Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):1246

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

RV-021 - ADECUACIÓN DE LA PROFILAXIS DE ETEV EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Vicente Martínez, E. Artajona Rodrigo, D. Andrés García, J. García Bruñén, S. Loscos Aranda, M. Odriozola Grijalba

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

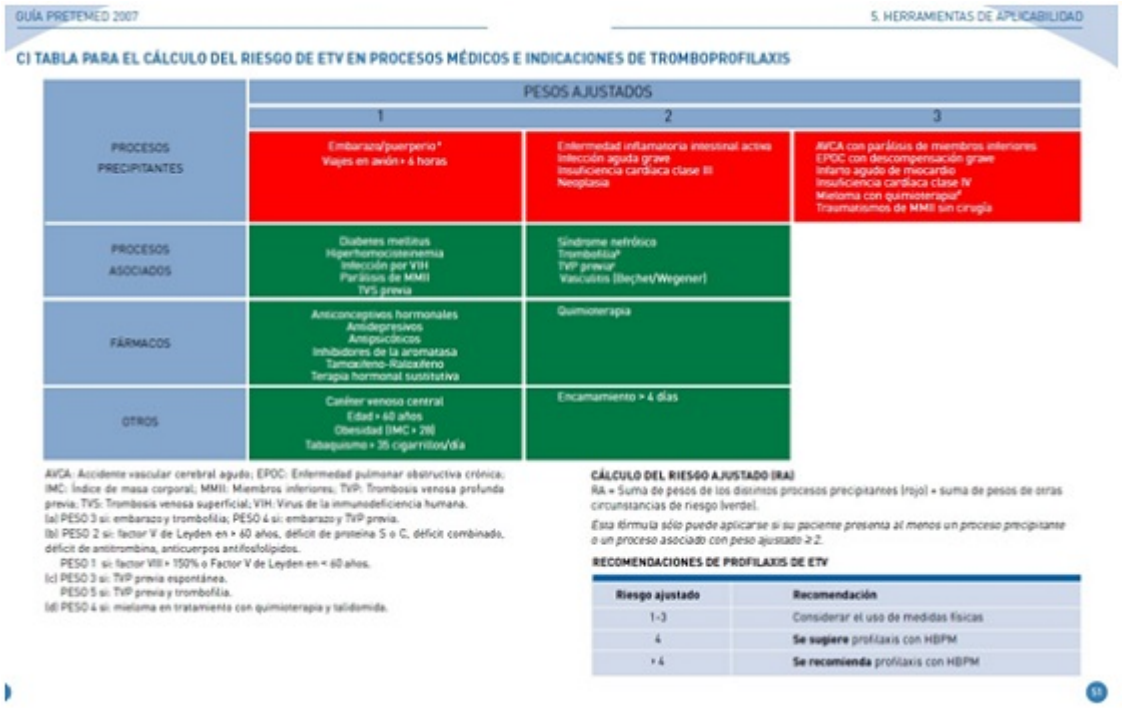
Resumen

Objetivos: Valorar la cumplimentación de la profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) en los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna y su adecuación a las guías clínicas (criterios PRETEMED 2007). Comparación de datos de cortes anteriores del mismo estudio.

Métodos: Estudio descriptivo transversal, análisis retrospectivo de 4 cortes. Revisión de historias clínicas y tratamientos de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza) durante un día cualquiera del mes de junio de 2015. Revisión de la adecuación de la tromboprofilaxis según criterios PRETEMED 2007. Adecuación de dosis de HBPM según filtrado glomerular calculado por MDRD eEGFR.

Resultados: Nuestro estudio abarcó a 100 pacientes. El 36,36% recibía tratamiento anticoagulante (58,33% acenocumarol, 33,33% HBPM y 5,55% NACOs). El 36,36% recibía profilaxis con HBPM: de ellos el 38,8% recibían dosis inadecuadas (infraterapéuticas). En el 8,33% de ellos la profilaxis no estaba indicada. El 27,27% no recibía profilaxis: de ellos el 33,33% tenía indicación de tromboprofilaxis según la guía PRETEMED 2007. Cabe destacar que dentro del grupo que no recibía profilaxis a pesar de su necesidad, el motivo en el 33,33% fue la limitación del esfuerzo terapéutico. Comparando nuestros datos con los datos de cortes anteriores del mismo estudio, se observa un incremento progresivo del porcentaje de pacientes anticoagulados. También observamos un descenso progresivo en el porcentaje de pacientes que no recibían profilaxis a pesar de estar indicada según las guías. Por el contrario, existe un aumento importante en el porcentaje de pacientes que, recibiendo profilaxis ETEV, contaban con una dosis inadecuada e infraterapéutica. Los resultados más satisfactorios corresponden a la corte de junio 2011, corte que se realizó tras una intervención docente basada en la presentación de los criterios de las guías PRETEMED, y que pretendía evaluar el impacto de dicha intervención.

Cortes	Pacientes anticoagulados	Pacientes con profilaxis	Dosis inadecuada de la profilaxis (infraterapéutica)	Profilaxis no indicada	Pacientes sin profilaxis	Necesidad de profilaxis en los no tratados (infratratados)
Octubre 2006	12%	47%	19,1% de los que recibían profilaxis	8,5% de los que recibían profilaxis	41%	41,4% de los que no recibían profilaxis
Diciembre 2006	20%	36,3%	13,8% de los que recibían profilaxis	10,3% de los que recibían profilaxis	43,7%	34,3% de los que no recibían profilaxis
Junio 2011	35,4%	36,4%	2% de los que recibían profilaxis	7,6% de los que recibían profilaxis	28,1%	39,3% de los que no recibían profilaxis
Junio 2015	36,36%	36,36%	38,8% de los que recibían profilaxis	8,33% de los que recibían profilaxis	27,27%	33,33% de los que no recibían profilaxis



GUÍA PRETEMED 2007 — 5. HERRAMIENTAS DE APLICABILIDAD

CI TABLA PARA EL CÁLCULO DEL RIESGO DE ETV EN PROCESOS MÉDICOS E INDICACIONES DE TROMBOPROFILAXIS

	PESOS AJUSTADOS		
	1	2	3
PROCESOS PRECIPITANTES	Embarazo/puerperio* Viajes en avión > 6 horas	Enfermedad inflamatoria intestinal activa Infección aguda grave Insuficiencia cardiaca clase III Neoplasia	AVCA con parálisis de miembros inferiores EPOC con descompensación grave Infarto agudo de miocardio Insuficiencia cardiaca clase IV Mieloma con quimioterapia[d] Traumatismos de MMII sin cirugía
PROCESOS ASOCIADOS	Diabetes mellitus Hiperhomocisteinemia Infección por VIH Parálisis de MMII TVS previa	Síndrome nefrótico Trombofilia[b] TVP previa[c] Vasculitis (Bieçhet/Wegener)	
FÁRMACOS	Anticonceptivos hormonales Antidepresivos Antipsicóticos Inhibidores de la aromatasa Tamoxifeno-Raloxifeno Terapia hormonal sustitutiva	Quimioterapia	
OTROS	Catéter venoso central Edad > 60 años Obesidad (IMC > 28) Tabaquismo > 35 cigarrillos/día	Encamamiento > 4 días	

AVCA: Accidente vascular cerebral agudo; EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IMC: Índice de masa corporal; MMII: Miembros inferiores; TVP: Trombosis venosa profunda previa; TVS: Trombosis venosa superficial; VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana.
(a) PESO 3 si: embarazo y trombofilia; PESO 4 si: embarazo y TVP previa.
(b) PESO 2 si: factor V de Leyden en > 60 años, déficit de proteína S o C, déficit combinado, déficit de antitrombina, anticuerpos antifosfolípidos.
PESO 1 si: factor VIII > 150% o Factor V de Leyden en < 60 años.
(c) PESO 3 si: TVP previa espontánea.
PESO 5 si: TVP previa y trombofilia.
(d) PESO 4 si: mieloma en tratamiento con quimioterapia y talidomida.

CÁLCULO DEL RIESGO AJUSTADO (RA)
RA = Suma de pesos de los distintos procesos precipitantes (rojo) + suma de pesos de otras circunstancias de riesgo (verde).
Esta fórmula sólo puede aplicarse si su paciente presenta al menos un proceso precipitante o un proceso asociado con peso ajustado ≥ 2.

RECOMENDACIONES DE PROFILAXIS DE ETV

Riesgo ajustado	Recomendación
1-3	Considerar el uso de medidas físicas
4	**Se sugiere** profilaxis con HBPM
> 4	**Se recomienda** profilaxis con HBPM

51

Discusión: A pesar de la existencia de guías para la adecuación de la tromboprofilaxis en pacientes ingresados, el porcentaje de pacientes que reciben un tratamiento inadecuado (ya sea por ausencia de profilaxis o inadecuación de dosis) es todavía muy elevado. La mayoría de los errores de dosificación se debieron a un ajuste de dosis HBPM presuponiendo cifras bajas de filtrado glomerular en pacientes que no las poseían. Como limitación de este estudio queremos destacar que no se evaluó la correlación clínica entre la correcta o incorrecta adecuación de la tromboprofilaxis y la aparición de eventos trombóticos o hemorrágicos.

Conclusiones: La enfermedad ETEV es una complicación importante en nuestros pacientes que debemos prevenir. La adecuación de la dosis de HBPM debe hacerse en base al filtrado glomerular calculado de cada paciente.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.