Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):1077

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

T-67. - ¿ES ADECUADA LA TROMBOPROFILAXIS EN LOS SERVICIOS MÉDICOS?

R. Vázquez Vigo, M. Vares González, V. González Vigo, C. Barbagelata López, D. Llinares García, S. Freire Castro, A. Arévalo Gómez, A. Rodríguez González

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario A Coruña. A Coruña.

Resumen

Objetivos: Analizar la adecuación de la tromboprofilaxis de los servicios médicos de un hospital de tercer nivel, valorar la incidencia de complicaciones asociadas y la mortalidad a 15 días. Estudiar la concordancia entre la escala de PADUA y PRETEMED para clasificar a los pacientes (p) en bajo o alto riesgo.

Métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo de los p ingresados entre los días 2 y 6 de junio de 2014. Se aplicó un análisis descriptivo con el paquete estadístico SPSS versión 19.0. La asociación entre las escalas se evaluó mediante el test de la χ^2 y el test exacto de Fisher.

Resultados: Se incluyó un total de 114 p; se excluyeron 21 por toma crónica de acenocumarol. La edad media (DE) fue de 66 (17) años; 63% varones. Comorbilidades: HTA grado 2 o 3 (14%), DM (17,2%), tabaquismo activo (13%), IMC > 28 (8,6%), IC 3-4 de la NYHA (4,3%), EPOC 3-4 de la MRC (7,5%), cáncer activo (9,7%) y movilidad reducida (14%). El 3,2% tomaba tratamiento hormonal, 29% antidepresivos y/o antipsicóticos y un 5,4% recibían quimioterapia activa. Los motivos de ingreso fueron: infección respiratoria (15,1%), otras infecciones (12,9%), exacerbación de EPOC (9,7%), ACV/AIT (8,6%), complicaciones asociadas al cáncer (6,5%), descompensación de IC (5,4%), cardiopatía isquémica (3,2%), agudización de insuficiencia renal (2,2%) y otros (36,6%). Se inició tromboprofilaxis en el 76% de los casos. De estos, el 76,1% presentaba riesgo bajo según la escala PADUA, iniciándose tromboprofilaxis; por el contrario, el 18,2% presentaba un riesgo moderado-alto y no se inició. Utilizando la escala PRETEMED, se inició profilaxis no indicada en el 64,8%, y no se inició profilaxis a pesar de sí estarlo en un 18,2%. Los motivos por los que no se inició la tromboprofilaxis fueron: alto riesgo hemorrágico (2 p); FG menor de 30 (1 p); mal pronóstico en < 24 h (1 p). La concordancia entre ambas escalas a la hora de valorar los p como de bajo y alto riesgo fue de 61,3% y de 15,1% respectivamente. El 16,1% presentaba bajo riesgo en PADUA y alto riesgo en PRETEMED; el 7,5% fue considerado de alto riesgo en PADUA y de bajo riesgo en PRETEMED. La tromboprofilaxis utilizada fue exclusivamente farmacológica. Se utilizó enoxaparina en el 68% y tinzaparina en el 8%. Las dosis de enoxaparina empleadas fueron: 20 mL/24h (11,1%), 40 mL/24h (82,5%), 60 mL/24h (4,8%). La pauta de enoxaparina 20 mL fue inadecuada en todos los p. El riesgo hemorrágico fue 3,5 (registro IMPROVE). Un 7,5% de los p presentaba un filtrado glomerular (FG) (MDRD) < 30. De estos, sólo se inició tromboprofilaxis en el 28% estando indicada en el 42%. Un 6,5% de los p habían sangrado en los 3 meses previos; pese al alto riesgo hemorrágico, se pautó profilaxis en la mitad de los casos en los que estaba indicada. En el seguimiento a 15 días no se

registraron complicaciones trombóticas ni hemorrágicas en ninguno de los p. La tasa de mortalidad global fue de 6,4%.

Discusión: El escaso tamaño muestral y el corto periodo de seguimiento, limita la potencia estadística del estudio. Sin embargo, se ha objetivado una notoria sobreutilización de la tromboprofilaxis, no exenta de riesgos, como se ha demostrado en estudios previos. En cuanto a las escalas estudiadas, PADUA y PRETEMED, esta última clasifica a un mayor porcentaje de p como de alto riesgo, existiendo discordancias entre ambas que no resultan significativas. Los principales factores limitantes a la hora de iniciar tromboprofilaxis en p con riesgo hemorrágico alto fueron el alto riesgo hemorrágico y el FG < 30.

Conclusiones: 1. Existe una sobreutilización de la tromboprofilaxis en los servicios médicos. 2. Es necesario implementar la utilización de las escalas descritas en la práctica clínica. 3. La valoración del riesgo de enfermedad tromboembólica y la instauración adecuada de tromboprofilaxis son considerados dos indicadores de calidad hospitalaria. 4. El alto riesgo hemorrágico y el FG < 30 fueron los principales motivos por los que no se inició tromboprofilaxis en p de alto riesgo.

0014-2565 / © 2014, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.