



<https://www.revclinesp.es>

IC-047 - EL VALOR DEL INR EN URGENCIAS

I. Pulido González, M. León Mazorra, H. Rosario Mendonza, A. Merlán Hermida, I. Ramos Gómez, J. Martín Armas y A. Conde Martel

Medicina Interna. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).

Resumen

Objetivos: Determinar la relación entre INR > 3 y mortalidad. Determinar su prevalencia, los factores a los que se asocia, si se relaciona con mayor estancia y modificación del tratamiento anticoagulante al alta.

Material y métodos: Estudio longitudinal observacional en el que se recogen consecutivamente a los pacientes ingresados en medicina interna procedentes de Urgencias en el periodo comprendido entre el 01/01/2014 y el 31/12/2016 y con seguimiento hasta 2018. Se seleccionaron aquellos con una determinación de INR en urgencias, se estableció un grupo con INR > 3 y se comparó con los pacientes con INR en rango terapéutico (INR entre 2 y 3). Para el análisis de variables cuantitativas se utilizó la t de Student y para variables cualitativas la prueba de chi cuadrado.

Resultados: Se recoge un total de 1.028 pacientes. De éstos se seleccionó al subgrupo de pacientes en tratamiento con fármacos antivitamina K (454) y de esos 454 pacientes se seleccionó a los que tenían determinación de INR en Urgencias, obteniéndose un total de 383 pacientes. De los 383 pacientes con valores de INR en Urgencias, 214 (55,87%) presentaron un INR mayor de 3, 110 (28,72%) presentaron un INR en rango terapéutico y 59 (15,40%) un INR menor de 2. Los pacientes con INR mayor de 3 tenían como antecedentes más prevalentes HTA (95,3%), insuficiencia cardiaca (75%), DM2 (57%), ERC (45,3%), cardiopatía isquémica (29,9%) y deterioro cognitivo (22,4%), lo que la define como población pluripatológica. La edad media era de $80,72 \pm 6,82$ y el Índice de Barthel medio era de $79,4 \pm 26,7$. El CHA2DS2Vasc medio de la muestra fue de $5,12 \pm 1,37$ y el HAS-BLED $2,56 \pm 1,18$. El 82,8% recibe tratamiento anticoagulante al alta. A pesar de haber ingresado con INR mayor de 3, en el 73,1% de los pacientes se mantuvo el tratamiento con fármacos AVK al alta. Sólo en el 4,8% de los casos se realizó el cambio a ACOD. La mortalidad de la muestra fue del 66% con una mortalidad intrahospitalaria del 13,6%. En cuanto a las diferencias entre grupos se objetiva que el HAS-BLED es menor en los pacientes con INR en rango terapéutico ($2,17 \pm 1,13$ vs $2,56 \pm 1,18$; p 0,004), la estancia media es mayor en los pacientes con INR > 3 ($12,96 \pm 9,78$ (INR 2-3) vs $16,35 \pm 13,24$ (INR > 3); p 0,009) y existen diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad intrahospitalaria (5,26% (INR 2-3) vs 13,6% (INR > 3); p 0,018) y la mortalidad total (41,59% (INR 2-3) vs 66% (INR > 3); p 0,000). En cuanto al tratamiento existen diferencias significativas en el uso de fármacos antivitamina K al alta (88,07% (INR 2-3) vs 73,07% (INR > 3); p 0,002) pero no existen diferencias en el uso de anticoagulantes orales de acción directa (1,83% (INR 2-3) vs 4,8% (INR > 3); p 0,178).

Discusión: El 55% de los pacientes que consultaron presentan INR > 3. No se encontraron diferencias significativas en la edad media (80 años \pm 6,83), sexo, pluripatología y número de reingresos (17%), pero si

en la estancia media (16,3 vs 12,9 días). La escala de CHA2DS2Vasc tenía un rango alto en ambos grupos, y se encontró diferencia en el HAS-BLED, significativamente superior en el grupo INR > 3. Se encontró diferencia significativa en la mortalidad intrahospitalaria (13,6% vs 5,26%) y al alta (66% vs 41,59%). El 73% de los pacientes mantuvieron el tratamiento con AVK y sólo cambiaron a ACOD el 4,8%. No existen diferencias significativas en cuanto al uso de ACOD en los dos grupos.

Conclusiones: Existen diferencias significativas en cuanto a mortalidad y estancia media en los pacientes que ingresan con INR > 3. Esto nos indica la importancia de la determinación del INR en Urgencias y la necesidad de un seguimiento estrecho de estos pacientes durante su ingreso hospitalario. Por último existen diferencias significativas en cuanto al uso de fármacos antivitamina K al alta, manteniéndose en los pacientes con INR en rango terapéutico, pero no existen diferencias en el uso de ACOD.