



## IC-021 - TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO TRAS UN EVENTO HEMORRÁGICO EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K

I. Martínez de Narvajas Urra<sup>1</sup>, S. Arnedo Hernández<sup>1</sup>, R. Daroca Pérez<sup>1</sup>, J. Mosquera Lozano<sup>1</sup>, M. Gómez del Mazo<sup>1</sup>, I. Ariño Pérez de Zabalza<sup>1</sup>, E. Menéndez Fernández<sup>1</sup> y E. Ramalle Gomara<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Departamento de Salud Pública. Hospital de San Pedro. Logroño (La Rioja).

### Resumen

**Objetivos:** Describir el tratamiento antitrombótico tras una hemorragia relacionada con antagonistas de la vitamina K (AVK) y su relación con el tipo de hemorragia.

**Material y métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo que incluyó pacientes en tratamiento con AVK que habían presentado una hemorragia. A partir del registro de farmacia hospitalaria, se seleccionaron pacientes que habían tenido una hemorragia y habían recibido complejo protrombínico entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de mayo de 2017 (18 meses). Se consideró hemorragia mayor según los criterios ISTH más las que requirieron ingreso, considerando hemorragia menor el resto. Se analizó el tratamiento antitrombótico al alta, a los 6 meses y al año del evento hemorrágico de forma global en función del tipo de hemorragia inicial.

**Resultados:** En el período indicado se registraron 159 pacientes que habían sufrido una hemorragia. Un 83% de ellas eran mayores (31,4% digestivas, 30,2% cerebrales, 21,4% otras) y un 17% menores. El 54,1% eran varones, con una edad media de  $82,6 \pm 8,6$ . La indicación del tratamiento anticoagulante era en un 91,2% fibrilación auricular, con un CHADSVASC de  $4,23 \pm 1,6$  y un HAS-BLED de  $2,45 \pm 0,97$ . Llevaban asociado tratamiento antiagregante un 13,8%. Fallecieron durante el evento hemorrágico 26 pacientes, a los 6 meses 12 y al año 11. Se perdió el seguimiento de 5 pacientes. Al alta del evento un 54,1% llevaban HBPM, un 22,5% anticoagulación oral (19,5% AVK, 3% ACOD) y un 23,4% nada o antiagregante. De los supervivientes al año, un 83,8% llevaba tratamiento anticoagulante oral (70,5% AVK, 13,3% ACOD) y un 9,5% nada. El tratamiento anticoagulante según el tipo de hemorragia se muestra en la tabla. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p: 0,001$ ) entre el tipo de hemorragia y el tratamiento al alta del evento.

Tratamiento anticoagulante tras una hemorragia por AVK (% sobre vivos en ese momento)

Tipo de hemorragia inicial	Al alta	6 meses	1 año
Hemorragia cerebral. Tratamiento con AVK	6,5%	33,3%	45,8%

Hemorragia cerebral. Tratamiento con ACOD	6,5%	22,2%	25%
Hemorragia digestiva. Tratamiento con AVK	20,5%	81,1%	66,7%
Hemorragia digestiva. Tratamiento con ACOD	2,3%	5,4%	12,1%
Hemorragia menor. Tratamiento con AVK	33,3%	95,7%	87%
Hemorragia menor. Tratamiento con ACOD	0%	0%	8,7%

*Discusión:* El reinicio del tratamiento anticoagulante tras una hemorragia es motivo de controversia dado el riesgo de eventos posteriores que conlleva. La mayoría de las guías recomiendan considerar individualmente el balance riesgo-beneficio. En el caso de las hemorragias cerebrales esta decisión es aún más difícil. Los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) pueden suponer una opción ventajosa en esta situación.

*Conclusiones:* En nuestro estudio, la anticoagulación tras un episodio de hemorragia por AVK se reinicia en un 83,3% de los casos, de forma predominante con AVK. Los ACOD son poco utilizados pese a ser una situación donde suponen una ventaja. La hemorragia cerebral es la situación en la que al año se reanuda la anticoagulación oral con menos frecuencia (AVK 45,8%, ACOD 25%).