



Carta al Director

UN CONSENSO ÚTIL PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Se ha publicado recientemente en la *Revista Española de Cardiología* (1) un consenso de las principales sociedades científicas médico-quirúrgicas en relación con la cirugía o intervencionismo endovascular. El documento, titulado "Manejo perioperatorio y periprocedimiento del tratamiento antitrombótico", fue también apoyado por la SEACV con la colaboración de la Dra. M.^a José Ramos Gallo, del Complejo Hospitalario de Cabueñes (Gijón) (1).

Los autores parten del principio de que en España, como en otros países, está incrementando el número de personas con tratamiento anticoagulante o antiagregante plaquetario y que pueden precisar cirugía. Aunque se han publicado recomendaciones acerca del manejo perioperatorio del tratamiento antitrombótico, su implementación en la práctica clínica es escasa. Muchas no engloban a todos los protagonistas del proceso perioperatorio (cirujanos, anestesiólogos, etc.) y otras han quedado obsoletas con la aparición de los nuevos tratamientos farmacológicos. Por estas razones, se creó un grupo de trabajo, coordinado desde la Sociedad Española de Cardiología y formado por representantes de la mayoría de las sociedades científicas que participan en el proceso asistencial del paciente durante el periodo perioperatorio o periprocedimiento. Como resultado de ese trabajo, se creó este documento de consenso que, de un modo práctico y directo, propone una serie de recomendaciones acerca del manejo de los fármacos antitrombóticos en estos escenarios, certificadas

por todas las sociedades participantes, con el fin de homogeneizar la práctica clínica diaria.

Brevemente, el riesgo tromboembólico se establece en alto, moderado o bajo, de acuerdo a la condición inicial que motivó la anticoagulación, y ello será fundamental para considerar la necesidad de la terapia puente con heparinas de bajo peso molecular (HBPM). El riesgo trombótico debe equilibrarse con el riesgo hemorrágico de mantener la anticoagulación, incluso con HBPM, y así se establecen diversos escenarios prácticos, que están muy bien esquematizados. También de manera sencilla se establecen recomendaciones de cuándo reintroducir el anticoagulante oral, a las 24 horas o a las 48-72 horas, dependiendo del riesgo de sangrado del paciente.

En el caso de la antiagregación plaquetaria es preciso establecer el tipo de antiagregación y el motivo o indicación que lo motivó. Subrayan el hecho de que su uso como prevención primaria no está hoy día justificado, y como tal puede y debe suprimirse. Para los pacientes tanto con antiagregación simple como con prevención secundaria, se recomienda mantener el ácido acetilsalicílico (AAS), puesto que se ha demostrado que reduce el riesgo isquémico sin aumentar significativamente el riesgo de hemorragia. Solo para las intervenciones con muy alto riesgo hemorrágico (por ejemplo, los procedimientos neuroquirúrgicos), se propone considerar suspenderlo al menos 3 días antes. Se recomienda utilizar y mantener una dosis baja (100 mg/día), salvo contraindicación, aunque si el paciente acude al procedimiento con dosis mayores (por ejemplo, 300 mg), no se justifica posponer la intervención. En los casos en los que la monoterapia sea con un inhibidor del P2Y12, se recomienda suspender el fármaco al menos 3-7 días antes, según sea

ticagrelor, prasugrel o clopidogrel, respectivamente, y sustituirlo, si es posible, por AAS 100 mg. La primera consideración con los pacientes con doble antiagregación es valorar la necesidad de intervención electiva mientras el riesgo trombótico sea moderado-alto; si la intervención puede demorarse, debería posponerse hasta que el riesgo trombótico del paciente se considere bajo. En caso contrario, se establece una serie de recomendaciones de actuación.

A diferencia de la anticoagulación, la experiencia con la terapia puente en el campo de la antiagregación tanto en la literatura como en la práctica clínica es muy escasa. La utilización de las HBPM en este contexto puede producir un efecto contrario al deseado al aumentar la reactividad plaquetaria y, por consiguiente, ser perjudicial.

Para la reintroducción, el principal factor a tener en cuenta es haber conseguido una adecuada hemostasia durante la intervención y la ausencia de hemorragia posprocedimiento. Así, el momento exacto para reiniciar la antiagregación debe determinarse conjuntamente con el equipo quirúrgico/intervencionista. Como regla general, y salvando esta premisa, se recomienda la antiagregación en las primeras 24 horas tras la cirugía.

La necesidad de una cirugía o de un procedimiento invasivo urgente no permite el tiempo de espera, como ocurre para las técnicas electivas, ya que la variable tiempo es fundamental en las situaciones de urgencia. Por lo tanto, los autores recomiendan que el proceso debe ir encaminado a determinar rápidamente los siguientes aspectos:

1. El estado de anticoagulación del paciente mediante pruebas de laboratorio: INR para los anti vitamina K (AVK).
2. En el caso de los AVK, si el INR es $< 1,5$, podría intervenir al paciente sin demora. Si el INR es $> 1,5$, depende de la urgencia del procedimiento: si el paciente puede esperar entre 8 y 12 horas, bastaría con administrar 10 mg de vitamina K por vía endovenosa. En caso de necesidad de cirugía inmediata, la opción comúnmente aceptada es la administración de complejo protrombínico 25-50 UI/kg de peso en función del INR actual y objetivo.
3. En el caso de los nuevos anticoagulantes orales de acción directa (ACOD), si el estudio

de hemostasia muestra actividad anticoagulante (o si el cumplimiento terapéutico fue adecuado en el caso de apixabán o el edoxabán), debe plantearse la demora máxima que puede tener la cirugía según la situación clínica del paciente (hemorragia, estabilidad hemodinámica y riesgo vital y de secuelas). Idealmente, sería deseable diferir la intervención al menos 24 horas desde la última ingesta del anticoagulante (al menos 2 semividas de eliminación de los ACOD si la función renal es normal). En caso contrario, hay que valorar el uso de agentes de reversión en función del tipo de cirugía que vaya a realizarse, del tiempo transcurrido desde la toma del fármaco y de la función renal del paciente. Como norma general, en estos pacientes debe evitarse la anestesia neuroaxial. Una detallada relación de nombres y de dosis de antidotos con demostrada eficacia aparecen en la publicación.

4. El plasma fresco congelado debería ser un agente hemostático de segunda elección y únicamente efectivo (a dosis 15-30 ml/kg) en el caso de los AVK. Solo debe usarse en caso de que no esté disponible otro agente hemostático.
5. En líneas generales, el tratamiento con fármacos antiagregantes plaquetarios tiene poca influencia antes de una cirugía o un procedimiento invasivo urgente, incluso en pacientes ancianos sometidos a neurocirugía. Por un lado, en cuanto al momento de realizarse el procedimiento, hay un consenso generalizado por el que, evaluando el riesgo de hemorragia que aportan frente a la necesidad de realizar una técnica invasiva o cirugía, no está justificado retrasarlo por este motivo (incluidos los pacientes con doble antiagregación).
6. Desde un punto de vista práctico y para facilitar el procedimiento anestésico, es útil diferenciar según el tipo de antiagregante plaquetario que toma el paciente. Así, el tratamiento con AAS no contraindica la anestesia neuroaxial, mientras que esta se desaconseja en el caso de tratamiento activo con inhibidores del P2Y. Asimismo, recalcan que ante la eventualidad de una hemorragia grave durante el procedimiento

(no atribuible a otros trastornos de la coagulación o tratamiento anticoagulante simultáneo), las medidas más útiles y de validez demostrada son la hemostasia quirúrgica y la transfusión de plaquetas en el acto quirúrgico (no está indicada su transfusión profiláctica y suele requerirse un intervalo mínimo, 6-12 horas, desde la toma del fármaco y la transfusión para que sea eficaz).

7. El consenso sobre el papel de los agentes hemostáticos, tales como la desmopresina, es mucho menor. Por ello, no hay evidencia suficiente que justifique su uso sistemático.

Este consenso será de gran difusión y utilidad en la práctica clínica, a pesar de que Elsevier (dueña de los derechos de autor) no autorice su publicación en otras revistas y obligue a referenciar la publicación de la *Revista Española de Cardiología* (1). Algunos laboratorios y compañías farmacéuticas han mostrado interés por la publicación. Así, en breve se espera que los excelentes algoritmos y tablas sean facilitados a modo de trípticos para su uso hospitalario.

Se trata de un consenso de gran calidad y utilidad para los médicos implicados en su uso clínico diario: anestesiólogos y cirujanos por lo que su lectura es muy recomendable.

José Antonio González-Fajardo

*Servicio de Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid
e-mail: gonzalezfajardoja@gmail.com*

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00026>

BIBLIOGRAFÍA

1. Vivas D, Roldán I, Ferrandis R, Maríne F, Roldán V, Tello-Montolieu A, et al. Manejo perioperatorio y periprocedimiento del tratamiento antitrombótico: documento de consenso de SEC, SEDAR, SEACV, SECTCV, AEC, SECPRE, SEPD, SEGO, SEHH, SETH, SEMERGEN, SEMFYC, SEMG, SEMICYUC, SEMI, SEMES, SEPAR, SENEC, SEO, SEPA, SERVEI, SECOT y AEU. *Rev Esp Cardiol* 2018;71(7):553-64.