



1478 - HEMORRAGIAS EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA ¿PODEMOS MEJORAR?

J. Alonso Carrillo, C. Gómez Cuervo, M. Castro Martínez, I. Martínez Redondo, M. Herreros Gutiérrez, M. Muñoz Hernández y C. Díaz Pedroche

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

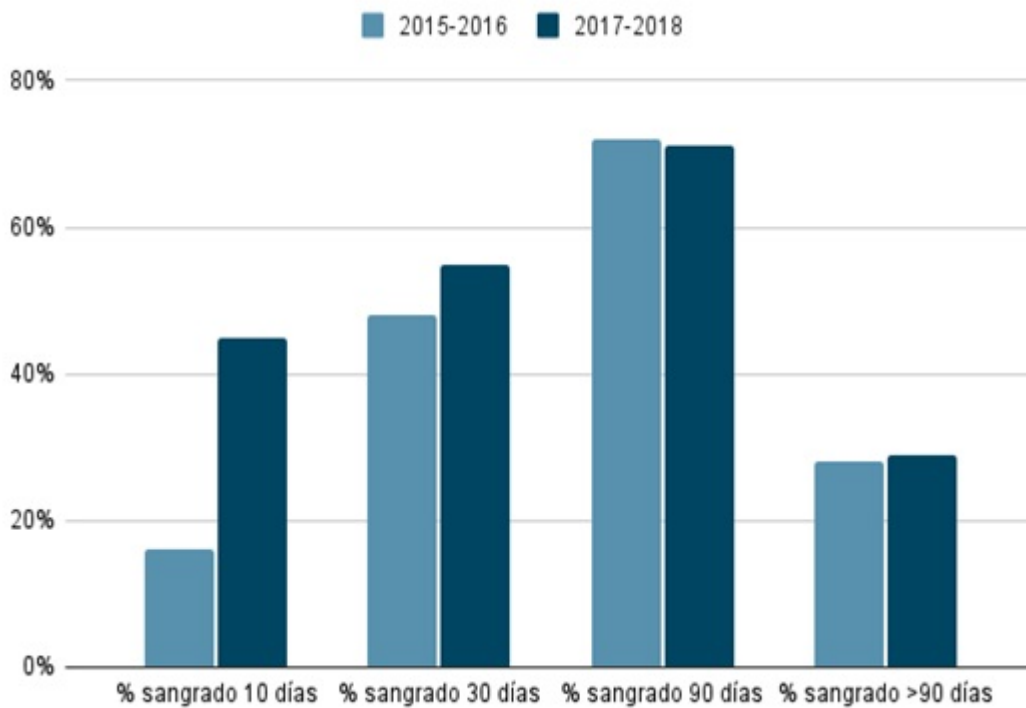
Resumen

Objetivos: En un estudio previo en nuestra cohorte de pacientes con enfermedad tromboembólica (ETE) se objetivó un aumento del sangrado en pacientes no oncológicos en el período de tiempo de consolidación de una consulta monográfica (2017-2018) respecto al período de implementación (2015-2016). El objetivo del presente estudio es identificar factores de riesgo de sangrado global y de hemorragia precoz en busca de factores corregibles.

Métodos: Estudio prospectivo. Pacientes incluidos en RIETE en nuestro centro entre 2015 y 2018 excluyendo a aquellos con diagnóstico de cáncer. Se usan métodos estadísticos habituales de análisis descriptivo. Los eventos aparecen como tasas de incidencia (100-pacientes-año). Se compararon los pacientes en función del desarrollo de sangrado, identificando los factores relacionados con el mismo a través de análisis univariante y multivariante mediante regresión logística. Se utilizó la variable isquemia como combinación de infarto agudo de miocardio, ictus o enfermedad arterial periférica.

Resultados: Se incluyeron 436 pacientes (2015-2016: 200; 2017-2018: 236). El porcentaje de mujeres es mayor en 2015-2016 (60% vs. 53% $p = 0,14$), así como el de enfermedad arterial periférica (6% vs. 2%; $p = 0,04$), fibrilación auricular (11% vs. 3%; $p = 0,03$) y alteración de la función renal (25% vs. 19%; $p = 0,03$). En 2017-2018 presentan con más frecuencia historia familiar (23% vs. 33%; $p < 0,01$). La mortalidad (7,4 por 100-personas-año vs. 11,4 por 100 personas-año; $p = 0,04$) y la hemorragia (8,8 por 100 personas año vs. 21 por 100 personas-año; $p < 0,05$) aumentan en 2017-2018. Se analizó el tiempo hasta sangrado detectándose que el exceso de sangrado objetivado se circunscribe a los primeros 10 días (16% vs. 45%; $p = 0,04$), sin diferencias en el resto de los períodos (fig. 1). Se han identificado como factores de riesgo de sangrado en el análisis univariante (tabla) el sexo (OR 1,82 (1,02-3,25); $p = 0,04$), el índice de Charlson OR 1,23 (1,13-1,36); $p < 0,05$, y la EAP 2,76 (0,94-8,13); $p = 0,06$. Destacan dosis de heparina por kg y tiempo de tratamiento agudo en el grupo de hemorragias aunque sin significación. Tras realizar el análisis multivariante, permanecen como factores de riesgo el sexo. No hay diferencias en cuanto a los principios activos ni las dosis administradas en el tratamiento agudo, aunque hay una tendencia no significativa a prolongarse más en el período de 2017-2018 (7 (5-10) vs. 8 (6-12,5); $p = 0,39$).

Análisis univariante			
Variable	Hemorragia n = 63	No hemorragia n = 373	P valor OR IC 95%
Edad (años)	74,5 (47-83)	72 (57-83)	0,99 (0,98-1,01)
Sexo (varón)	41 (68,3%)	204 (54,3%)	1,82 (1,02-3,25)
Hemorragia último mes	2 (3,3%)	9 (2,4%)	0,71 (1,15-3,37)
Charlson	3,5 (0,25-5)	3 (2-5)	1,23 (1,13-1,36)
Enfermedad isquémica o tratamiento antiagregante	17 (15,5%)	43 (13,2%)	1,11 (0,68-1,81)
Fumador	12 (20%)	70 (18,6%)	1,09 (0,55-2,17)
Diabetes mellitus	12 (20%)	64 (17%)	1,22 (0,61-2,42)
HTA	38 (63,3%)	2018 (58%)	1,25 (0,71- 2,2)
Insuficiencia cardiaca	7 (11,7%)	23 (6,1%)	2,03 (0,83-4,96)
Fibrilación auricular	4 (6,7%)	25 (6,6%)	1 (0,34-2,99)
Cirugía previa <2 meses	4 (6,7%)	32 (8,5%)	1,3 (0,44-3,82)
Inmovilización	17 (28,3%)	110 (29,3%)	1,04 (0,57-1,91)
TVP previa	7 (11,7%)	47 (12,5%)	1,16 (0,32-4,21)
TEP	49 (77,7%)	266 (71,31)	0,41 (0,10-1,66)
Alteración de la función renal	12 (19%)	83 (22,25%)	1,51 (0,75-2,99)
Duración del tratamiento agudo	6 (4-7)	6 (3-8)	0,99 (0,96-1,02)
Dosis de heparina UI/Kg	186 (131-213)	173 (120-200)	1 (0,99-1,00)
Tipo de tratamiento (heparina de bajo peso molecular)	48 (80%)	290 (76,8)	1 (1-1)
Análisis multivariante			
Variable	ODDS RATIO IC 95%		
Edad	0,98 (0,96-1,01)		
Charlson	1,02 (0,8-1,3)		
Sexo (m)	1,98 (0,96-4,07)		
Hemorragia previa	0,62 (0,11-3,46)		
Anemia	0,94 (0,5-1,8)		
Creatinina	1,62 (0,63-4,17)		
Enfermedad isquémica	0,88 (0,39-1,98)		



Conclusiones: En los dos períodos de tiempo 2015-2016 y 2017-2018 la tasa de incidencia de mortalidad ha aumentado a expensas del número de hemorragias en los 10 primeros días de tratamiento. Los principales factores asociados a hemorragia son el Charlson, la EAP y el sexo varón; sin embargo, solo el sexo se ha relacionado de forma independiente en el estudio multivariante. Aunque el número de eventos limita la potencia para detectar diferencias significativas, el uso de tratamientos con HBPM más prolongados en el segundo período puede ser otro factor a tener en consideración. El análisis de la práctica clínica es fundamental para reevaluar el trabajo diario y estos hallazgos deben conducir a optimizar nuestra actividad habitual.