

## MANEJO DE EXCESIVA HIPOCOAGULABILIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL: ESTUDIO DE 801 CASOS

J.M. Cesar, C. Bombín, A. Chinea, M.J. Blanchard, Á.G. Avello

*Servicio de Hematología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid*

**Objetivo:** Los estudios realizados sobre el manejo de hipocoagulabilidad en pacientes en tratamiento anticoagulante oral (TAO) son series pequeñas sin posibilidad de metaanálisis por lo que las recomendaciones solo alcanzan el nivel 2C. Esta comunicación analiza los datos de un estudio prospectivo no aleatorizado en pacientes hospitalizados con INR > de 4.

**Métodos:** Durante 24 meses se analizó el INR a las 24 y 72 hr de 801 pacientes hospitalizados con INR > 4 sometidos a diferentes actitudes; omitir o reducir dosis con o sin 1 mg de vitamina K (VK). El INR se determinó en sangre venosa usando Thromborel y un equipo BCS (Behring, Marburg).

**Resultados:** Rango de INR 4-5; omitir dosis (n=77, INR basal  $4,5 \pm 0,3$ ) vs reducir dosis (n=92, INR basal  $4,4 \pm 0,3$ ). INR a 24 hr  $3,0 \pm 0,9$  vs  $3,5 \pm 0,9$  ( $p < 0,001$ ) y a las 72 hr  $2,3 \pm 0,9$  vs  $2,5 \pm 1,0$  (n.s.). Rango de INR 5-6; omitir dosis (n=150, INR basal  $5,4 \pm 0,3$ ) vs VK 1 mg (n=45, INR basal  $5,5 \pm 0,2$ ). INR a 24 hr  $3,2 \pm 1,1$  vs  $2,8 \pm 1,2$  ( $p < 0,05$ ) y a las 72 hr  $2,4 \pm 0,9$  vs  $2,2 \pm 0,6$  (n.s.). Rango de INR 6-7; omitir dosis (n=140, INR basal  $6,3 \pm 0,3$ ) vs VK 1 mg (n=88, INR basal  $6,4 \pm 0,3$ ). INR a las 24 hr  $3,9 \pm 1,5$  vs  $3,2 \pm 1,4$  ( $p < 0,001$ ) y a las 72 hr  $2,5 \pm 0,9$  vs  $2,2 \pm 0,9$  ( $p < 0,05$ ). Rango de INR 7-8; omitir dosis (n=52, INR basal  $7,4 \pm 0,3$ ) vs 1 mg VK (n=53, INR basal  $7,4 \pm 0,3$ ). INR a las 24 hr  $4,0 \pm 1,3$  vs  $3,5 \pm 1,6$  (n.s) y a las 72 hr  $3,4 \pm 1,5$  vs  $2,2 \pm 0,9$  ( $p < 0,01$ ). INR de 8-9; omitir dosis (n=22, INR basal  $8,3 \pm 0,3$ ) vs VK 1mg (n=35, INR basal  $8,4 \pm 0,3$ ). INR a las 24 hr  $4,9 \pm 2,2$  vs  $3,0 \pm 1,1$  ( $p < 0,001$ ) y a las 72 hr  $2,4 \pm 0,7$  (se omitieron 2 dosis en 20% de los pacientes vs  $2,8 \pm 1,1$ ). En pacientes con INR > 9 se generaron 3 grupos, omisión de dosis (n=17), VK 1 mg (n=10) y VK 2 mg (n=18). La mejor reducción se consiguió con VK 2 mg con un INR de  $4,0 \pm 1,9$  a las 24 hr y  $2,0 \pm 0,8$  a 72 hr. Cuando se analizó el número de pacientes en rango se observó que, especialmente en INR entre 4-5 la omisión de dosis mejoraba a las 24 hr el porcentaje de pacientes excesivamente anticoagulados respecto a disminuir la dosis (15,8% vs 30,1%) pero a las 72 hr se detectaba una mayor incidencia de pacientes por debajo de rango terapéutico (43,5% vs 26,8%).

**Conclusiones:** Este estudio ayuda a elegir la mejor opción en pacientes hospitalizados en TAO con excesiva hipocoagulabilidad en función de una estratificación del INR y el riesgo trombótico.