



V-123 - EXPERIENCIA EN LA REINTRODUCCIÓN DE ANTICOAGULACIÓN TRAS COMPLICACIÓN HEMORRÁGICA NO INTRACRANEAL NI DIGESTIVA

R. Vates Gómez, B. Pérez Alves, M. Balado Rico, E. Manzone, A. Roca Martiartu, H. Notario Leo, A. Payo Martínez y A. Cardona Arias

Medicina Interna. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).

Resumen

Objetivos: Descripción de la experiencia en reintroducción de anticoagulación en pacientes ingresados en nuestro hospital con hemorragias retroperitoneales, de rectos o de partes blandas relacionados con la misma.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional de pacientes ingresados en el Hospital Universitario de Getafe con complicación hemorrágica atribuible al tratamiento anticoagulante entre 2007 y 2015 excluyéndose las hemorragias intracraneales y digestivas. Se han recogido datos respecto al momento y tipo de anticoagulante reintroducido en las distintas situaciones clínicas así como datos de reingresos y mortalidad a corto y medio plazo.

Resultados: Se analizaron 61 pacientes que estuvieron ingresados una media de 13 días. Durante el ingreso se reintrodujo la anticoagulación a 27 pacientes (44,3%), con una demora media de 6,4 días. La media de Hb en el momento de la reintroducción fue 10,49 g/dL (DE 1,98, rango 7,7-15,1). En el 44,4% se reanudó con acenocumarol, 25,9% con HBPM, 22,9% con HNF y el 7,4% restante con los dos primeros simultáneamente. En 24 pacientes se mantuvo la anticoagulación al alta, 91,7% con acenocumarol y el resto con HBPM. La antiagregación se reintrodujo en el 13,1% de los pacientes (al ingreso el 18,1% tenían algún tipo de agregación), haciéndose en una media de 6,77 días y con una Hb media de 10,66 g/dL (la mitad de los casos con ácido acetilsalicílico y la otra mitad con clopidogrel). De 18 pacientes con hematoma retroperitoneal se reintrodujo anticoagulación en 7 (16,7%, a los 14 días de media y con media de Hb 11,03 g/dL), de 11 en rectos abdominales en 7 (63,6%, a los 8,85 días de media y con media de Hb 9,11 g/dL) y de 32 en otras localizaciones en 17 (53,1%, a los 4,16 días de media y con media de Hb 10,96 g/dL). Con respecto a complicaciones trombóticas durante el ingreso, ningún paciente en los que no se reintrodujo anticoagulación las presentó; sin embargo sí se observó un caso entre los pacientes a los que se le había reintroducido. Presentaron complicaciones hemorrágicas el 18,5% en los que se reintrodujo frente al 3,2% en los que no. En los 30 días siguientes el 4,3% de los pacientes no anticoagulados reingresaron por trombosis, y otro 4,3% en los siguientes seis meses. Ninguno de los pacientes en los que se reintrodujo anticoagulación reingresó de nuevo por hemorragia en los primeros seis meses. A los 30 días habían fallecido el 32,4% en los que no se reintrodujo frente al 3,8% en los que sí; y entre 30 días y 6 meses 13% y 7,7% respectivamente.

Discusión: Si bien la muestra es pequeña y se trata de un estudio retrospectivo, ayuda a reconocer cuál es el manejo más habitual en estas situaciones en nuestro centro. En nuestro estudio, la anticoagulación se reinició con una cifra media de Hb mayor de 10 y se realizó más precozmente en los no localizados en retroperitoneo. Los anticoagulantes más empleados fueron acenocumarol y HBPM. No se objetiva mucha diferencia entre cese o reintroducción de antiagregación. El 70,5% de los fallecimientos observados se produjo en los primeros 30 días (32,4% en los que no se reintrodujo la anticoagulación frente a 3,8% en los que sí). Únicamente un pequeño porcentaje de pacientes reingresó por trombosis a pesar de no haber reintroducido anticoagulación; de la misma manera, sólo hemos observado un reingreso por hemorragia entre los pacientes anticoagulados. Una posible explicación para estos resultados es la mortalidad precoz de los casos más graves así como el corto período de seguimiento, lo que probablemente pueda contribuir a infraestimar las complicaciones.

Conclusiones: Tanto la cifra de Hb, como la localización del sangrado pueden ayudar a optimizar el momento y el tipo de anticoagulante a reintroducir. En nuestra serie la no reintroducción del tratamiento anticoagulante no se relacionó con mayor tasa de complicaciones trombóticas, aunque sí con mayor mortalidad por cualquier causa.