Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):1279

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

T-059 - ADECUACIÓN DE LA PROFILAXIS DE ETEV EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LOS SERVICIOS MÉDICOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Arenas Miquélez, U. Asin Samper, M. Requena Calleja, J. Ara Gabarre, J. Moreno Díaz, M. Vicente Martínez y J. Vela Moreno

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 los servicios médicos y su adecuación a las guías clínicas (criterios PRETEMED 2007 y PADUA 2010). Valoración del riesgo hemorrágico mediante la escala IMPROVE, como punto a tener en cuenta a la hora de indicar o no la necesidad de profilaxis antitrombótica.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal. Revisión de historias clínicas y tratamientos de los pacientes ingresados en los servicios médicos (Medicina Interna, Cardiología, Neumología, Neurología, Digestivo, Endocrinología, Nefrología y Reumatología) del Hospital Universitario Miguel Servet durante el 14 de junio de 2017. Revisión de la adecuación de la tromboprofilaxis según criterios PRETEMED 2007 y PADUA 2010. Adecuación de dosis de HBPM según filtrado glomerular calculado por MDRD eEGFR. Valoración del riesgo hemorrágico según la escala IMPROVE.

Resultados: Nuestro estudio agrupó a 223 pacientes, de los cuales 36 pertenecen al servicio de Cardiología (16,1%), 30 al Servicio de Digestivo (13,5%), 94 al Servicio de Medicina Interna (42,2%), 4 al Servicio de Endocrinología (1,8%), 8 al Servicio de Nefrología (3,6%), 25 al Servicio de Neumología (11,2%), 24 al Servicio de Neurología (10,8%) y un paciente al Servicio de Reumatología (0,4%). El 21,1% recibía tratamiento anticoagulante (53,2% con acenocumarol, el 10,6% con apixaban, 4,3% con dabigatran, 10,6% con rivaroxaban y 12,8% con heparina a dosis terapéuticas), por lo que no se ha evaluado la profilaxis antitrombótica en estos pacientes. La causa fundamental para recibir tratamiento anticoagulante ha sido la fibrilación auricular con un 72,3%, otras causas son el TEP o ser portador de prótesis valvular. Del 78,9% que no estaba en tratamiento anticoagulante, al 43,7% no se le ha administrado profilaxis antitrombótica durante el ingreso y el 35,2% restante recibió profilaxis con HBPM (entre ellas, la enoxaparina es el fármaco más utilizado, a dosis de 40 mg/24 horas o 20 mg/24 horas en los pacientes en los que hay que ajustar por filtrado glomerular, o con bemiparina 2.500 Unidades/24h). Del 61,6% de pacientes en los que según criterios PREMETED y PADUA estaba indicada la profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa, solo ha sido administrada en el 26%, mientras que un 35,6% no recibía profilaxis a pesar de estar indicada, sin embargo, en un 2,9%, el riesgo hemorrágico era elevado, por lo la indicación de profilaxis seria controvertida. Del 35% de pacientes en los que según los mismos criterios citados anteriormente, no estaba indicada la profilaxis antitrombótica, el 9,6% recibía HBPM, mientras que en el 25,4% no la recibía. Se ha objetivado un evento trombótico (TEP bilateral) en uno de los pacientes valorados en el estudio.

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, inadecuación de dosis tanto por exceso como por defecto, o recibir profilaxis cuando con está indicada) asciende a un porcentaje reseñable de pacientes hospitalizados en nuestro servicio.

Conclusiones: La aplicación de las escalas de riesgo mencionadas es de gran ayuda para determinar si a un paciente hay que ponerle o no profilaxis según el riesgo/beneficio estimado. La enfermedad ETEV es una complicación importante en nuestros pacientes que debemos prevenir. La adecuación de la dosis de HBPM debe realizarse en base al filtrado glomerular calculado de cada paciente.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.