



<https://www.revclinesp.es>

1296 - HEMATOMAS NO TRAUMÁTICO DE PARTES BLANDAS EN PACIENTES ANTICOAGULADOS: EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

Cristina Gay González, Mireya Morales Rodríguez, Leire Arin García, Laura Hurtado Carrillo, Ana Duque Martínez, Beatriz Dendariena Borqué, Alba Gil Arcija y Rafael Daroca Pérez

Medicina Interna, Hospital Universitario San Pedro, Logroño, España.

Resumen

Objetivos: Analizar la evolución y tratamiento de los pacientes con hematoma no traumático de tejidos blandos (HNTB) ingresados en el Servicio de Medicina Interna de un hospital de segundo nivel.

Métodos: Estudio analítico retrospectivo. Se incluyeron los pacientes con diagnóstico al alta de HNTB bajo tratamiento anticoagulante con antagonistas de la vitamina K (AVK), heparina de bajo peso molecular (HBPM) y anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) entre enero de 2019 y diciembre de 2024. Se revisó retrospectivamente la historia clínica, recogiendo datos: demográficos, clínicos, tratamiento previo, sangrado mayor definido por criterios ISTH, manejo terapéutico y evolución. Se utilizaron las pruebas t-Student y ANOVA para comparar las variables continuas, y χ^2 para variables categóricas. Estudio de supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier y *log-rank* consideró significativo un valor $p < 0,05$. Análisis estadístico mediante el programa SPSS. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del hospital.

Resultados: Se incluyeron un total de 116 pacientes. La edad media fue de $84 \pm 8,8$ años, 66,4% mujeres. La media del índice de Charlson fue de $3,6 \pm 2$. El 49,1% estaba en tratamiento con AVK, 31% HBPM, 17,2% ACOD y un 2,6% AVK + HBPM. La dosis de HBPM fue 71,8% terapéutica y 28,2% profiláctica. No hubo diferencias significativas en la aparición de hematoma en los 4 grupos de tratamiento en el momento de aparición del hematoma. En la tabla 1 se recogen las variables estudiadas. La figura muestra la supervivencia en función del tipo de tratamiento anticoagulante (*log-rank* $p = 0,173$). En la tabla 2 se detallan las diferencias observadas por gravedad del sangrado. No hubo diferencias en el desarrollo de sangrados mayores en relación a sexo, situación basal funcional, comorbilidades como IC, HTA, DM2 o ERC. No hubo significativamente más resangrado en los 68 (58,6%) pacientes en los que se reintrodujo la anticoagulación (6,4%) frente a los que se retiró definitivamente (2,6%) ($p = 0,388$).

Tabla 1

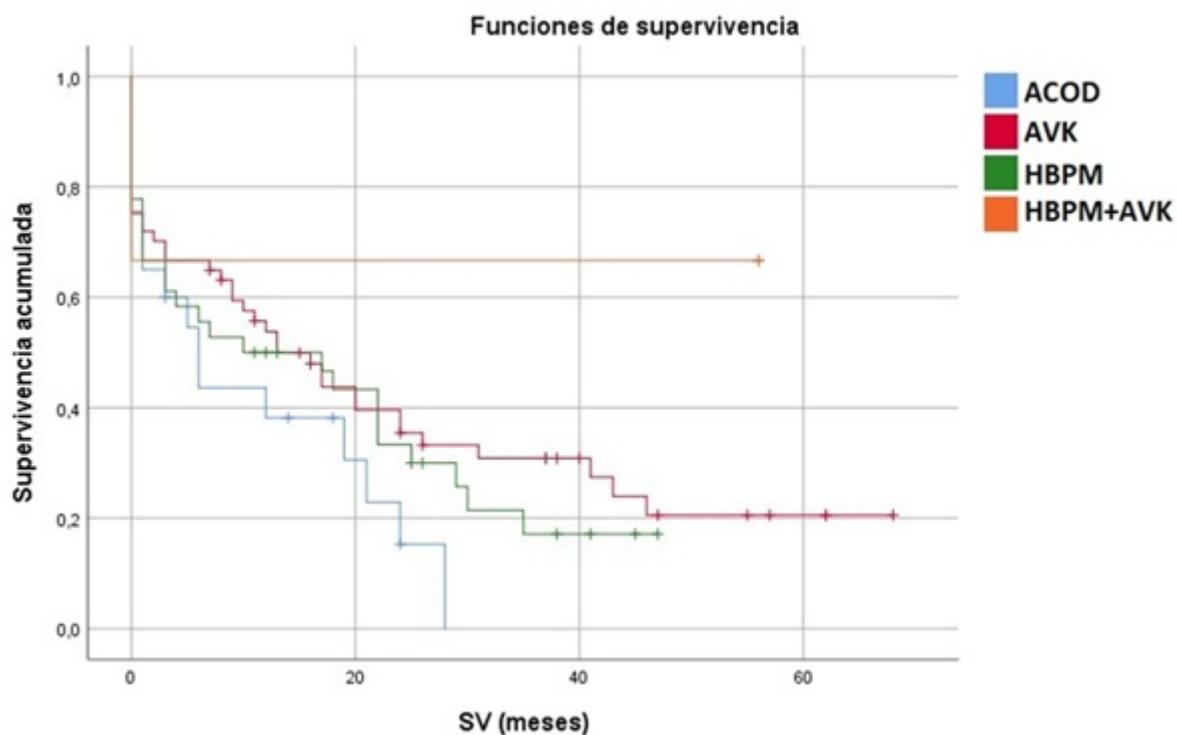
	ACOD	AVK	HBPM	HBPM+AVK	<i>p</i>
n: 20	n: 57	n: 36	n: 3		

Edad media (años)	87,7 ± 5,6	83,2 ± 9	84 ± 9,8	84,2 ± 8,8	0,226
Sangrado mayor n/(%)	12 (60%)	38 (66,7%)	24 (66,7%)	3 (100%)	0,596
Mortalidad intrahospitalaria n/(%)	4 (20%)	9 (15,8%)	5 (13,9%)	1 (33,3%)	0,802
Duración ingreso (días) (media)	12,4	15,5	18,2	12	0,633
Dosis inadecuada n/(%)	4 (20%)	33 (57,9%)	14 (38,9%)	1 (33,3%)	0,022
Transfusión n/(%)	9 (45%)	34 (59,6%)	21 (58,3%)	0%	0,162
N.º concentrados hemáticos (media)	0,7	1,77	1,5	0	0,031
Complejos n/(%)	0 (0%)	12 (21,1%)	2 (5,6%)	0 (0%)	0,03
Embolización n/(%)	1 (5%)	2 (3,5%)	1 (2,8%)	0 (0%)	0,96

Tabla 2

	Sangrado menor	Sangrado mayor	p
n: 39	n: 77		
Mortalidad ingreso	2 (5,1%)	17 (22,1%)	0,02
Duración del ingreso (días)	14	16,6	0,244
Dosis inadecuada n/(%)	14 (35,9%)	38 (49,4%)	0,169

Complejos n/(\%) (media)	3 (7,7%)	10 (13%)	0,393
N.º concentrados hematíes (media)	0,08	2,2	0,001
Embolización n/(\%)	0 (0%)	4 (5,2%)	0,147
Supervivencia (meses) (mediana)	15,9	15,9	0,11



Conclusiones: Los pacientes en tratamiento con HBPM y AVK, precisaron mayor uso de transfusiones y complejos, especialmente con AVK. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de sangrado mayor, mortalidad intrahospitalaria o duración del ingreso por tipo de anticoagulante. Los pacientes con sangrado mayor tuvieron mayor mortalidad durante el ingreso y precisaron mayor número de transfusiones, a pesar de lo cual no se hallaron diferencias relevantes en la duración del ingreso ni en la supervivencia global. La tasa de resangrado tras la reintroducción del tratamiento fue baja (6,4%), lo que apoya la posibilidad de reinicio en casos seleccionados. Una correcta evaluación de la indicación, ajuste de dosis del tratamiento anticoagulante, así como el uso de alternativas más seguras en pacientes de alto riesgo (edad avanzada y/o fragilidad) puede prevenir complicaciones hemorrágicas graves.