en una fecha de corte en un hospital de 4.º nivel. Se analizaron 137 pacientes, incluyendo 71: 39 en MI y 32 en CTO. Se excluyeron los pacientes con tratamiento anticoagulante previo. Se recogieron variables demográficas, clínicas y analíticas, así como tipo y dosis de HBPM, y su ajuste por peso y FG. Se consideró como adecuada la dosis ajustada según los criterios de la tabla.

Resultados: La edad media fue significativamente mayor en los pacientes de MI (82,7 vs. 71,5 años), $p < 0,001$, mientras que el peso fue mayor en los de CTO (75,4 vs. 65,8 kg, $p = 0,005$). El 71,8% ($n = 51$) del total de pacientes presentaba un ajuste correcto de la HBPM según el peso corporal, y el 94,4% ($n = 67$) según el FG. En el análisis del ajuste por peso, 10 pacientes de MI (14,1%) y 10 de CTO (14,1%) presentaron dosis inadecuadas, sin diferencias significativas entre servicios ($p = 0,601$). En el análisis según el peso, los errores de prescripción fueron diferentes, en MI la inadecuación fue mayor en pacientes con bajo peso (< 55 kg) y en CTO en pacientes con sobrepeso (> 100 kg). No se encontraron diferencias significativas respecto a la dosis ajustada según FG entre MI Y CTO (4,2 vs. 1,4%). En estos casos, se trataba de pacientes con FG < 30 ml/min que recibieron enoxaparina > 2.000 UI/24 h. El 6% de los pacientes del grupo de CTO presentaron errores combinados por peso y FG. El tipo de HBPM más utilizado fue enoxaparina 4.000 UI/24 h (83,1%), seguida de enoxaparina 2.000 UI/24 h (14,1%) y bemiparina 3.500 UI/24 h (2,8%), esta última exclusivamente en MI.

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 (> 100 kg o IMC > 40: 40 mg/24 h)	20 mg cada 24 horas
IMC > 50: 60 mg cada 12 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: 7.000 UI UI cada 24 horas		
131-170 kg: 9.000 UI UI cada 24 horas		

Discusión: Aunque las guías insisten en el ajuste individualizado y los estudios subrayan la necesidad de prescripciones basadas en protocolos, no siempre se aplican de forma uniforme. Nuestros datos confirman que el ajuste es subóptimo en ambos servicios y no existen diferencias atribuibles al tipo de servicio, lo que sugiere un problema institucional más que departamental. El ajuste por FG fue globalmente mejor que por peso en ambos servicios. La tasa global de errores por peso fue idéntica en ambos servicios, sin embargo, el patrón fue distinto: en MI predominó la sobredosificación en pacientes con bajo peso, mientras que en CTO se observó infradosificación en pacientes con obesidad. La mejor adecuación por FG puede deberse a su inclusión sistemática en sistemas informáticos de prescripción. La falta de consideración del peso sigue siendo un punto crítico, sobre todo en pacientes que presentan pesos extremos.

Conclusiones: La adecuación de la tromboprofilaxis farmacológica presenta deficiencias tanto en Medicina Interna como en Traumatología, sin diferencias significativas entre servicios. Se requiere implementar medidas institucionales comunes para mejorar la prescripción ajustada de HBPM.