Rev Esp Cardiol. 2013;66 Supl 1: 510

Revista Española de Cardiología

6001-110. INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO DE HEMATOMAS EN EL POSOPERATORIO INMEDIATO TRAS UNA CIRUGÍA DE IMPLANTE O RECAMBIO DE DAI O RESINCRONIZADOR (TRC). ¿PODEMOS PREVENIRLO?

Elena Tundidor Sanz, Julia María Martín Fernández, Mª Luisa Fidalgo Andrés, José Mª González Rebollo, Raquel Álvarez Ramos, Vanesa Alonso Fernández, Irene Blanco Martínez y Ramón García Calabozo de la Unidad de Electrofisiología, Servicio de Cardiología, Complejo Asistencial Universitario, León.

Resumen

Métodos: Estudiamos a 197 pacientes, sometidos a implante o recambio de generador de DAI (91,9% n = 181), o TRC (8,1%.n = 16) desde enero de 2005 a marzo de 2013. La mediana de edad fue de 64 ± 14 años. Se registró el tratamiento de anticoagulantes y antiagregantes en el periodo perioperatorio (10 días antes y 10 días después de la cirugía). El 35% (n = 70) de nuestro grupo recibía terapia anticoagulante con heparina de bajo peso molecular (HBPM), o no fraccionada (heparina Na+). El porcentaje de pacientes antiagregados fue de 59,4%(n = 117) y únicamente el 17,3% (n = 34) no recibieron anticoagulantes ni antiagregantes. El 80,7% (n = 159) de las cirugías fueron primoimplantes de dispositivos. Se recogieron datos de riesgo hemorrágico: edad > 75 años, sexo femenino, peso < 60 Kg, insuficiencia renal, alteración hepática, hipertensión arterial, antecedentes de hemorragia, anemia, tratamiento con anticoagulantes, antiagregación (simple o doble), plaquetopenia en el periodo perioperatorio, o antecedentes de neoplasia. Se registró el desarrollo de hematomas tras la cirugía, clasificándolos en leves (autolimitados, que no suponen cambio en el tratamiento ni ingreso), moderados (con ingreso para control o tratamiento antibiótico) y severos (con drenaje quirúrgico, o transfusión de hematíes).

Resultados: Se documentaron 51 (25,9%) hematomas leves, 16 (8,1%) moderados y ningún hematoma grave. La puntuación > de 3 en nuestra escala hemorrágica resultó predictiva de aparición de hematoma leve (RR 2,77, 1,35-5,68, p < 0,001), mientras que una puntuación > 4 lo fue para desarrollo de hematoma moderado (RR 5,8, 1,6-21,25, p < 0,001). En cuanto a los predictores independientes para la aparición de hematoma leve, se encontró asociación estadísticamente significativa (p < 0,001) con el tratamiento con HBPM y la insuficiencia renal. La terapia puente con Heparina Na+ se asoció al desarrollo de hematoma moderado. No hubo en nuestra serie ningún caso de hematoma grave.

Conclusiones: La incidencia de hematomas relevantes (moderados y graves) es baja en nuestra serie, con la estrategia clásica de anticoagulación con heparina puente. No obstante, la determinación de una sencilla escala de riesgo hemorrágico puede ser útil en la práctica clínica habitual, ya que predice el desarrollo de hematomas en el posoperatorio inmediato tras el implante o recambio de DAI o TRC.