Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):1320

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

T-048 - ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA DE PROFILAXIS PARA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA

M. Estévez Gil, A. Pérez González, A. López Domínguez, B. Machado Prieto, L. Rodríguez Ferreira, P. Diéguez Pena, J. Montes-Santiago

Servicio de Medicina Interna. Xerencia de Xestión Integrada de Vigo. Vigo (Pontevedra).

Resumen

Objetivos: Tradicionalmente se ha considerado a los pacientes con cirrosis hepática avanzada como portadores de un estado de “autoanticoagulación”. Sin embargo, estudios recientes han mostrado que ello no es correcto y pueden desarrollar eventos trombóticos venosos, especialmente trombosis portal (TP) además de estar expuestos a eventos hemorrágicos graves por su coagulopatía y complicaciones de la cirrosis, como las varices esofágicas. El objetivo de este estudio es examinar las prácticas sobre profilaxis de la ETV en pacientes ingresados a causa de cirrosis hepática avanzada.

Métodos: En un hospital terciario, se identificaron todos los pacientes dados de alta en 2014 con el diagnóstico principal de cirrosis hepática (Categoría CIE 9MC: 571.xx; Enfermedad hepática y cirrosis crónica). Se encontraron 356 pacientes de los cuales se seleccionaron al azar las primeras hospitalizaciones de 100 pacientes para el análisis de los datos epidemiológicos, clínicos, de tratamiento y evolución (mediana de seguimiento: 12 meses).

Resultados: De los 100 pacientes con cirrosis avanzada (mediana: 8 de la clasificación Child-Pugh), el 67% eran varones con una edad media de 63 años (DE ± 13). En el 56% de casos la etiología era enólica, en 23% vírica, en 13% mixta y en 8% de otras etiologías. En el 22% se hallaba presente un hepatocarcinoma (HPC). Un 3% habían presentado ETV previa. El 54% presentaban varices esofágicas. El 10% presentaba o se le diagnosticó en el ingreso de ETV [TP: 9 pacientes, trombosis mesentérica: 1 paciente]. Con respecto a los datos analíticos de coagulación en el 86% se observaba un INR < 1,7; la mediana del TTPA fue: 36 sg, y la media de plaquetas fue: 113.000 (DE ± 67.865). La creatinina media fue: 1,1 mg/dl (DE ± 0,9). En el 30% de casos la albúmina era < 2 mg/dl, y en 16% 2,1-3,0 mg/dl. Las complicaciones hemorrágicas fueron el motivo de ingreso en el 20% [en 15 casos por hemorragia digestiva alta (HDA)]. El 16% recibían antiagregación o anticoagulación en el momento de ingreso. El 46% recibió heparina de bajo peso molecular (HBPM). Excepto 1 caso (enoxaparina 80 mg/día) todos recibieron HBPM a dosis profilácticas [43 casos: enoxaparina (20-60 mg/día); 2 casos: bemiparina: (3.500 UI)]. En 6 pacientes presentaron HDA durante el ingreso, pero no hubo mayor hemorragia en tratados con HBPM (2 pacientes con HBPM, 4 sin HBPM). Durante el ingreso el 23% desarrolló encefalopatía hepática. El 42% presentó algún proceso infeccioso al ingreso o durante el mismo [abdominal (15 casos, de ellos 5 fueron peritonitis bacteriana

espontánea); respiratorio (14 casos) y urinario (14 casos)]. La estancia media hospitalaria fue de 16,4 días (DE ± 23,9) y la mortalidad intrahospitalaria del 14%. De los 10 pacientes diagnosticados de ETV en 4 se prescribió profilaxis al alta (enoxaparina 40 mg). De los 6 pacientes sin profilaxis 2 sobrevivieron más de un año (1 con TP, 1 con trombosis mesentérica). Ninguno de los pacientes con TP y HPC (4 casos), sobrevivió más de un año. La mortalidad global al año fue del 39%.

Discusión: En nuestro centro recibieron tromboprofilaxis con HBPM el 46% de pacientes con cirrosis hepática avanzada. Esta cifra duplica el 24% objetivado en un único trabajo hallado que ha abordado tal tema (Aldawood et al. Thrombosis J. 2011;9:1-6). No se objetivó mayor tasa de sangrado en los pacientes que recibieron HBPM. La supervivencia de pacientes con HPC y TP fue nula al cabo de un año.

Conclusiones: En nuestro centro aproximadamente la mitad de pacientes con cirrosis hepática avanzada recibe tromboprofilaxis. No hay mayores complicaciones hemorrágicas en quienes reciben dicha tromboprofilaxis con HBPM. A pesar de un diagnóstico de ETV, fundamentalmente TP, la profilaxis al alta sólo se prescribió en el 40%. Los pacientes con TP y HPC no se benefician de dicha profilaxis.

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