



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

EA-063 - ADECUACIÓN DE TROMBOPROFILAXIS: COMPARACIÓN ENTRE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CRÓNICOS Y NO PLURIPATOLÓGICOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

V. Vega Rodríguez, C. Reina Báez, G. Alonso Claudio, L. Moralejo Alonso y L. Seisdedos Cortés

Medicina interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca.

Resumen

Objetivos: 1. Comparar y analizar las diferencias existentes entre pacientes pluripatológicos crónicos (PPC) y no pluripatológicos en cuanto a la adecuación de tromboprofilaxis (TP). 2. Establecer medidas de mejora en el servicio si fuera necesario.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal de los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna. Se tomaron dos días de hospitalización diferentes (mayo y junio 2018). Se clasificaron los pacientes en pluripatológicos crónicos (PPC) y no PPC (NPPC). Se asumieron como PPC aquellos que cumplían dos o más criterios PROFUND de distintas categorías. Se recogieron las variables que se describen en la sección de resultados. Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS versión 23.0.

Resultados: De los 216 pacientes, se incluyeron a 118 (54,63%) que cumplían criterios de TP, de los cuales 68 (57,63%) eran no PPC, y 50 (42,37%) PPC. Se excluyeron a 98 (45,37%) por no cumplir criterios de TP. Hubo diferencias significativas ($p = 0,038$) en cuanto a la mediana de edad, mayor en los PPC ($84,5 \pm 9,85$) que en los no PPC. La patología más frecuente fue la respiratoria en ambos grupos, sin diferencias significativas. Hubo un total de 86 (72,88%) que tenían riesgo de ETEV aumentado, de los cuales 45 (52,32%) correspondían a PPC. Por otra parte, 7 (5,93%) tenían un riesgo de hemorragia aumentado, de los cuales 4 (57,14%) eran PPC. El riesgo aumentado de ETEV fue significativo ($p = 0,000$), no así el hemorrágico. Entre los PPC, se administró heparina de bajo peso molecular (HBPM) a 41 (82%) frente a 51 (75%) de los no PPC. Hubo diferencias significativas en la movilidad reducida ($p = 0,001$), los antecedentes de cirugía o traumatismo ($p = 0,017$) y la edad > 70 años ($p = 0,017$), así como en la TFG $30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ ($p = 0,024$), a favor de PPC. Se adoptaron medidas inadecuadas en 50 (42,37%), más importante en el grupo de PPC (39,7% vs 46%), sin significación estadística. Acerca de las causas de inadecuación, se infratrató a 17 (14,40%) mientras que se sobretrató a 33 (27,96%), tampoco significativo. Respecto a los que recibieron tratamiento con HBPM pero sin una dosificación adecuada (15 casos), 5 (4,23%) de ellos fueron por infradosificación ($p = 0,611$), mientras que 10 (8,47%) lo fue por sobredosificación, más prevalente en los PPC, siendo estadísticamente significativo en este subgrupo ($p = 0,035$).

Discusión: Hay pocos estudios publicados sobre TP en pacientes médicos no quirúrgicos y menos aún en pacientes PPC, por lo que los resultados obtenidos podrían ser de utilidad a los médicos que tratamos estos pacientes a diario. En nuestro servicio el porcentaje de PPC ingresados es muy elevado: supone más del 45% del total. Como cabría esperar, la edad del grupo de los PPC era más elevada y no había diferencias de sexos.

Por otro lado, los PPC tenían un riesgo más elevado de ETEV y por tanto, hubo más pacientes que recibieron TP. Respecto a los criterios PADUA, el grupo de los PPC presentó diferencia estadística en la edad, la movilidad reducida y el antecedente de cirugía o traumatismo previo y respecto a los criterios IMPROVE, la TFG 30 ml/min/1,73 m² fue claramente más frecuente en el grupo de los PPC. Todo ello son características directamente relacionadas con los PPC: mayor dependencia, inmovilización y afectación orgánica. En cuanto a la inadecuación de la TP, el porcentaje fue elevado en ambos grupos, pero especialmente en el del PPC. Estos pacientes sufrieron sobretratamiento y especialmente en la sobredosificación, al recibir unas dosis de HBPM no ajustadas a la TFG.

Conclusiones: 1. El estudio manifiesta que podemos mejorar en la adecuación de la TP. 2. Es necesario conocer las escalas de riesgo ETEV y hemorrágico y saber aplicarlas en nuestro día a día. 3. Los PPC sufren riesgo de sobretratamiento porque no ajustamos adecuadamente la dosis de HBPM a la TFG que presentan. 4. Este estudio puede servir para establecer medidas que mejoren el grado de adecuación de la TP en nuestro servicio.