



T-36. - TROMBOPROFILAXIS EN PACIENTES MÉDICOS APLICANDO ESCALAS DE PREDICCIÓN DE RIESGO: ESTUDIO PROMETEO

L. Guirado¹, V. Rosa¹, B. García¹, M. Torralba², R. Mateo³, G. Tornel⁴, J. Trujillo⁴

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Rafael Méndez. Lorca. Murcia. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia.

Resumen

Objetivos: Evaluar el perfil de los pacientes médicos ingresados en servicios médicos de 4 hospitales de Murcia en relación a su potencial necesidad de recibir tromboprolifaxis (TP), su valoración de riesgo tromboembólico venoso mediante las escalas de Padua y Pretemed, y de riesgo hemorrágico mediante la escala Improve.

Métodos: Se realizó un estudio observacional y multicéntrico en 4 hospitales (Hospital Universitario (HU) Santa Lucía, HU Virgen de la Arrixaca, H. Morales Meseguer y H. Rafael Méndez. Se estudiaron los pacientes ingresados en servicios médicos durante los meses de mayo a noviembre/2013. Los datos recogidos fueron edad, sexo, días de ingreso, índice masa corporal (IMC), obesidad, tabaquismo, insuficiencia renal crónica (IRC), cáncer activo, insuficiencia cardíaca (IC), diabetes (DM), EPOC, ingreso 6 meses antes, antipsicóticos, tratamiento hormonal sustitutivo (THS) o tamoxifeno, anticoncepción oral (ACO), embarazo-puerperio, antecedentes ETEV, trombofilia, homocisteína, infección o enfermedad neurológica aguda, inmovilización médica o encamamiento > 4 días, estancia > 3 días, trauma o cirugía < 1 mes, catéter venoso central (CVC), síndrome nefrótico. Además se recogió el tratamiento antiagregante y con estatinas al ingreso y alta y si la TP fue farmacológica o mecánica. El cálculo de riesgo de ETEV se hizo con las escalas validadas PADUA y PRETEMED y el riesgo de sangrado se calculó con la escala de puntuación IMPROVE. Los variables resultados fueron ETEV, hemorragia, evento isquémico o defunción. Este estudio se realizó con la ayuda no restringida de Sanofi-Aventis.

Resultados: Se valoraron un total de 2.557 pacientes de los que 1.712 pacientes fueron incluidos en el análisis por no requerir TP o estar en tratamiento anticoagulante. El diagnóstico al ingreso más frecuente fue insuficiencia cardíaca, respiratoria, EPOC agudizado, FA, ACV, anemia, infección respiratoria, urinaria y partes blandas, diarrea, descompensación hidrópica y derrame pleural. La edad media fue 64.7 años, 932 (54%) son hombres y 780 (46%) son mujeres, 8.2 días de ingreso de media y estancia > 3 días 1455 (85%), IMC medio 27.5 con 584 obesos (34%), 917 (54%) fumadores. 230 (13%) tenía IRC, síndrome nefrótico 4 (0,2%), DM 506 (30%), 362 (21%) cáncer activo, 316 (19%) IC, 164 (9,6%). EPOC, 316 (19%) IC, 133 (7,8%) tratamiento antipsicótico, 25 (0,9%) THS o tamoxifeno, 24 (3,1%) ACO, 10 (0,6%) embarazo-puerperio, ETEV previa en 64 (3,7%), trombofilia 16 (0,9%), hiperhomocisteinemia 1 (0,1%), infección 573 (34%), enf. neurológica 238 (14%), ingreso 6 meses antes 531 (31%), inmovilización médica 1241 (73%), encamamiento > 4 días 965 (59%),

trauma o cirugía < 1 mes 30 (1,8%), CVC 41 (2,4%). 566 (33%) estaba antiagregado al ingreso y 564 (33%) al alta, 227 (13%) tomaba AINEs al ingreso y 361 (21%) al alta, 476 (28%) tomaba estatinas al ingreso y 470 (30%) al alta. La TP fue farmacológica en 1120 (66%) y mecánica en 1 (0,1%). En la escala de predicción PADUA 1236 (72%) tenía alto riesgo, 897 (52%) según PRETEMED y 118 (6,9%) alto riesgo de sangrado según IMPROVE. Las variables resultado fueron ETEV en 19 (1,1%) siendo 10 (0,6%) TVP, 15 (0,9%) hemorragias en 7 (0,4%) hemorragia digestiva alta, 13 (0,7%) eventos isquémicos siendo 7 (0,4%) ACV y 234 (14%) defunción.

Discusión: Destaca la valoración en alto riesgo de los pacientes según las 3 escalas, destacando, según ellas, cuántos deberían recibir TP y cuántos ser “vigilados” especialmente porque son de riesgo elevado según Improve.

Conclusiones: Destacar la importancia de aplicar escalas de predicción de riesgo de ETEV en pacientes médicos valorando de igual manera el riesgo hemorrágico de cada sujeto ante la decisión de iniciar TP.