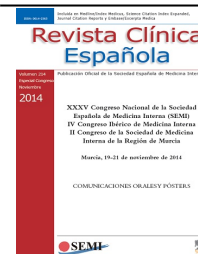




Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

T-59. - EVALUACIÓN DEL RIESGO HEMORRÁGICO DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR ANTICOAGULADOS CON ACENOCUMAROL: FACTORES PREDISPONENTES Y MORBIMORTALIDAD ASOCIADA

A. Peláez¹, G. Lara¹, M. Molina², V. Martínez¹, A. Wilches¹, J. Hernández¹, A. Castilla³, E. Mené¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Intensiva, ³Servicio de Cardiología. Hospital Rafael Méndez. Lorca. Murcia.

Resumen

Objetivos: El uso de los anticoagulantes orales (ACO) en el tratamiento de la fibrilación auricular (FA) como prevención de eventos tromboembólicos, no está exento de riesgo, incrementando el riesgo de hemorragias mayores. El objetivo de este estudio, fue analizar los sangrados en la población con FA 2º al uso de acenocumarol, valorando factores predisponentes y morbilidad asociada.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Incluye todos los pacientes anticoagulados con acenocumarol por FA no valvular y evento hemorrágico 2º a su utilización, usando el registro hospitalario y la historia clínica electrónica. Se recogieron: datos epidemiológicos, comorbilidades, tratamiento concomitante, uso de antiagregantes, puntuación en escala HASBLED y CHAD2S2Vasc, tipo y número de sangrados, así como la complejidad del mismo, la morbilidad asociada y el rango de INR en el momento del suceso.

Resultados: Se presentan los resultados de Fase 1 del estudio de 2600 pacientes anticoagulados con acenocumarol, analizados hasta la actualidad 360, con sangrado en el 28% (102 pacientes). Se analizó la muestra mediante la comparación de variables con chi cuadrado y t-Student. La edad media del total de los sangrados fue de 83 años, sin diferencias en sexo; en las comorbilidades asociadas: 24% neoplasia, 86% HTA, 34% diabetes mellitus, 41% dislipemia, 30% insuficiencia renal crónica (ERC), 50% insuficiencia cardíaca (ICC), 72% cirugía previa, 28% mala situación basal, con una media de 7 fármacos concomitantes, en las complicaciones: el 20% se asoció a embolismo, la puntuación HASBLED fue > 3 en el 63%, con solo un 3% asociado a alto riesgo de sangrado (HASBLED > 3) y bajo embólico (CHAD2S2Vasc 2), el INR fue > 4 en el 97% (p 0,001), precisando sustitución por heparina o Nuevos anticoagulantes orales (NACO) el 24%. Del total de hemorragias, un 36% fue debido a sangrado mayor, cuya edad media fue de 80 años, con una mayor prevalencia en varones (65%; mujeres 35%) significativa (p = 0,048); en cuanto a las comorbilidades: 24% neoplasia, 90% HTA, 45% Diabetes mellitus, 55% dislipemia, 55% fumadores, 24% cardiopatía isquémica, 55% patología digestiva previa, 59% ICC; 37% ERC; al hablar de tipo de sangrado mayor: el 69% fue digestivo, 13% cerebral, 13% retroabdominal, 10% hematuria, la repetición del nº de sangrados mayores fue de 2,6 episodios, con 38% de muertes, y un HASBLED > 3 en el 87%. A la hora de valorar los pacientes antiagregados constituían un 11% del total de la muestra (360 pacientes), el 23% desarrollaron hemorragia, no hubo ningún caso de hemorragia y doble antiagregación, la tasa de sangrado digestivo en paciente antiagregado y HASBLED > 3 fue del 25%, los cerebrales 25%, y los sangrados menores en

pacientes antiagregados y con un HASBLED > 3 solo un 7,6%.

Discusión: Tras este estudio, se determina como posibles factores predisponentes a cualquier tipo de sangrado (estadísticamente significativos $p < 0,05$): HTA, ICC, cirugía previa, INR > 4, HASBLED > 3, y edad > 75. En los sangrados mayores en comparación con los menores: habrá una mayor predisposición en los varones, fumadores, con patología digestiva previa, dislipemia, HTA, diabetes mellitus, con un mayor riesgo de sangrado digestivo, siendo subsidiarios de cambio a NACO ya que el 97% se asociaba a un mal control del INR (sobredosificación > 4). El 63% de los pacientes con cualquier tipo de hemorragia y el 87% de las hemorragias mayores, tuvo un HASBLED > 3: corroborando su uso con los resultados obtenidos como factor predictor de sangrado.

Conclusiones: El uso de la ACO está asociado a un mayor riesgo de sangrado, por tanto, para intentar disminuir la incidencia de los mismos, a la hora de anticoagular, se debe tener en cuenta los factores que aumentan su probabilidad, utilizando las escalas HASBLED y CHAD2S2Vasc para su valoración.