



medicina general y de familia

edición digital

www.mgyf.org



Artículo comentado

Documento de consenso acerca del manejo perioperatorio y periprocedimiento del tratamiento antitrombótico: antiagregación

Vicente Palomo Sanz, María Isabel Egocheaga Cabello*

Grupo de Patología Cardiovascular de la SEMG

Referencia bibliográfica: Manejo perioperatorio y periprocedimiento del tratamiento antitrombótico: documento de consenso de SEC, SEDAR, SEACV, SECTCV, AEG, SECPRE, SEPD, SEGO, SEHH, SETH, SEMERGEN, SEMFYC, SEMG, SEMICYUC, SEMI, SEMES, SEPAR, SENEC, SEO, SEPA, SERVEI, SECOT y AEU. Vivas D, Roldán I, Ferrandis R, Marín F, Roldán V, Tello-Montoliu A, et al. *Rev Esp Cardiol.* 2018; 71: 553-64. doi: 10.1016/j.recsep.2018.01.001

Como ya exponemos en el comentario anterior, se trata de un documento de Consenso coordinado desde el Grupo de Trabajo de Trombosis Cardiovascular de la Sociedad Española de Cardiología y certificado por 22 Sociedades Científicas implicadas en los diversos procedimientos quirúrgicos o intervencionistas que pueden necesitar los pacientes, en este caso bajo tratamiento antiagregante, en su atención antes, durante o después del procedimiento.

El objetivo de este documento de consenso es proponer una serie de recomendaciones prácticas acerca del abordaje peri-operatorio y periprocedimiento de los pacientes con tratamiento antitrombótico, con el fin de facilitar y homogeneizar la práctica clínica diaria. Esta segunda parte del Consenso se ocupa del abordaje de los pacientes antiagregados.

En la introducción se hace referencia al incremento del uso de fármacos antiagregantes como prevención secundaria de la enfermedad aterosclerótica y también por una mayor tasa de intervencionismo coronario percutáneo (ICP) e implante de stents. En estos pacientes puede ser aconsejable suspender el antiagregante ante algunas intervenciones quirúrgicas o determinados procedimientos intervencionistas; ello dependerá del riesgo hemorrágico de la intervención frente al riesgo trombotico del paciente. Este Consenso aparece con el objetivo de homogeneizar la práctica clínica en estas circunstancias.

El documento habla a continuación del riesgo tromboembólico de los pacientes en tratamiento antiagregante y señala que no existen pruebas sólidas derivadas de ensayos clínicos.

Clasifica dicho riesgo en alto, moderado o bajo, teniendo en cuenta que el principal determinante de este riesgo es el tipo de episodio, el tiempo transcurrido desde el mismo, el tipo de stent implantado (haciendo referencia a los primeros stents metálicos o liberadores de fármaco y a los más recientes stents sin polímero o los bioabsorbibles), el tipo de antiagregación (simple o doble) y la intervención a realizar.

En una figura se resumen las recomendaciones respecto a la duración de la doble antiagregación plaquetaria (DAP) en pacientes con enfermedad coronaria.

El documento presenta una extensa tabla con la clasificación del riesgo hemorrágico, que puede ser alto, moderado o bajo, en función de la intervención a realizar y su probabilidad de sangrado, aunque es muy importante considerar, además, la gravedad potencial del sangrado. El riesgo hemorrágico depende fundamentalmente del tipo de procedimiento; no obstante, se describen unos factores adicionales inherentes al paciente y al medio que pueden elevar la probabilidad de sangrado. Estos factores incluyen la edad mayor de 65 años, insuficiencia renal /hepática, cualquier tratamiento concomitante que pueda alterar la hemostasia (combinación de antiagregación y anticoagulación), antecedente de sangrado espontáneo en los tres meses previos a la intervención o en procedimientos invasivos anteriores y la existencia de trombopenia y/o trombopatía.

A continuación, el Documento se refiere a las recomendaciones de retirada y reintroducción del tratamiento antiagre-

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: megocheaga@telefonica.net (M.I. Egocheaga Cabello).
<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2018.021>

gante. Aclara que en la actualidad la antiagregación en prevención primaria está desaconsejada y expone un algoritmo para facilitar el abordaje de la terapia antiagregante. En el caso de los antiagregados solo con aspirina recomienda no suspender su administración, excepto en caso de intervenciones neuroquirúrgicas, donde cabe considerar la suspensión durante 3 días. En los antiagregados con un inhibidor P2Y se recomienda sustituirlo 5-7 días antes del procedimiento por aspirina 100 mg, si es posible.

Respecto a los pacientes con DAP, el Consenso recomienda, si es posible, retrasar el procedimiento hasta que su riesgo trombótico sea considerado bajo; en caso contrario, aconseja mantener la aspirina salvo en procedimientos que lo contraindiquen (los neuroquirúrgicos, por ejemplo). En función del riesgo trombótico y hemorrágico, el documento recomienda unos plazos de suspensión de los inhibidores P2Y, aunque en todo caso hay que evitar la suspensión de la DAP durante los primeros 30 días tras el episodio que originó su indicación.

Apenas hay experiencia ni pruebas acerca de la "terapia puente"; no obstante, se desaconseja el uso de heparinas y se prefiere tirofiban o eptifibatide por vía intravenosa únicamente en casos muy restringidos en los que converja un riesgo trombótico alto (primeros 30 días tras el episodio índice que motivó el inicio de la DAP) con un riesgo hemorrágico moderado-grave, solo en caso de intervención no demorable.

Se recomienda la reintroducción de la antiagregación en las primeras 24 horas tras el procedimiento, en función de la hemostasia conseguida y la ausencia de sangrado posprocedimiento; en casos de riesgo hemorrágico postoperatorio elevado, el inicio de la antiagregación oral debe posponerse 48-72 horas.

La última parte del Consenso hace referencia a la antiagregación en caso de cirugía urgente. Afirma que no está justificado el retraso en el procedimiento urgente por el mero hecho de tener antiagregado al paciente, incluyendo el tratamiento con DAP; no obstante, hay que tener muy en cuenta al elegir la anestesia el antiagregante que toma el paciente: la anestesia neuroaxial está contraindicada si tomaba antiagregantes tipo P2Y (clopidogrel, prasugrel, ticagrelor) y no en el caso de la aspirina. Ante la eventualidad de un sangrado grave durante el procedimiento, las medidas más útiles y de validez demostrada son la hemostasia quirúrgica y la transfusión de plaquetas en el acto quirúrgico. No existe experiencia suficiente que justifique el uso sistemático de agentes hemostáticos.

Conclusiones

Este documento sintetiza de una forma sencilla, práctica y fácil de aplicar, las recomendaciones más importantes en los procedimientos quirúrgicos o intervencionistas, urgentes o no, que deban efectuarse a los pacientes antiagregados o anticoagulados. El Consenso sugiere adaptar sus recomendaciones a cada caso concreto mediante la creación de grupos de trabajo multidisciplinares locales.

Repercusión del documento de consenso para el médico de familia

Este documento pone claridad en el complejo manejo de los pacientes antiagregados o anticoagulados que precisan someterse a un procedimiento quirúrgico o invasivo (escopia, intervención radiológica...), sea urgente o no.

Es un documento claro y muy útil, se acompaña de algoritmos y tablas ilustrativas. Intenta que todos los profesionales implicados en el seguimiento del paciente con tratamiento anti-trombótico empleen de forma similar estos fármacos en situaciones tan frecuentes como los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y proporcionen información homogénea al paciente para mejorar la eficacia y seguridad de estos tratamientos.

Documento de consenso acerca del manejo perioperatorio y periprocedimiento del tratamiento antitrombótico

Autores: David Vivas, Inmaculada Roldán, Raquel Ferrandis, Francisco Marín, Vanessa Roldán, Antonio Tello-Montoliu, Juan Miguel Ruiz-Nodar, Juan José Gómez-Doblas, Alfonso Martín, Juan Vicente Llau, María José Ramos-Gallo, Rafael Muñoz, Juan Ignacio Arcelus, Francisco Leyva, Fernando Alberca, Raquel Oliva, Ana María Gómez, Carmen Montero, Fuat Arikan, Luis Ley, Enrique Santos-Bueso, Elena Figuero, Antonio Bujaldón, José Urbano, Rafael Otero, Juan Francisco Hermida, Isabel Egocheaga, José Luis Listerri, José María Lobos, Olga Madridano, José Luis Ferreiro.

Revisores: Concepción Cassinello, Aurelio Gómez-Luque, Francisco Hidalgo, Pilar Sierra, Pascual Marco Vera, José Mateo Arranz, Vicente Palomo Sanz, Adrián Guerrero, Manuel Anguita.

Revista Española de Cardiología 2018 [En prensa].