



1^{er} Curso de Formación en Endoscopia Básica para Residentes

Organiza:



FEAD
FUNDACIÓN ESPAÑOLA
DEL APARATO DIGESTIVO

Con el aval científico:



SEPD
SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

Generalidades Endoscopia II

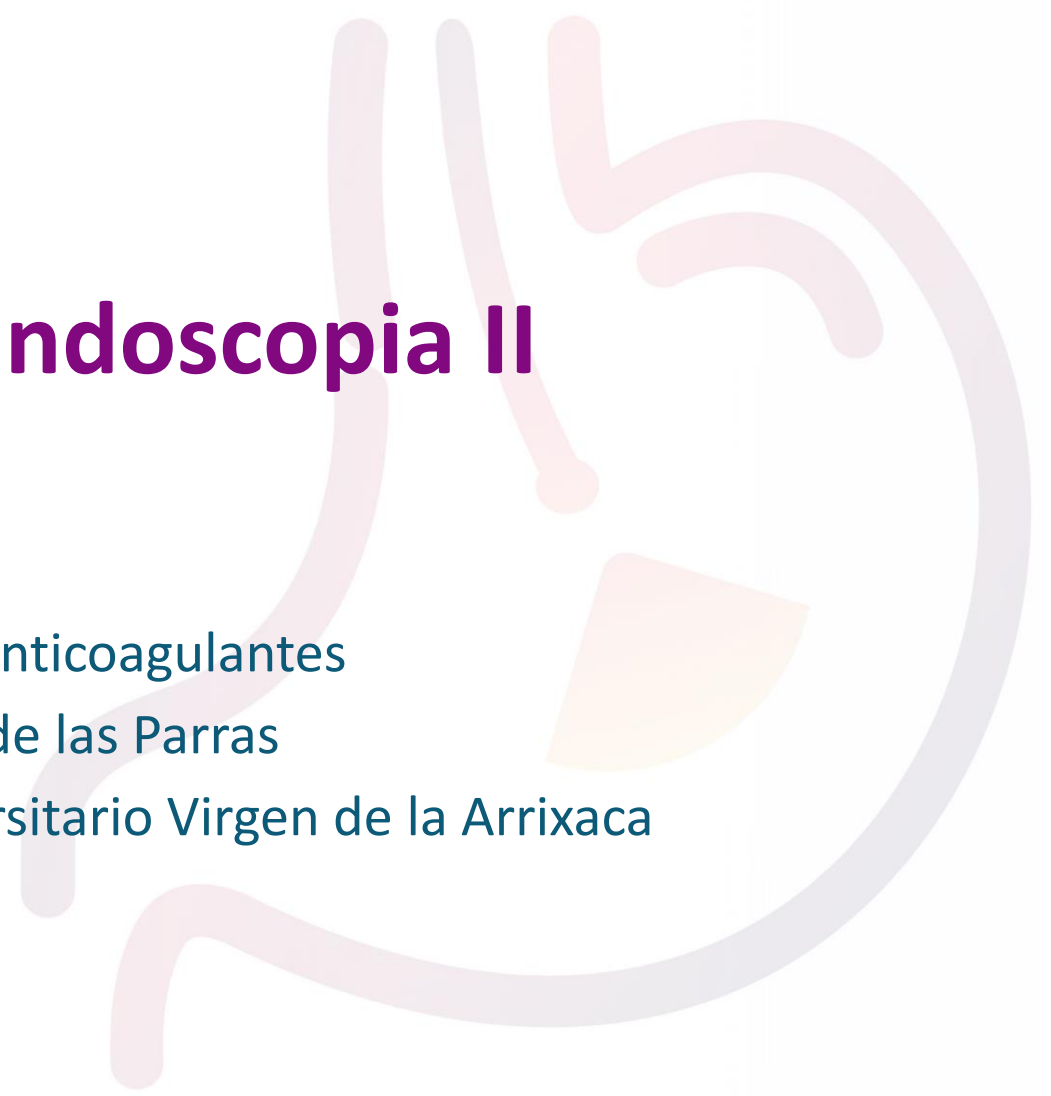
Caso clínico:

Manejo de fármacos anticoagulantes

Autor:

Dr. Fernando Alberca de las Parras

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca



Programa

- **Clases magistrales**
 - Indicadores de calidad en endoscopia
 - Formación: criterios de capacitación, legislación
 - Consentimiento informado

Dres. Pedro Alonso/Eduardo Valdivielso
Dr. Álvaro Brotons
Dr. Carlos Dolz
- **Seminarios**
 - Sedación en endoscopia
 - Endoscopia pediátrica
 - Complicaciones en endoscopia

Dr. Guillermo Cacho
Dr. Fernando Alberca
Dr. Fernando Alberca
- **Casos clínicos**
 - Manejo de antiagregantes
 - Manejo de anticoagulantes

Dr. David Martínez
Dr. Fernando Alberca
- **Píldoras**
 - Uso de simuladores y modelos animales
 - Endoscopia en el embarazo

Dr. Francisco Martín
Dra. Tania Fernández
- **Algoritmo diagnóstico**
 - Manejo de antiagregantes
 - Manejo de anticoagulantes

Dr. David Martínez
Dr. David Martínez
- **Aspectos clínicos relevantes que precisan investigación posterior**
 - Nuevas tecnologías aplicadas a la endoscopia

Dr. Francisco Gallego
- **Test de autoevaluación**

Conflicto de interés

- NINGUNO

CASO CLÍNICO

- Varón de 66 años que presenta una SOH de tipo inmunológico de 124 dentro de un programa de cribado de cáncer de colon.
- Al paciente se le indica una colonoscopia.
- En el interrogatorio previo refiere en tratamiento con acenocumarol por una fibrilación auricular asociada a una prótesis valvular mecánica mitral.

PREGUNTA 1. De cara a la colonoscopia se plantea la actitud a seguir con el acenocumarol y si necesita o no una terapia puente. ¿Cuál sería la actitud correcta?

- a) Retirar el acenocumarol 3 días antes y hacer la colonoscopia, reintroduciéndolo 2 días después.
- b) Hacer la colonoscopia de cribado sin suspender el acenocumarol, y repetirla con ajuste del mismo en el caso de presentar pólipos.
- c) Evaluar con el paciente el riesgo trombótico con alguna aplicación o guía y entonces explicarle riesgo hemorrágico/trombótico y decidir si retirar y ajustar o no.
- d) Retirar siempre el acenocumarol en las colonoscopias de cribado pues el 90% tienen pólipos.

PREGUNTA 1. De cara a la colonoscopia se plantea la actitud a seguir con el acenocumarol y si necesita o no una terapia puente. ¿Cuál sería la actitud correcta?

- a) Retirar el acenocumarol 3 días antes y hacer la colonoscopia, reintroduciéndolo 2 días después.
- b) Hacer la colonoscopia de cribado sin suspender el acenocumarol, y repetirla con ajuste del mismo en el caso de presentar pólipos.
- c) Evaluar con el paciente el riesgo trombótico con alguna aplicación o guía y entonces explicarle riesgo hemorrágico/trombótico y decidir si retirar y ajustar o no.**
- d) Retirar siempre el acenocumarol en las colonoscopias de cribado pues el 90% tienen pólipos.

Comentario a la pregunta 1

- En los programas de cribado de riesgo medio la posibilidad de encontrar un pólipo en la colonoscopia inicial se sitúa en torno al 50%; por ello suele ser habitual informar al paciente de esta condición y concretar con el mismo la actitud a seguir pues, de no ajustar, en la mitad de los casos habría que repetir la colonoscopia. Por ello suele aconsejarse hacer el ajuste en previsión de una posible polipectomía.
- No está justificado retirar el acenocumarol o cualquier otro anticoagulante sin evaluar riesgo trombótico y riesgo hemorrágico: este último se valoraría no por la colonoscopia en sí, que es una técnica de bajo riesgo hemorrágico, sino por la polipectomía, que se considera de mayor riesgo.

PREGUNTA 2. ¿Cómo evaluarías el riesgo trombótico ante la retirada de anticoagulantes?

- a) Mediante la aplicación de las guías de práctica clínica.
- b) Mediante la aplicación QxAAPP gestionada por la Sociedad Española de Cardiología y consensuada con 26 sociedades científicas.
- c) Dependerá básicamente del fármaco que se retire y no de la patología del paciente
- d) a) y b) son ciertas

PREGUNTA 2. ¿Cómo evaluarías el riesgo trombótico ante la retirada de anticoagulantes?

- a) Mediante la aplicación de las guías de práctica clínica.
- b) Mediante la aplicación QxAAPP gestionada por la Sociedad Española de Cardiología y consensuada con 26 sociedades científicas.
- c) Dependerá básicamente del fármaco que se retire y no de la patología del paciente
- d) a) y b) son ciertas**

Comentario a la pregunta 2

- Es clave la patología de base del enfermo pues el riesgo varía: una fibrilación auricular aislada tiene menos riesgo evidentemente que una prótesis mitral metálica, y al decidir hay que apoyarse en todos los factores.
- En el caso de la fibrilación auricular aislada se mediría CHA_2DS_2VASc , que es el score que se utiliza para decidir la anticoagulación y que maneja parámetros como la edad, las comorbilidades, el sexo y factores de enfermedad cardiovascular. Actualmente es más raro recurrir en estas situaciones a terapia puente con heparina de bajo peso molecular
- En las prótesis metálicas mitrales el riesgo es más alto y suele decidirse la necesidad de terapia puente.
- El riesgo trombótico está bastante bien definido y debemos conocerlo antes de tomar decisiones, pues además se sabe que los pacientes prefieren asumir el riesgo hemorrágico antes que un evento trombótico generado por una retirada inadecuada de la anticoagulación.
- Las diferentes sociedades científicas publican guías actualizadas que ayudan a tomar decisiones clínicas y nos permiten evaluar el riesgo trombótico aplicando criterios objetivos. Además se han diseñado aplicaciones web y móviles actualizadas como QxAAPP (basada en el consenso de 26 sociedades científicas españolas) que permiten hacer un ajuste correcto de la terapia antitrombótica teniendo en cuenta ambos riesgos, el trombótico y el hemorrágico.

CHA ₂ DS ₂ -VASc score		
Ref.	Concepto	Punt.
C	Insuficiencia cardiaca/disfunción VI	1
H	Hipertensión	1
A	Edad ≥ 75 años	2
D	Diabetes	1
S	Trombosis previa (ACV, TIA, TEP)	2
V	Enf. vascular (IAM, ateromatosis)	1
A	Edad 65-74	1
S	Sexo femenino	1



< Riesgo tromboembólico

Válvulas cardíacas mecánicas

OPCIONES

- Posición mitral
- Posición tricuspídea (incluido biológicas)
- Posición aórtica
- Prótesis monodisco
- Fibrilación auricular
- Ictus/AIT < 6 meses
- Ictus/AIT > 6 meses
- Diabetes mellitus
- Insuficiencia cardíaca
- Edad > 75 años

Riesgo tromboembólico: Alto

CONTINUAR

< Intervenciones

- Disección submucosa endoscópica
- Drenajes por ecografía
- Ecoendoscopia con punción aspiración aguja fina o biopsia
- Ecoendoscopia intervencionista
- Ecoendoscopia sin punción aspiración aguja fina
- Electrocoagulación con argón plasma de lesiones digestivas no extensas (angiodisplasias, etc.)
- Endoscopia gastro-duodenal, colonoscopia, sigmoidoscopia flexible diagnóstica, incluyendo biopsia de la mucosa
- Enteroscopia asistida por balón sólo con fines diagnósticos
- Enteroscopia de pulsión.
- Enteroscopia terapéutica con balón asistido
- Polipectomía
- Resección endoscópica mucosa

Riesgo hemorrágico: Alto

CONTINUAR

< Conclusiones

TRATAMIENTO
ANTICOAGULANTE

Suspensión

La última dosis de Acenocumarol será **4 días** antes de la intervención.

Valorar terapia puente con heparina.

Reanudación

Se debe reanudar el tratamiento **48-72h** tras la intervención. Esta decisión ha de ser consensuada con el equipo quirúrgico / intervencionista.

REINICIAR

Organiza:



Con el aval científico:



PREGUNTA 3. ¿Cómo harías en este caso la terapia puente ?

- a) Utilizaría heparina de bajo peso molecular iniciándola a las 24 horas de la retirada del acenocumarol y suspendiéndola al menos 12 horas antes del procedimiento
- b) Utilizaría sólo enoxaparina por ser la única heparina de bajo peso molecular que ha demostrado ser efectiva
- c) Reiniciaría la heparina de bajo peso molecular el mismo día del procedimiento.
- d) Reiniciaría el acenocumarol a los tres días del procedimiento a la vez que retiramos la heparina de bajo peso molecular.

PREGUNTA 3. ¿Cómo harías en este caso la terapia puente ?

- a) **Utilizaría heparina de bajo peso molecular iniciándola a las 24 horas de la retirada del acenocumarol y suspendiéndola al menos 12 horas antes del procedimiento**
- b) Utilizaría sólo enoxaparina por ser la única heparina de bajo peso molecular que ha demostrado ser efectiva
- c) Reiniciaría la heparina de bajo peso molecular el mismo día del procedimiento.
- d) Reiniciaría el acenocumarol a los tres días del procedimiento a la vez que retiramos la heparina de bajo peso molecular.

Comentario a la pregunta 3

- Los anticoagulantes antivitamina K tienen una vida media variable, pero su efecto sobre la coagulación se puede prologar entre 2-3 días (acenocumarol) y 3-4 días (warfarina) respectivamente. Esto supone que se deben suspender al menos 3 y 4 días antes del procedimiento respectivamente.
- Si iniciásemos la heparina de bajo peso molecular (HBPM) de forma inmediata, estaríamos duplicando la anticoagulación e incrementando el riesgo hemorrágico, por lo que hay que retrasar su inicio al menos 24 horas.
- La vida media de las HBPM es menor de 24 horas (unas 12 horas), por lo que la última dosis aplicada debe ser al menos de 12 horas antes del procedimiento y su reinicio se planteará al día siguiente al procedimiento, dependiendo del riesgo hemorrágico.
- La decisión del momento del reinicio del acenocumarol se hará dependiendo del riesgo hemorrágico del procedimiento entre el mismo día y las 48 horas siguientes, evitando igualmente la sobreanticoagulación pero también cubriendo posibles ventanas de riesgo trombótico pues el acenocumarol tarda al menos 24 horas en conseguir su nivel terapéutico.
- Existen datos de efecto preventivo de las HBPM al menos con enoxaparina, bemiparina y dalteparina