



<https://www.revclinesp.es>

## 936 - ANÁLISIS DEL RIESGO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO: ESTUDIO TROMBODOM. DESARROLLO DE UNA NUEVA ESCALA DE RIESGO TROMBÓTICO EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

**Joao Modesto Dos Santos<sup>1</sup>, Iñigo Les Bujanda<sup>1</sup>, Paula Etayo-Urtasun<sup>2</sup>, Begoña Llorente Diez<sup>1</sup>, Julio Sánchez Álvarez<sup>1</sup>, María Ruiz Castellano<sup>1</sup> y Ramón Lecumberri Villamediana<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España. <sup>2</sup>Navarrabiomed, Hospital Universitario de Navarra, Universidad Pública de Navarra (UPNA), IdiSNA, Pamplona, España. <sup>3</sup>Hematología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España.

### Resumen

**Objetivos:** Las escalas Padua e IMPROVE-VTE permiten estimar el riesgo trombótico en pacientes hospitalizados por patología médica aguda, pero su aplicabilidad en el contexto de la hospitalización a domicilio (HaD) no ha sido evaluada previamente. Este estudio evalúa la validez predictiva de las estas escalas en HaD y esboza una nueva escala específica para este entorno concreto.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo de cohortes realizado en un Hospital Universitario de tercer nivel, con un programa de HaD consolidado. Se incluyeron pacientes  $\geq 18$  años hospitalizados por enfermedades médicas agudas y asignados a HaD o HC según criterio clínico. Se realizó seguimiento clínico a los 90 días del alta. Un subgrupo de 270 pacientes fue monitorizado mediante acelerometría triaxial (GeneActive). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del centro y todos los participantes firmaron consentimiento informado. El análisis estadístico se realizó con STATA 18.0.

**Resultados:** Se incluyeron 2062 pacientes, de los cuales 1689 fueron atendidos en HaD y 373 en HC. Los pacientes de HaD presentaban una edad media superior ( $71,7 \pm 19,4$  años frente a  $64,5 \pm 19,6$ ;  $p < 0,05$ ), sin diferencias significativas en cuanto al sexo (55% varones en HaD vs. 53% en HC;  $p = 0,481$ ). La proporción de pacientes clasificados como de alto riesgo trombótico fue significativamente mayor en HaD que en HC, tanto con la escala de Padua (75,1 vs. 52,1%;  $p < 0,05$ ) como con IMPROVE-VTE (46,3 vs. 27,1%;  $p < 0,05$ ). Durante el seguimiento se identificaron 33 eventos de enfermedad tromboembólica venosa (trombosis venosa profunda y/o embolia pulmonar): 13 en HC (incidencia 3,49%; IC95%: 1,62-5,35) y 20 en HaD (1,18%; IC95%: 0,37-1,70), siendo la incidencia significativamente menor en HaD (OR 0,33; IC95%: 0,16-0,67;  $p = 0,002$ ). El análisis de curvas ROC mostró una baja capacidad predictiva de la escala de Padua tanto en HC (AUC 0,588; IC95%: 0,387-0,790) como en HaD (AUC 0,647; IC95%: 0,632-0,663). La escala IMPROVE-VTE tuvo un rendimiento subóptimo en HC (AUC 0,620; IC95%: 0,420-0,820) y moderado en HaD (AUC 0,746; IC95%: 0,635-0,856). Se propone la escala TROMBODOM, valorando la movilidad reducida o presencia de inmovilización  $\geq 7$  días, edad  $> 60$  años, presencia de insuficiencia cardíaca o respiratoria al ingreso, cáncer activo u obesidad (IMC  $> 30$ ) (1 punto por ítem). Para el punto de corte de 4 o más puntos, el área bajo la curva fue de 0,878 (IC95% 0,768-0,987) presentando una buena capacidad discriminativa de los pacientes con ETEV a 90 días en el entorno de hospitalización a domicilio, con una

sensibilidad del 88,89% (IC95% 86,71-91,07%) y una especificidad del 86,66 (IC95% 84,30-89,02), así como una razón de verisimilitud positiva de 6,662.

	<b>Padua - HaD</b>	<b>IMPROVE-VTE HaD</b>	<b>TROMBODOM - punto de corte=4</b>
<b>Observaciones</b>	796	796	796
<b>ROC Área (IC95%)</b>	0,647 (0,632-0,663)	0,746 (0,635-0,856)	0,878 (0,768-0,987)
<b>Std. Err.</b>	0,008	0,056	0,056
<b>S(%, IC95%)</b>	100,00 (100,00-100,00)	88,89 (86,71-91,07)	88,89 (86,71-91,07)
<b>E(%, IC 95%)</b>	29,48 (26,31-32,65)	60,23 (56,83-63,63)	86,66 (84,30-89,02)
<b>VPP(%, IC95%)</b>	1,60 (0,73-2,47)	2,49 (1,41-3,58)	7,08 (5,30-8,86)
<b>VPN(%, IC95%)</b>	100,00 (100,00-100,00)	99,79 (99,47-100,11)	99,85 (99,59-100,12)
<b>LHR+</b>	1,418	2,235	6,662
<b>LHR-</b>	0,000	0,185	0,128

	<b>PADUA</b>		<b>IMPROVE-VTE</b>	
	HospConvenc	HaD	HospConvenc	HaD
<b>Observaciones</b>	197	796	197	796
<b>ROC Área (IC95%)</b>	0,588 (0,387-0,790)	0,647 (0,632-0,663)	0,620 (0,420-0,820)	0,746 (0,635-0,856)
<b>Std. Err.</b>	0,103	0,008	0,102	0,056
<b>S(%, IC95%)</b>	57,14 (50,23-64,05)	100,00 (100,00-100,00)	42,86 (35,95-49,77)	88,89 (86,71-91,07)
<b>E(%, IC 95%)</b>	60,53 (53,70-67,35)	29,48 (26,31-32,65)	81,05 (75,58-86,52)	60,23 (56,83-63,63)
<b>VPP(%, IC95%)</b>	5,06 (2,40-8,12)	1,60 (0,73-2,47)	7,69 (3,97-11,41)	2,49 (1,41-3,58)
<b>VPN(%, IC95%)</b>	97,46 (95,28-99,66)	100,00 (100,00-100,00)	97,47 (95,27-99,66)	99,79 (99,47-100,11)

**Conclusiones:** Las escalas tradicionales de valoración del riesgo trombótico en paciente médico agudo hospitalizado (Padua e IMPROVE-VTE) no son adecuadas para su uso en HaD. El desarrollo de nuevas escalas de valoración como TROMBODOM mejoran sustancialmente la valoración del riesgo trombótico en este perfil de pacientes.

Estudio financiado con una ayuda no condicionada de Daiichi Sankyo, y con la beca de investigación FEMI 2021 - Prof. Dr. Miguel Villardell 2021.