



6025-3. ESTRATEGIAS DE MANEJO Y EVOLUCIÓN TRAS UN SANGRADO MAYOR EN PACIENTES TRATADOS CON ANTICOAGULANTES ORALES

Belén Biscotti Rodil, Freddy Andrés Delgado Calva, Juan Duarte Torres, Alexander Marschall, Carmen Dejuán Bitriá, Elena Basabe Velasco, Inés Gómez Sánchez, Miguel Ángel Sastre Perona, Diego José Rodríguez Torres, Salvador Álvarez Antón y David Martí Sánchez

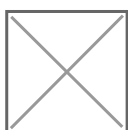
Servicio de Cardiología, Hospital Militar Gómez Ulla, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El sangrado mayor continúa siendo la complicación principal de los pacientes anticoagulados, con incidencias del 2-5% al año, y el manejo tras un episodio de sangrado continúa siendo controvertido. Nuestro objetivo principal fue analizar la tasa de recurrencia de sangrado de acuerdo a la estrategia de manejo en una cohorte de pacientes tratados con anticoagulación oral simple.

Métodos: Registro retrospectivo de todos los pacientes consecutivos con sangrado mayor atendidos en un hospital terciario durante el periodo 2018-2019 y que cumplieron los siguientes criterios: 1) tratamiento con anticoagulantes directos (ACOD) o antagonistas de la vitamina K (AVK) sin tratamiento antiplaquetario concomitante; 2) requerimiento transfusional. Se analizó el tratamiento agudo del sangrado, así como la estrategia de manejo definitivo (mantenimiento, reducción de dosis, cambio de fármaco o suspensión de tratamiento anticoagulante). El parámetro de valoración principal fue la incidencia acumulada de un nuevo sangrado ISTH mayor o clínicamente relevante a 12 meses.

Resultados: La población de estudio comprendió 144 pacientes (edad media 83 ± 9 años, 59% mujeres). El 52% recibía AVK y el 48% ACOD (90% de estos antiXa y 63% en dosis reducida). Destacó un Charlson promedio de $3,1 \pm 2,1$ puntos, un CHA₂DS₂VASc de $4,6 \pm 1,5$ puntos y un HAS-BLED de $3,1 \pm 1,3$ puntos. La localización del sangrado fue digestiva en el 77%, el nadir de hemoglobina de $7,7 \pm 1,4$ g/dL y en el 50% se practicó intervención sobre el origen del sangrado. Tras el control del sangrado, el 60% continuó la pauta anticoagulante, el 15% la suspendió y el 24% cambió de agente. Durante los primeros 12 meses se produjeron 35 eventos de sangrado (incidencia acumulada 28,2/100 pacientes-año), sin diferencias según la estrategia de manejo adoptada ($p = 0,35$, fig.) ni en cuanto al tipo de anticoagulante de base ($p = 0,73$). La mortalidad en los primeros 30 días de un nuevo sangrado fue del 9%.



Recidiva de sangrado en función de la estrategia anticoagulante.

Conclusiones: En nuestro medio el sangrado mayor se observa en población anticoagulada de elevada edad y comorbilidad. El resangrado es común a pesar de cambio de agente anticoagulante y se asocia a alta mortalidad precoz. Estos hallazgos apoyarían el empleo de alternativas no farmacológicas o estrategias de

reducción de dosis anticoagulante en la prevención tromboembólica de pacientes con sangrado previo.