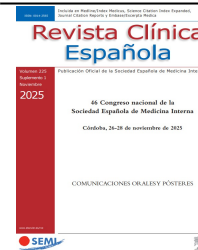




Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

1610 - TROMBOPROFILAXIS EN PACIENTES MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS: UNA BRECHA AÚN ABIERTA

Samanta Ortega Hernández, Adrián Hernández Concepción, María Luisa Labella Báez, Ana María Rivero Ramírez, Eduardo González Aragonés, Iván Gabriel Marrero Medina, Ana Isabel Lozano Jiménez y Aída Gil Díaz

Medicina Interna, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España.

Resumen

Objetivos: Describir las características de los pacientes hospitalizados por patologías médicas y quirúrgicas. Analizar la adecuación de la tromboprofilaxis según el riesgo trombótico y hemorrágico de ambos grupos e identificar su impacto a 3 meses.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de 240 pacientes hospitalizados en enero de 2025 por patología aguda en un hospital terciario. Se excluyeron 98 casos con anticoagulación terapéutica o hemorragia activa. Se recopilaron variables demográficas, clínicas y analíticas. Se aplicaron las escalas de Padua (médicos), Caprini (quirúrgicos) e IMPROVE *bleeding* para estimar el riesgo trombótico y hemorrágico. Se evaluó la adecuación de la tromboprofilaxis, según indicación y dosis. A los tres meses, se registraron los eventos trombóticos, hemorrágicos y la mortalidad. Las variables categóricas se analizaron mediante el test de chi cuadrado y las continuas no normales con el U de Mann-Whitney.

Resultados: De los 142 pacientes incluidos, un 41,5% fue hospitalizado por causa médica y un 58,5% por causa quirúrgica. En ambos casos predominaron los varones (56,3%). Los pacientes médicos eran mayores (mediana 73 versus 67 años, $p = 0,019$) y presentaron más comorbilidades (diabetes, EPOC, infección y deterioro de la función renal) respecto a los quirúrgicos. La mayoría de los pacientes hospitalizados, tanto médicos (74,6%) como quirúrgicos (90,4%), fueron considerados de alto riesgo trombótico según las escalas, sin diferencias significativas. En cambio, los pacientes médicos presentaron mayor riesgo hemorrágico (IMPROVE 3,5 versus 2,5; $p = 0,009$). La tromboprofilaxis fue adecuada en el 71,2% en pacientes médicos y 75,9% en quirúrgicos. La adecuación se asoció a hipertensión (OR 2,46; $p = 0,03$) y movilidad reducida (OR 3,41; $p = 0,004$). Se asoció a tromboprofilaxis inadecuada el sangrado reciente (OR 5,89; $p = 0,007$) y tener un catéter venoso central (OR 3,90; $p = 0,011$). La inadecuación por exceso fue significativamente mayor en pacientes médicos (OR 3,48; $p = 0,007$) a expensas de pacientes con infección respiratoria (OR 3,24; $p = 0,042$); y por defecto en pacientes quirúrgicos (OR 9,80; $p = 0,008$) a expensas de traumatismo o cirugía reciente ($p = 0,044$; OR 3,83). No hubo diferencias entre los grupos en cuanto a eventos trombóticos (1,5%), hemorrágicos (2,8%) ni mortalidad (3,5%) a tres meses.

Discusión: La inadecuación de la tromboprofilaxis fue considerable en ambos grupos, a pesar del elevado riesgo trombótico identificado. Las razones difirieron según el escenario: sobreutilización en cuadros infecciosos médicos y omisión en pacientes quirúrgicos. Estos hallazgos coinciden con otros estudios internacionales, donde solo en torno al 60% de los pacientes hospitalizados recibieron tromboprofilaxis adecuada, subrayando la necesidad de formación periódica y herramientas electrónicas de ayuda a la

decisión.

Conclusiones: La valoración sistemática del riesgo trombótico y hemorrágico continúa siendo un reto asistencial. Casi uno de cada cuatro pacientes aún recibe tromboprofilaxis inapropiada. Implementar algoritmos de prescripción, reforzar la formación y reevaluar diariamente la indicación podrían cerrar esta brecha y prevenir complicaciones a largo plazo.