Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 903

Revista Española de Cardiología

3. PERFIL CLÍNICO Y RECIDIVA EN PACIENTES ANTICOAGULADOS SEGÚN SU ETIOLOGÍA TRAS SANGRADO DIGESTIVO

Freddy Andrés Delgado Calva, Belén Biscotti Rodil, Vicente Peruyero Gil, Alexander Félix Marschall, Duarte Torres Juan, Manuel Tapia Martínez, Elena Basabe Velasco, Carmen Ramos Alejos Pita, Miguel Ángel Sastre, Alfonso Suárez Cuervo, Salvador Álvarez Antón y David Martí Sánchez.

Servicio de Cardiología. Hospital Militar Gómez Ulla, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El sangrado digestivo es un problema habitual de los anticoagulantes orales, siendo está la complicación hemorrágica más frecuente. El riesgo de resangrado digestivo es mayor tras un evento hemorrágico, sin embargo, existen diversas patologías digestivas que presentan un grado diferente de recurrencia, lo cual puede dificultar el uso de anticoagulantes. Nuestro objetivo fue evaluar el perfil clínico y el riesgo de recidiva en pacientes anticoagulados según la etiología del sangrado digestivo.

Métodos: Cohorte retrospectiva de pacientes consecutivos atendidos en un hospital universitario durante 2018 al 2020. Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico de sangrado digestivo confirmado o probable, tratamiento anticoagulante oral con intención terapéutica y pacientes transfundidos con criterio de sangrado mayor o clínicamente relevante (ISTH). Los criterios de exclusión fueron: terapia antiplaquetaria y anticoagulación parenteral concomitante. Recopilamos datos sobre comorbilidades, riesgo trombótico, hemorrágico y curso clínico del sangrado.

Resultados: La población de estudio comprende una n: 137 pacientes con seguimiento durante 12 meses tras un sangrado digestivo, de edad media de 83 ± 8, el 60% mujeres, el 52% tomaba ACOD. El 34% presentaba antecedentes de sangrado. El riesgo trombótico, hemorrágico y el grado de comorbilidades fue elevado. El riesgo de resangrado fue del 26% y no se evidenció diferencias significativas en cuanto al perfil clínico y el grado de anemia según la etiología (tabla). Las causas de sangrado digestivo con mayor tendencia a la recidiva fueron las angiodisplasias y los tumores (40% aprox.). Los divertículos y pólipos resangraban en 1/3 de pacientes, mientras que otras causas de sangrado lo hacían en 1/4 de nuestra cohorte. (p: 0,16). En cuanto al tipo de anticoagulante oral usado (ACOD vs AVK) el riesgo de recidiva seguía siendo el mismo (23 vs 30%, p: 0,34).

Características basales y recidivas según la etiología tras sangrado digestivo

Variables/Grupos (N: 136)	General	Angiodisplasias (N: 23)	Divertículos y pólipos (N: 13)	Tumor digestivo (N: 12)	Otros (N: 89)	p

Edad	83 ± 8	82 ± 10	86 ± 6	86 ± 5	83 ± 8	0,42
Sexo femenino	81 (60%)	14 (40%)	9 (60,3%)	6 (54,4%)	57 (64%)	0,129
Hipertensión arterial	119 (87%)	19 (83%)	9 (70%)	12 (100%)	77 (89%)	0,11
Diabetes mellitus	41 (30%)	7 (30 %)	3 (23%)	3 (33%)	27 (30%)	0,94
Sangrado previo	46 (34%)	8 (35%)	5 (39%)	5 (42%)	28 (32%)	0,9
Hepatopatía	13 (10%)	3 (13%)	1 (8%)	0	9 (10%)	0,64
Ulcus	18 (13%)	5 (21%)	1 (8%)	1 (8%)	11 (12%)	0,548
Otros tumores sólidos	31 (23%)	5 (22%)	2(15%)	4 (33%)	20 (22%)	0,76
CHA_2DS_2-VASc	4,7 ± 1,5	4,74 ± 1,6	4,2 ± 1,2	4,8 ± 1,6	0,008	0,4
HAS-BLED	3,3 ± 1,3	4 ± 1,4	3 ± 1,5	3,5 ± 1,4	3,2 ± 1,2	0,075
Charlson ajustado edad	7 ± 2,3	7,6 ± 2,6	6,4 ± 1,5	6,7 ± 1,8	4,8 ± 1,5	0,4
Grado de anemia	7,4 ± 1,4	7,1 ± 1,6	8,2 ± 1,4	7,7 ± 0,9	7,6 ± 1,4	0,068
ACOD	71 (52%)	15 (65%)	8 (62%)	5 (42%)	43 (48%)	0,38
Recidiva 12 meses	36 (26%)	9 (40%)	4 (30%)	5 (42%)	18 (20%)	0,16

Conclusiones: Nuestra cohorte tenía un alto riesgo trombótico, hemorrágico y comorbilidades. El riesgo de recidiva tras un sangrado digestivo fue elevado, siendo del 25% independientemente de la etiología lo que denota la necesidad de seguimiento y vigilancia estrecha en este perfil de paciente. El resangrado fue de casi de 1/2 de pacientes cuando se trataba de angiodisplasias, siendo esto un factor determinante para decidir otras medidas terapéuticas como el cierre de orejuela.