



T-73. - INGRESOS CON SOBRECAGULACIÓN COMO EFECTO ADVERSO DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE. FACTORES DE RIESGO DE SANGRADO

J. Lamas Ferreiro, R. Puerta Louro, M. Rodríguez Arias, L. González Vázquez, F. Fernández Fernández, H. Enríquez Gómez, T. Gondar Barcala, J. de la Fuente Aguado

Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa S.A. Vigo (Pontevedra).

Resumen

Objetivos: La utilización de anticoagulantes da lugar a aparición de eventos adversos, así como muertes relacionado con su uso. La sobrecoagulación puede estar presente tanto en pacientes con eventos hemorrágicos como en aquellos en que no se presentan. Identificar en nuestro centro los pacientes ingresados con eventos adversos por uso de anticoagulantes con sobrecoagulación identificando aquellos factores de riesgo de sangrado.

Métodos: Realizamos un análisis retrospectivo de todos los pacientes ingresados en nuestro hospital desde el 1 de enero de 2011 al 31 de diciembre del año 2012, entre cuyos diagnósticos incluyan efecto adverso anticoagulante identificando aquellos con INR mayor a 3. Recogimos la edad, sexo, si fallecían, factores de riesgo de embolismo (CHA2DS2-VASc), riesgo de hemorragia (HAS-BLED), otras comorbilidades y tipo de evento hemorrágico.

Resultados: Identificamos 136 casos con INR superior a 3, 54% mujeres. Fueron exitus un 11%. Los factores de riesgo de embolismo y de sangrado estaban presentes: insuficiencia cardíaca 63%, HTA 75%, > 75 años 85%, diabetes mellitus 24%, ictus previo 21%, arteriopatía periférica 27%, insuficiencia renal 52%, consumo de alcohol 10%, clopidogrel 2%, ácido acetil salicílico (AAS) 4%, consumo de AINES 5%. Esto condicionaba que la proporción de valores de CHA2DS2-VASc: 1 2%, 2 6%, 3 10%, 4 25%, 5 32%, 6 16%, 7 9%, 8 1% y HAS-BLED 1 0%, 2 12%, 3 29%, 4 44%, 5 14%. Otras comorbilidades presentes: cardiopatía isquémica 14%, fibrilación auricular 89%, EPOC 24%, dislipemia 40%, anemia 61%, valvulopatía 40%, antecedente de neoplasia 21%. Al alta un 2,5% recibieron clopidogrel, 9% AAS, 64% anticoagulantes orales y 26,5% heparinas de bajo peso. Un 40% presentaron hemorragia, y el origen de los eventos hemorrágicos fueron 31% gástrico, 13% intestinal, 18% genitourinario, 13% cerebrales, 13% pulmonar, 5,5% muscular-piel, 4% origen ORL, y 2,5% otros. Cuando realizamos análisis univariante identificamos como factores relacionados con el sangrado anemia 72% vs 28% (p 0,033), presentando los pacientes con antecedente de ICC menor presencia de sangrado 34% vs 49% (p 0,017). Se realiza análisis multivariante introduciendo variables con p < 0,2, persistiendo asociación de menor sangrado en los pacientes con antecedente ICC frente a los que no la presentan, así como la presencia de anemia que es factor de riesgo de sangrado. No encontramos diferencias en los pacientes con sobrecoagulación, respecto al CHA2DS2-VASc y HAS-BLED en la predisposición al sangrado. Los pacientes con sangrado se remiten al alta con heparinas de bajo peso molecular en un 74%, manteniéndose en sólo 33% el tratamiento con

anticoagulación oral.

Discusión: Los pacientes anticoagulados presentan múltiples factores de riesgo de embolismo y de sangrado. Cuando se presenta complicación hemorrágica presentan mayor frecuencia de antecedente de anemia. En el momento del alta reciben más tratamiento con heparinas de bajo peso frente a aquellos con sobrecoagulación sin sangrado en que se mantiene el anticoagulante oral, al realizarse ajuste de dosis de anticoagulante.

Conclusiones: La presencia de anemia es factor de riesgo de aparición de sangrado en pacientes anticoagulados por lo que debemos mejorar e identificarlos, y optimizar en ellos el control de INR para evitar la sobrecoagulación. Probablemente tendremos que tener en consideración la utilización de escalas de valoración del riesgo de sangrado en las que se incluyan la anemia como factor.