

## INFORMACIÓN PARA PRESCRIPTORES

### MANEJO DE FÁRMACOS ANTIAGREGANTES Y ANTICOAGULANTES

Los fármacos antitrombóticos (anticoagulantes y antiagregantes) son cada vez más usados. Por ello, nos encontramos con más frecuencia pacientes con estos tratamientos a los que hay que realizarles endoscopias.

En *Endoscopias Digestivas de Córdoba SLP* queremos tener en cuenta no solo el riesgo aumentado de sangrado que presentan los enfermos que toman estas medicinas, sino que también el riesgo de trombosis cuando se suspenden o modifica la dosis. Esto ha motivado la elaboración por nuestra parte de un protocolo de manejo, en consonancia con las sociedades científicas, encaminadas a minimizar estos riesgos.

Cualquier aplicación de dicho protocolo se hará bajo supervisión y criterio médico, pudiendo ocurrir que las pautas puedan cambiarse siguiendo criterios de variabilidad clínica.

En *Endoscopias Digestivas de Córdoba SLP* consideramos las **endoscopias digestivas altas o gastroscopias diagnósticas** como procedimientos de bajo riesgo de hemorragia (salvo que se hayan programado tratamientos específicos: polipectomías, dilatación, bandas...). Sin embargo, consideramos las **colonoscopias** como procedimientos de alto riesgo de hemorragia debido a la posibilidad de tener que realizar polipectomías en el mismo acto.

## TRATAMIENTO CON ANTIAGREGANTES

### **1. Si se va a realizar una ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA DIAGNÓSTICA:**

□ No es necesario suspender el fármaco ni ajustar la dosis. Se pueden realizar biopsias sobre lesiones no muy vascularizadas.

### **2. Si se va a realizar una COLONOSCOPIA O ENDOSCOPIA ALTA TERAPEÚTICA:**

**2.1. Situaciones con muy bajo riesgo de trombosis** (*Prevención primaria, Cardiopatía isquémica sin stent, enfermedad cerebrovascular y enfermedad vascular periférica*):

□ Se puede suspender el antiagregante: 5 días antes (ticlopidina o clopidogrel) o 7 días (ticagrelor o prasugrel). No es necesario suspender aspirina.

**2.2. Situaciones con bajo riesgo de trombosis** [*stents no recubiertos (> 6 meses) y stents recubiertos (> 18 meses)*]: los pacientes suelen tomar sólo **aspirina** (AAS®, Adiro®, Bioplak®, Therasacard®, Tromalyt®) o **triflusal** (Anpeval®, Disgren®):

□ No hay que ajustar las dosis y se pueden realizar tomando dichos fármacos.

**2.3. Situaciones con riesgo medio de trombosis** [*stents no recubiertos (1-6 meses) y stents recubiertos (12-18 meses), sd. coronario agudo con stent (6-12 meses)*]: suelen estar ya con monoterapia, con **ticlopidina** (Tiklid®) o **clopidogrel** (Plavix®, Iscover®) o en algunos casos con doble terapia antiagregante:

□ Si toma Clopidogrel o Ticlopidina → **Consultar con Cardiología**. Se recomienda **retrasar** la endoscopia, y si no es posible demorarla, se suspende el tratamiento 5 días antes y **se sustituye por Aspirina 100 mg al día**.

□ En caso de llevar doble antiagregación, retirar el clopidogrel 5 días antes y realizar con aspirina.

**2.4. Situaciones con alto riesgo de trombosis** [*stents no recubiertos (1 mes) y stents recubiertos (12 meses), sd. Coronario agudo sin stent (12 meses) y con stent (1-6 meses)*]: suelen tomar **terapia doble [AAS + clopidogrel (o prasugrel (Effient®) o ticagrelor (Brilique®)]**:

□ **Consultar con Cardiología**: Intentar retrasar la endoscopia hasta que disminuya el riesgo de trombosis del paciente.

**La reintroducción de los antiagregantes se hará al día siguiente tras el procedimiento salvo que a criterio del endoscopista exista un alto riesgo de sangrado: en este caso, comentar con Cardiología/Neurología/Hematología/Medicina Interna.**

## TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES

En este caso manejamos por igual las endoscopias altas y las colonoscopias.

### 1. Pacientes con **acenocumarol** (Sintrom®) o **warfarina** (Aldocumar®):

□ Recomendamos acudir a Hematología para suspender dichos fármacos y pautar, en caso de que lo vea pertinente (según el riesgo tromboembólico), heparina como tratamiento puente.

□ La última dosis de heparina se pondrá 24h antes de la prueba (ajustar si se cita por la tarde)

**\*El día de la prueba debe aportar un estudio de la coagulación que refleje los niveles de INR < 1,4**

### 2. Pacientes con **dabigatrán** (Pradaxa®), **rivaroxabán** (Xarelto®) o **apixabán** (Eliquis®):

□ Dabigatrán: Se debe retirar según la función renal del enfermo (aclaramiento de creatinina):

- CCr >80: 2 días antes
- CCr 50-80: 3 días antes
- CCr 30-50: 4 días antes

□ Rivaroxabán o Apixabán: Retirar 2 días antes

**La reintroducción de los anticoagulantes se hará al día siguiente tras el procedimiento salvo que a criterio del endoscopista exista un alto riesgo de sangrado, en cuyo caso se mantendrá tratamiento con heparina a dosis terapéuticas: Bemiparina (Hibor®) 115 U/Kg/d.**

## **Bibliografía**

\*Veitch AM, et al. Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy, including direct oral anticoagulants: British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guidelines. Gut 2016; 65:374–389.

\*\*Alberca de las Parras F, Marín F, Roldán Schilling V, Carballo Álvarez F. Manejo de los fármacos antitrombóticos asociados a los procedimientos endoscópicos. Rev Esp Enferm Dig 2015;107:289-306.