



Bleeding news

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, SENECA, SEO, SEPA, SERVEI, SECOT y AEU

David Vivas, Inmaculada Roldán, Raquel Ferrandis, Francisco Marín, Vanessa Roldán, Antonio Tello-Montoliu, et al

Rev Esp Cardiol. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.01.001>. (Abstract del estudio)

El manejo de los fármacos antiagregantes y anticoagulantes en el periodo perioperatorio ha sido tradicionalmente motivo de controversia. A esto se ha añadido en los últimos años la aparición de nuevos fármacos y de nuevas evidencias científicas. Este hecho unido a las múltiples situaciones clínicas posibles, hacen que exista una gran diversidad de manejo de estos fármacos. Por esta razón, con el objetivo de disminuir la variabilidad de práctica clínica y mejorar el cuidado de los pacientes, la Sociedad Española de Cardiología tomó la iniciativa de realizar de un documento multidisciplinar de consenso con participación de expertos en la materia pertenecientes a 23 Sociedades Científicas implicadas en el proceso asistencial quirúrgico o de intervencionismo. El documento se acompaña de material suplementario que recoge, por un lado, información actualizada de los distintos fármacos y, por otra, una tabla elaborada por las distintas Sociedades Científicas participantes en el consenso en la se establece el riesgo hemorrágico estimado de los diferentes tipos de cirugía o intervención.

El documento ofrece las pautas para la toma de decisiones, que siempre dependerá del balance entre el riesgo hemorrágico, y el riesgo trombótico, inherente a la razón por la que los pacientes reciben este tratamiento. Tanto el documento como el material suplementario, accesible de forma íntegra, son de muy recomendable lectura para los profesionales implicados. Aquí, comentaremos alguno de los aspectos de especial interés.

Respecto al manejo de los antiagregantes plaquetarios, el documento insiste en la recomendación de mantener la toma de aspirina a dosis de 100 mg en la mayoría de los casos, a excepción de casos con muy elevado riesgo hemorrágico, como sería la neurocirugía. Al otro extremo, cuando la indicación sea por trombopprofilaxis primaria se recomienda suspender el antiagregante.

También merecen especial atención los pacientes antiagregados y con alto riesgo trombótico (generalmente con doble antiagregación). En estos casos, siempre que sea posible, se deberá posponerse la cirugía programada el tiempo necesario para minimizar el riesgo trombótico arterial derivado de la necesidad de supresión de los mismos.



Bleeding news

En el manejo de los anticoagulantes orales, a partir de, entre otros, el estudio BRIDGE, se cuestiona la realización de la denominada terapia puente antes de la realización de un acto quirúrgico o invasivo. Estos estudios muestran que la administración de heparina de bajo peso molecular presenta una clara tendencia al incremento del sangrado sin reducción de la incidencia de complicaciones cardioembólicas. Así, la recomendación actual es relegar la terapia puente a casos muy seleccionados con un riesgo trombótico elevado. Respecto a los anticoagulantes orales de acción directa, el tiempo de retirada preoperatoria para cada fármaco dependerá del riesgo hemorrágico de la cirugía y de la función renal del paciente.

Con todo ello, la relevancia de este documento viene dada por ser la primera guía para la gestión de los fármacos que alteran la hemostasia consensuada por un número tan elevado de Sociedades Científicas, con la participación de expertos en la materia, incluyendo tanto a aquéllos que indican la necesidad de la prescripción como a aquéllos que tienen la responsabilidad de suspenderlos o mantenerlos antes de un procedimiento quirúrgico. Obviamente, la redacción del documento es sólo el primer paso, siendo imprescindible la implementación para que sea conocido por todos los profesionales implicados. Para ello, es necesaria la aplicación en cada hospital, generando protocolos que tengan en cuenta la idiosincrasia local y la implicación multidisciplinar específica de cada una de las especialidades.