

# ¿Se ha de quitar el sintrom o la aspirina a todos los pacientes antes de una colonoscopia?

Publicado en **12 mayo, 2017**

Actualmente es frecuente que a la consulta de Atención Primaria (AP) acudan personas que están llevando un antiagregante (AA) o un anticoagulante (ACO) y que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas u otros procedimientos invasivos. Estos pacientes plantean el reto de cómo afrontar el aumento del riesgo hemorrágico que representan estas situaciones. Hay pacientes en los que el manejo del problema puede ser abordado en Atención Primaria (AP) como son determinados procedimientos dentales, dermatológicos y, sobre todo, endoscopias digestivas, en las cuales el paciente o el médico que va a realizar el procedimiento consultan directamente al médico de familia (MF).

En estas circunstancias hay que valorar el riesgo hemorrágico (el riesgo del procedimiento que se va a realizar más el riesgo intrínseco del paciente) y el riesgo tromboembólico del paciente. Si el riesgo hemorrágico es alto, habrá que suspender o modificar los AA o los ACO, y en este caso, si el riesgo trombótico es alto o muy alto, está indicado aconsejar realizar terapia puente mientras se modifica o suspenden estos medicamentos<sup>1-3</sup>.

Recientemente se han publicado artículos interesantes sobre este problema y a la luz de los mismos se pueden hacer varias reflexiones que hacen variar algo las pautas que se seguían antes<sup>4,5,6</sup>.

Puntos clave:

- En general, en estas situaciones de corta duración (horas o días), es más peligroso el riesgo de sangrado excesivo que el riesgo de tromboembolismo.
- Para valorar el riesgo hemorrágico del paciente, hay que sumar el riesgo del procedimiento que se va a realizar más el riesgo intrínseco del paciente.
- Con el índice CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, el riesgo tromboembólico se considera elevado con valores superiores a cuando se utiliza para decidir la indicación del ACO. En la primera situación tenemos que valorar el riesgo trombótico durante unas horas o días y en la segunda valoramos el riesgo anual.
- Los ACO directos (ACOD), -dabigatrán, rivaroxabán, apixabán y edoxabán- tienen vidas medias más cortas que los ACO dicumarínicos (antagonistas de la vitamina K [AVK]), y probablemente la terapia puente no deba indicarse o, en todo caso, solo deba indicarse en situaciones de riesgo tromboembólico alto o muy alto.

## Riesgo hemorrágico del paciente

En primer lugar, se valora el riesgo hemorrágico de diversos actos quirúrgicos y otros procedimientos invasivos (tabla 1).

**Tabla 1.** Riesgo hemorrágico en cirugía u otros procedimientos invasivos

RIESGO HEMORRÁGICO <sup>a</sup>		
BAJO	MODERADO	ALTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tipos de cirugía que permiten una hemostasia adecuada</li> <li>El posible sangrado no supone un riesgo vital para el paciente ni compromete el resultado de la cirugía</li> <li>Habitualmente no requiere transfusión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervenciones en las que la hemorragia aumenta las necesidades de transfusión o reintervención</li> <li>Intervenciones en las que la hemostasia quirúrgica puede ser difícil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La hemorragia perioperatoria puede comprometer la vida del paciente o el resultado de la cirugía</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Extracciones dentarias únicas</li> <li>Cataratas con anestesia tópica</li> <li>Herida traumática periférica</li> <li>Inyección intramuscular</li> <li>Extracciones sanguíneas venosas</li> <li>Endoscopias sin biopsia</li> <li>Procedimientos dermatológicos</li> <li>Infiltraciones</li> <li>Biopsia de la médula ósea</li> <li>Dilataciones del tracto gastrointestinal y genitourinario</li> <li>Cirugía menor</li> <li>Reducciones no quirúrgicas de fracturas</li> <li>Implante de catéter central</li> <li>Cateterismo arterial por vía radial</li> <li>Colocación de DIU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Varias extracciones simultáneas e implantes dentarios</li> <li>Cataratas con anestesia retrobulbar</li> <li>Intervención de retina</li> <li>Punción lumbar</li> <li>Biopsia de próstata</li> <li>Legrado uterino</li> <li>Cateterismo arterial por vía femoral</li> <li>Absceso perianal</li> <li>Implante de marcapasos</li> <li>Endoscopia con biopsia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cirugía cardíaca o coronaria</li> <li>Neurocirugía</li> <li>Prostatectomía y cirugía mayor urológica</li> <li>Cirugía abdominal</li> <li>Traumatismos craneoencefálicos</li> <li>Biopsia hepática/renal</li> <li>Artroplastia bilateral de rodilla</li> <li>Amigdalectomía</li> <li>Cualquier cirugía mayor (&gt; 45 minutos)</li> <li>Colonoscopia<sup>b</sup></li> </ul>

DIU: dispositivo intrauterino.

<sup>a</sup>Al riesgo hemorrágico inherente a cada procedimiento (ver [http://jaccjacc.acc.org/Clinical\\_Document/PMAC\\_Online\\_Appendix.pdf](http://jaccjacc.acc.org/Clinical_Document/PMAC_Online_Appendix.pdf)) hay que sumarle el riesgo propio de cada paciente. Los siguientes factores indican per se que el riesgo hemorrágico es alto: índice HAS-BLED (≥ 3); sangrado mayor o hemorragia intracraneal en los 3 meses previos; sangrado mayor en terapia puente previa; tratamiento concomitante con AA y ACO.

<sup>b</sup>La colonoscopia se sitúa en riesgo hemorrágico alto, porque a priori se desconoce si habrá que realizar o no una polipectomía, la cual sí se considera de riesgo elevado

Para valorar el riesgo hemorrágico del paciente, además del inherente al procedimiento quirúrgico, es importante añadir su riesgo personal, que lo podemos medir en general con el HAS-BLED y con determinados antecedentes personales como trombofilia o sangrados mayores previos en situaciones similares o AA unida a ACO (ver el artículo «[Revisando conceptos sobre el tratamiento ACO](#)», publicado el 3 de febrero de 2017).

Si el riesgo hemorrágico es bajo, se pueden mantener los AA y/o los ACO. Si el riesgo es moderado o alto, habrá que suspender los AA y/o los ACO.

## Riesgo trombótico

Una vez decidido, por el riesgo hemorrágico, que hay que suspender los AA o los ACO, habrá que valorar el riesgo tromboembólico del paciente para decidir si es necesario utilizar terapia puente durante unos días para minimizar el riesgo trombogénico.

Para realizar este cálculo, utilizamos el índice CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC y otros antecedentes trombogénicos *ad hoc* (tabla 2).

**Tabla 2.** Riesgo tromboembólico ante la cirugía y otros procedimientos invasivos. Índice CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc y otros antecedentes trombogénicos

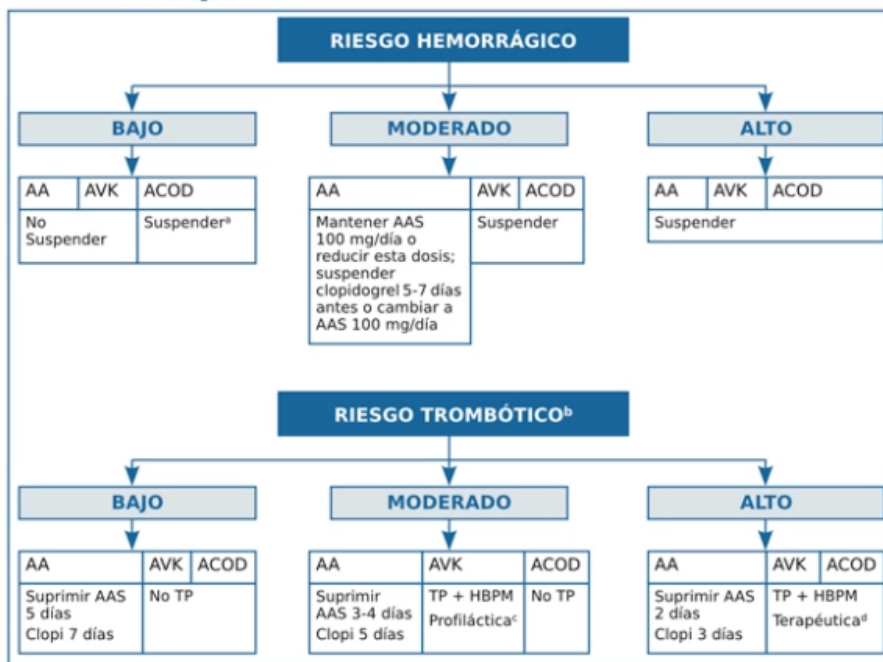
RIESGO TROMBÓTICO			
	BAJO	MODERADO	ALTO
<b>Válvulas cardíacas mecánicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posición aórtica (bivalva) sin factores de riesgo</li> <li>• Bioprótesis en ritmo sinusal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posición aórtica (bivalva) con FA, ACV/AIT previo, DM, IC y/o edad &gt; 75 a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posición mitral</li> <li>• Posición aórtica (antiguas)</li> <li>• ACV/AIT &lt; 6 m</li> </ul>
<b>FA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc: 1-4</li> <li>• Sin ACV/AIT/EP previo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc: 5-6</li> <li>• ACV/AIT/EP &gt; 3 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc: &gt; 7</li> <li>• ACV/AIT/EP &lt; 3 m</li> <li>• Valvulopatía reumática mitral</li> </ul>
<b>Antecedentes de TEV y/o trombofilia y/o stents</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TEV &gt; 12 m</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TEV 3-12 m</li> <li>• Trombofilia no grave</li> <li>• TEV recurrente</li> <li>• TEV + cáncer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TEV reciente (&lt; 3 m)</li> <li>• Trombofilia grave</li> <li>• Stents coronarios<sup>a</sup></li> </ul>

ACV: accidente cerebrovascular; AIT: accidente isquémico transitorio; DM: diabetes mellitus; EP: embolismo periférico; FA: fibrilación auricular; IC: insuficiencia cardíaca; TEV: tromboembolismo venoso.  
<sup>a</sup>En cirugía programada en pacientes con stents coronarios metálicos, hay que retrasar la intervención al menos 6 semanas desde la implantación, y en aquellos con stents farmacológicos, se debe retrasar al menos 6 meses.

## Toma de decisión

Una vez valorado el riesgo hemorrágico y el riesgo trombogénico, se actuará de diferente forma según cuál sea la medicación que se le esté administrando al paciente: AA, AVK o ACOD (figura 1 y tabla 3).

**Figura 1.** Actuación perioperatoria en los pacientes con antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes



AA: antiagregación; AAS: ácido acetilsalicílico; ACOD: anticoagulantes orales directos; AVK: anticoagulantes antivitaminas K; Clopi: clopidogrel; HBPM: heparina de bajo peso molecular; TP: terapia puente.

<sup>a</sup>No suspender en situaciones de **muy bajo riesgo hemorrágico** o con **hemorragias con poca importancia clínica**: exodoncias, inyección intramuscular en deltoides, implante de catéteres venosos, procedimientos menores dermatológicos, extracciones sanguíneas.

<sup>b</sup>En doble antiagregación por stent coronario, retrasar la cirugía. Si no es posible y el riesgo hemorrágico es alto, derivar a cardiología.

<sup>c</sup>Dosis profiláctica de enoxaparina: 40 mg/día por vía subcutánea.

<sup>d</sup>Dosis terapéutica de enoxaparina: 1 mg/kg/12 h por vía subcutánea o 1,5 mg/kg/24 h. En estos casos, la indicación de la terapia puente debe realizarse a nivel hospitalario.

**Tabla 3.** Actuación perioperatoria en pacientes con anticoagulantes según el riesgo hemorrágico y la función renal

FILTRADO GLOMERULAR	ACOD	RIESGO HEMORRÁGICO	
		BAJO <sup>a</sup> -MODERADO	ALTO
≥ 60 ml/min	Dabigatrán (Pradaxa®)	Suspender el tratamiento 24 h antes	Suspender el tratamiento 48 h antes
	Rivaroxabán (Xarelto®)		
	Apixabán (Eliquis®)		
	Edoxabán (Lixiana®)		
≥ 50-< 60 ml/min	Dabigatrán	36 h antes	72 h antes
	Rivaroxabán	24 h antes	48 h antes
	Apixabán		
	Edoxabán		
≥ 30-< 50 ml/min	Dabigatrán	72 h antes	96 h antes
	Rivaroxabán	24 h antes	48 h antes
	Apixabán		
	Edoxabán		
≥ 15-< 30 ml/min	Dabigatrán	Contraindicado	Contraindicado
	Rivaroxabán	48 h antes	72 h antes
	Apixabán		
	Edoxabán		
Indiferente	Acenocumarol	4 días antes Control INR la noche antes o el día de la intervención	
	Warfarina	5 días antes Control INR la noche antes o el día de la intervención	

ACOD: anticoagulantes orales directos; INR: cociente internacional normalizado.

<sup>a</sup>No suspender ACOD en situaciones de muy bajo riesgo hemorrágico: exodoncia, inyección intramuscular en deltoides, procedimientos dermatológicos menores, colocación de catéter venoso central, extracciones sanguíneas.

## Compartir experiencias

¡Sería interesante que los posibles lectores compartieran sus experiencias personales con este tema para aprender entre todos y ver cómo se manejan estas situaciones en diferentes sitios de trabajo!

## Bibliografía

1. Cornudella R, Solá JL, et al. Recomendaciones para el manejo de pacientes con tratamiento anticoagulante oral y antiagregante ante cirugía y procedimientos invasivos. Documento RPC-57. Zaragoza: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; 2016.
2. Gonzalez JR. Guía rápida. Manejo perioperatorio del paciente anticoagulado. Servicio de Hematología. Salamanca: Hospital Universitario de Salamanca; 2016.
3. Anticoagulantes orales en el periodo perioperatorio: ¿Qué hacemos? [Internet.] Comisión de Antiagregantes y Tratamientos Antitrombóticos. Palma de Mallorca: Hospital Universitari Son Espases; 2015. Disponible en: <http://www.elcomprimido.com/FARHSD/ComisionCATAHUSD/ProtMedicacionAntitromboticaPerioperatoriaCATA201!>
4. Doherty JU, Gluckman TJ, Hucker WJ, Januzzi JL, Ortel TL, Saxonhouse SJ, et al. 2017 ACC Expert Consensus Decision Pathway for Periprocedural Management of Anticoagulation in Patients with Nonvalvular Atrial Fibrillation. Periprocedural Management of Anticoagulation Writing Committee. J Am Coll Cardiol. Jan 2017;23217. DOI: 10.1016/j.jacc.2016.11.024
5. Alonso Roca R. Terapia puente en anticoagulación oral. AMF. 2016;12(3):147-51.
6. Keeling D, Tait RC, Watson H. Peri-operative management of anticoagulation and antiplatelet therapy. British Journal of Haematology 2016; 175:602-13.

**José Carlos Pérez Villarroya.** Miembro del Comité Editorial de la *Guía terapéutica de la semFYC*.

COMPARTE ESTO:



Sé el primero en decir que te gusta.