



V-343. - ESTUDIO COMPARATIVO Y ANÁLISIS DE MORTALIDAD DE INGRESOS HOSPITALARIOS POR HEMORRAGIA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS Y NO ANTICOAGULADOS

M. López Reboiro, J. Piñeiro Fernández, P. Ventura Valcárcel, M. Matesanz Fernández, I. Iñiguez Vázquez, D. Rubal Bran, E. Romay Lema, R. Rabuñal Rey

Servicio de Medicina Interna. Hospital Lucus Augusti. Lugo.

Resumen

Objetivos: Estudiar si las características y evolución clínica de los enfermos ingresados con hemorragia son diferentes en pacientes anticoagulados, así como valorar la influencia de la anticoagulación en la mortalidad relacionada con el episodio.

Métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo de todos los enfermos ingresados por hemorragia en el Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo durante el año 2011. Se comparó el grupo de pacientes anticoagulados (HBPM y anticoagulantes orales) con el resto, excluyendo los casos que recibían antiagregación (AAS, clopidogrel, AAS y clopidogrel, cilostazol y triflusal). Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, localización, filtrado glomerular, polifarmacia, comorbilidad, indicación de la anticoagulación, índice CHADS2, índice HASBLED, número de transfusiones y mortalidad. En el análisis estadístico se usó el programa estadístico SPSS 17.

Resultados: Se estudiaron 397 casos (60,7% hombres) de hemorragia, 96 anticoagulados (31,8%) y 301 no anticoagulados. Los pacientes anticoagulados: tenían más edad (80,6 DE 7,9 vs 68 DE 17,7, $p < 0,0001$), destacando un 95,8% mayores de 65 años; tomaban más fármacos (6,8 DE 2,8 vs 3,8 DE 3,5, $p < 0,0001$), 87,5% polifarmacia (definida por cuatro o más fármacos); mayor frecuencia de insuficiencia renal (FG < 60) (51% vs 31,9%, $p < 0,001$); mayor puntuación en el índice de Charlson (5 DE 2,5 vs 3,5 DE 3,1, $p > 0,0001$), con una puntuación igual o mayor de 3 en el 88,5% de los casos; y en la clasificación HASBLED (2,1 DE 1,4 vs 0,1 DE 0,6, $p < 0,0001$). No hubo diferencias en (p NS): el sexo (varón: 57,3% vs 61,8%/mujer: 42,7% vs 38,2%); la localización de la hemorragia (cerebral vs resto), existiendo un mayor número de ingresos por hemorragia digestiva (40,6%); el número de transfusiones recibidas (sólo un 20,8% requirió politransfusión); la estancia media (13,4 DE 12 vs 14,8 DE 17,7); ni en la mortalidad (12,5% vs 15,1%, p NS), con un 12,5% de fallecimientos durante el episodio agudo. Tras el análisis de la historia, se consideró que el 34,4% de los pacientes anticoagulados presentaban al menos una contraindicación (absoluta o relativa) para la anticoagulación. Los factores independientes predictores de mortalidad fueron la localización (cerebral vs otras) de la hemorragia (OR 3,4; IC95% 1,7-6,8), un FG < 60 (OR 2,7; IC95% 1,4-5,3) y la transfusión de 3 o más concentrados de hematíes (OR 2,1; IC95% 1,08-4,4). La anticoagulación no se asoció con el riesgo de fallecer durante el ingreso.

Discusión: El adecuado cumplimiento de las guías de práctica clínica ha propiciado un aumento progresivo del número de pacientes anticoagulados, incluyendo aquellos con edad avanzada o comorbilidad elevada. Esta circunstancia conlleva un aumento concomitante de los casos de hemorragia. Dada la elevada incidencia de complicaciones en este perfil de pacientes, deberíamos incidir más y preguntarnos si se cumple en la práctica clínica una reevaluación continua del riesgo/beneficio de la anticoagulación, intentando disminuir la morbilidad y mortalidad, con un impacto favorable sobre la calidad de vida, supervivencia y el gasto sanitario.

Conclusiones: Entre los pacientes que ingresan por hemorragia, los pacientes anticoagulados tienen un perfil de riesgo de sangrado, comorbilidad y complejidad superior al resto. La anticoagulación per se no es predictora de mortalidad en los enfermos ingresados con hemorragia durante el episodio agudo.