Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):1277

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

T-051 - RIESGO HEMORRÁGICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR PATOLOGÍA MÉDICA. FACTORES DE RIESGO DE SANGRADO Y EVENTOS HEMORRÁGICOS EN NUESTRA COHORTE

L. Caballero Martínez[1], M. Sánchez Montes[1], R. Mercado García[1], A. Pineda Cantero[1], C. Salazar de Troya[2], A. Villalobos Sánchez[1], R. Guijarro Merino[1] y R. Gómez Huelgas[1]

[1]UGC Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga. [2]Medicina Interna. Hospiten Estepona. Estepona (Málaga).

Resumen

Objetivos: Obtención de un registro de datos de pacientes ingresados por patología médica en un hospital de tercer nivel, con el fin de identificar posibles factores de riesgo hemorrágico y proponer una escala de valoración del mismo. En esta comunicación describimos los factores de riesgo de sangrado en nuestra cohorte de pacientes hospitalizados, así como los eventos hemorrágicos ocurridos durante el ingreso.

Material y métodos: Se trata de un estudio prospectivo, para el que diariamente se seleccionaron al azar pacientes que ingresaban en los diferentes servicios médicos de nuestro hospital desde enero a junio de 2016, excluyendo aquellos con hemorragia activa al ingreso o con estancia menor a 72 horas, así como los ingresos programados para realización de técnicas invasivas (por ejemplo cateterismo). Los datos se analizaron mediante SPSS v.24.

Resultados: Se recogieron un total de 493 pacientes de los cuales 70 cumplían criterios de exclusión y se eliminaron del análisis. En los 423 pacientes analizados el porcentaje de hombres (49,4%) y mujeres (50,6%) fue similar, con un rango de edad comprendido entre los 18 y los 95 años; con una edad media de 67,68 (DE 16,23). En cuanto a los factores de riesgo hemorrágico, el más frecuente en nuestra cohorte fue la insuficiencia renal con un filtrado glomerular calculado por la fórmula CKD-EPI por debajo de 30 mL/min/1,73 m^2 con 50 pacientes (11,8%) seguido del antecedente de hemorragia en los tres meses previos al ingreso en 20 pacientes (4,7%) e insuficiencia hepática definida como INR > 1,5 en pacientes no anticoagulados en 14 pacientes (3,3%). Finalmente el antecedente de enfermedad ulcerosa gástrica y trombopenia (plaquetas al ingreso < 50.000) estuvieron presentes en 6 pacientes en ambos casos (1,4%). En cuanto a los fármacos, 128 pacientes (30,3%) seguían tratamiento crónico con antiagregantes plaquetarios, de ellos en 54 (43,2%) se interrumpió su administración durante el ingreso. En cuanto a los eventos hemorrágicos, un total de 39 pacientes de nuestra muestra (9,2% del total) presentaron algún tipo de sangrado durante el ingreso. La localización más frecuente del sangrado fue gastrointestinal (12 pacientes; 30,8%), seguido de genitourinario en 9 pacientes (23,1%), mientras que en 6 pacientes (15,4%) la manifestación del sangrado fue la aparición de un hematoma. Entre los pacientes que sufrieron una complicación hemorrágica, un total de 11 (28,9%) presentaron un sangrado definido como mayor

(con necesidad de transfusión o cirugía), mientras que el 71,1% restante presentaron un sangrado definido como no mayor pero clínicamente relevante. Clínicamente el 18,9% de los pacientes tenían criterios de gravedad mientras que el 81,1% restante sufrieron un evento hemorrágico definido como no grave.

Discusión: Las diferentes comorbilidades que presentan los pacientes son factor de riesgo para presentar una complicación hemorrágica durante el ingreso, y debemos tenerlas en cuenta para realizar un manejo individualizado. En nuestra cohorte aproximadamente un 10% de pacientes sufrieron un evento hemorrágico, lo que denota la importancia de esta complicación en nuestros pacientes ingresados; por lo que sería importante desarrollar una escala de riesgo hemorrágico al ingreso que pudiera predecir estas complicaciones en nuestros pacientes.

Conclusiones: Dado que las complicaciones hemorrágicas aparecen en un porcentaje importante de nuestros pacientes, creemos necesario desarrollar un modelo predictivo de riesgo hemorrágico al ingreso. Este podría sernos de utilidad para identificar pacientes con alto riesgo de sangrado, lo que nos permitiría un manejo individualizado para tratar de evitar complicaciones de este tipo.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.