



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

EV-012 - ADECUACIÓN DE LA PROFILAXIS DE ETEV EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Vicente Martínez, U. Asín Samper, G. Acebes Repiso, M. Odrizola Grijalba, 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 un Servicio de Medicina Interna y su adecuación a las guías clínicas (criterios PRETEMED 2007 y PADUA 2010). Valorar el riesgo hemorrágico mediante la escala IMPROVE como criterio a tener en cuenta en la indicación de profilaxis antitrombótica.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal. Revisión de historias clínicas y tratamientos de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza) durante el 13 de abril de 2016. 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 eGFR. Valoración del riesgo hemorrágico según la escala IMPROVE.

Resultados: Nuestro estudio abarcó a 128 pacientes, de los cuales el 42,2% fueron excluidos por recibir tratamiento anticoagulante (63% con acenocumarol, 3,7% con apixabán, 3,7% con dabigatrán, 14,8% con rivaroxabán y 14,8% con heparina a dosis terapéuticas). La causa fundamental para recibir tratamiento anticoagulante fue la fibrilación auricular con un 79,7%, destacando otras causas como TEP o ser portador de prótesis valvular. Del 58,7% restante que no recibió tratamiento anticoagulante, el 51,4% recibió profilaxis con HBPM, siendo la enoxaparina el fármaco más utilizado (35,1% a dosis de 40 mg/24h y 8,1% de 20 mg/24h tras ajuste por filtrado glomerular). El 5,4% restante recibió profilaxis antitrombótica con bemiparina 2.500 UI/24h, sin necesidad de ajuste por función renal. Del 63,5% de pacientes con indicación de profilaxis ETEV según criterios PREMETED y PADUA, ésta solo fue administrada en el 40,5%, por lo que un 20,3% no recibió la profilaxis indicada. Sin embargo, un 2,7% de ellos presentaba riesgo hemorrágico elevado (según escala IMPROVE), por lo que su indicación sería controvertida y en otro 2,7% de pacientes se había suspendido por limitación de esfuerzo terapéutico. También se observó que en el 2,7% la posología utilizada era inadecuada. Del 31,1% de pacientes en los que no estaba indicada la profilaxis antitrombótica, se encontró adecuación en el 20,3% de los casos. El 5,4% recibió HBPM sin necesidad. En el 5,4% de los casos existían resultados discordantes de indicación entre las escalas PREMETED y PADUA. No se objetivaron eventos tromboticos en 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 o recibimiento de profilaxis cuando no está indicada) asciende a un porcentaje reseñable en nuestro servicio. Continúan los errores, debido a una incorrecta valoración de la función renal de los pacientes tanto por defecto como por exceso. Existen resultados discordantes en los

datos de estimación de riesgo en función de la escala utilizada, sin poder valorar cuál presenta mejor correlación clínica, dado que en nuestra muestra de pacientes no se observaron eventos trombóticos.

Conclusiones: La enfermedad ETEV es una complicación importante en nuestros pacientes que debemos prevenir. La aplicación de escalas de riesgo es de gran ayuda para elegir la mejor alternativa terapéutica para un paciente concreto. La adecuación de la dosis de HBPM debe hacerse en base al filtrado glomerular calculado de cada paciente. Se necesitan más estudios comparativos entre las escalas PRETEMED y PADUA para valorar cuál presenta mejor correlación clínica con la aparición de eventos trombóticos.