Rev Esp Cardiol. 2015;68 Supl 1: 307

Revista Española de Cardiología

7008-12. SEGURIDAD Y EFICACIA DEL USO DE CONCENTRADO DE COMPLEJO PROTROMBÍNICO EN PACIENTES TRATADOS CON ANTICOAGULANTES ORALES ANTES DEL TRASPLANTE CARDIACO

David Couto Mallón, José González Costello, Pere Doménech Santasusana, Guillem Muntané Carol, Josep Roca Elías, Joel Salazar-Mendiguchía, Ángel Cequier Fillat y Nicolás Manito Lorite del Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Resumen

Introducción y objetivos: La realización de un trasplante cardiaco (TC) en pacientes que están recibiendo anticoagulantes orales (ACOs) conlleva un riesgo de sangrado, ya que la normalización del *international normalized ratio* (INR) con vitamina K puede llevar hasta 24 horas. Nuestro objetivo fue estudiar la eficacia y seguridad del uso de concentrado de complejo protrombínico (CCP) para revertir el INR previamente al TC.

Métodos: Estudio prospectivo de un único centro de pacientes consecutivos sometidos a TC electivo entre enero de 2009 y marzo de 2015. En los pacientes tratados con ACOs se realizó el siguiente protocolo: Se realizó el cambio a acenocumarol con ACO de elección e inmediatamente antes del TC recibieron 10 mg de vitamina K y CCP a una dosis de 25 UI/Kg. Se administró una nueva dosis de CCP o plasma fresco congelado (PFC) en función del INR posterior. Entre los pacientes tratados con ACOs y los no anticoagulados se comparó la incidencia de sangrado mayor (definido como la necesidad de trasfusión de más de 4 concentrados de hematíes en las primeras 48 horas, reintervención por sangrado mediante reesternotomía en las primeras 48 horas o dosis de noradrenalina superiores a 0,1 ug/Kg/min por hipotensión persistente) y la trasfusión de hemoderivados. También se analizó la incidencia de eventos trombóticos y la supervivencia. Los factores de riesgo independientes para sangrado mayor se evaluaron mediante regresión logística.

Resultados: 60 pacientes (edad mediana 60,5 años, 68,9% varones, 32,8% con cardiopatía isquémica y 21,3% miocardiopatía valvular) fueron incluidos. 35 pacientes recibieron ACOs y tenían un INR mediano al ingreso de 2,58, comparado con el INR de 1,2 de los 25 pacientes que no recibían ACOs. Tras aplicar el protocolo con CCP el INR mediano de los pacientes ACOs fue de 1,44. Los resultados se muestran en la tabla. La incidencia de sangrado mayor fue 34,3% en los pacientes ACOs frente al 36,5% de los pacientes no-ACOs (p = 0,891). La supervivencia al alta fue del 88,9% en los pacientes ACOs y del 75% en los no-ACO (p = 0,178). El único factor de riesgo independiente para sangrado mayor identificado en nuestra serie fue la esternotomía previa (odds ratio 5,05, p = 0,008).

Resultado de los pacientes sometidos a TC en función de si reciben o no ACOs (días en UCI, días de intubación, número de CH y unidades de PFC indicadas con la mediana y el rango intercuartílico)

	Pacientes no-ACO (25)	Pacientes ACO (35)	p
Sangrado mayor	9 (36,5%)	12 (34,3%)	0,891
Reintervención.	1 (4%)	4 (11,4%)	0,390
Transfusión > 4 concentrados de hematíes (CH)	9 (36,5%)	10 (28,6%)	0,542
NE > 0.1	8 (32%)	13 (36,1%)	0,740
Fallo primario del injerto	2 (8%)	5 (13,9%)	0,689
Terapia de sustitución renal	5 (20%)	8 (22,9%)	0,791
Días de intubación	1 (1-7)	2 (1-5)	0,715
Días en UCI	6 (4-11,5)	6 (4-11)	0,629
Infección bacteriana	10(40%)	11 (31,4%)	0,493
Mortalidad intrahospitalaria	6 (25%)	4 (11,1%)	0,178
CH en 72 horas	4 (2-7,5)	4 (2-6)	0,229
CH en 30 días	4 (3,50-12,5)	6 (2-8,50)	0,616
PFC en 72 horas	0 (0-4)	3,5 (2-6)	0,006
PFCen 30 días	0 (0-4)	3,5 (2-6,75)	0,020

Conclusiones: El uso de CCP para revertir el efecto de los ACOs en pacientes sometidos a TC es efectivo y seguro.