



Hospital Universitari
MútuaTerrassa

ANTICOAGULACIÓ I ANTIAGREGACIÓ A ENDOSCÒPIA

Visió de l'endoscopista



Bea Arau López de Sagredo
Curs d'actualització patologia Digestiva 2019
HUMT



INTRODUCCIÓ

- El nombre de pacients en tractament anticoagulant i antiagregant està augmentant significativament en els últims anys
- Mes de 800.000 pacients es troben anticoagulants a Espanya, fonamentalment per fibril·lació auricular (FA).
- S'ha incrementat l'ús de fàrmacs antiagregants com prevenció secundària de malaltia ateroscleròtica, degut a una major taxa d'intervencions coronàries percutànies i implantació d'stents.
- S'ha demostrat que la interrupció prematura de tractament antiagregant s'associa amb major risc d'events cardiovasculars, entre ells la trombosi de l'stent.

FEAA, 2013

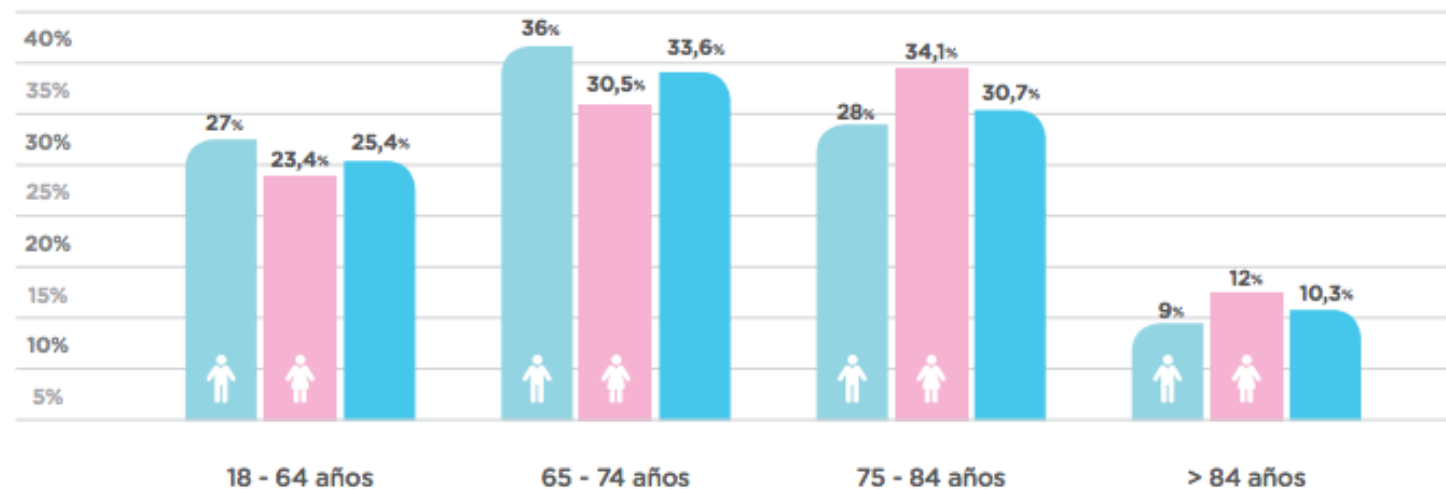
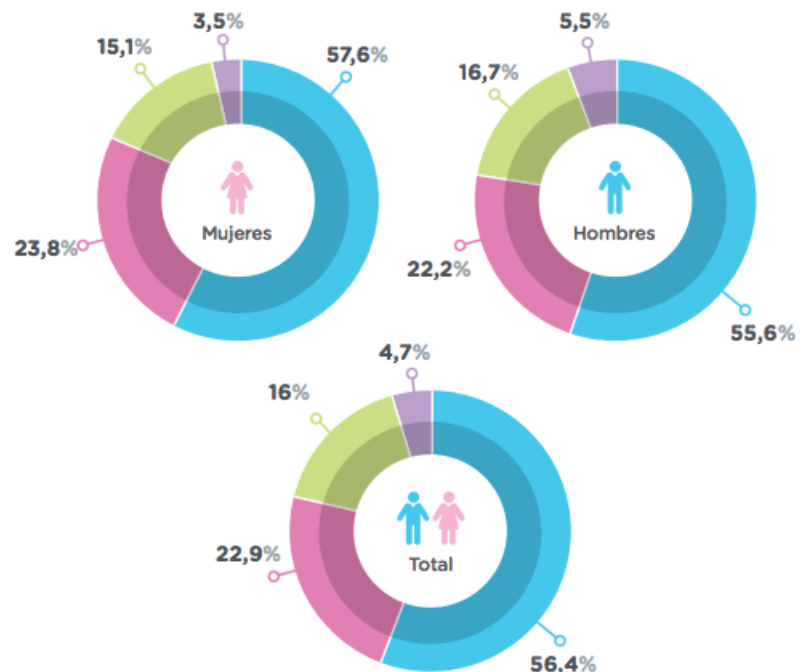
Mehran R et al. Lancet 2013

Kristensen SD. Et al. Eur Heart J. 2014



INTRODUCCIÓN

Fuente	Año	Prevalencia %	Total Pacientes
Tratamiento anticoagulante oral. Estudio coste-beneficio ⁵	2008	1,239	579.180
Recomendaciones acerca del control del TAO ambulatorio ³	2002		400.000
Sociedad Española de Cardiología ⁶	2011	1-1,5%	600.000



● Fibrilación auricular ● Prótesis valvular/Valvulopatía ● Trombosis venosa/Embolia pulmonar ● Otras

FEASAN, 2013



INTRODUCCIÓ

> 65 ANYS

SINTROM

NOUS ACOS



?



INSUFICIÈNCIA RENAL

ANTIAGREGANT



INTRODUCCIÓ



RISC TROMBÒTIC



RISC HEMORRÀGIC



Artículo especial

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, SENECS, SEO, SEPA, SERVEI, SECOT y AEU



Tabla 1
Sociedades científicas y representantes que han participado y certifican el documento de consenso

Sociedad Española de Cardiología (SEC)	David Vivas, Inmaculada Roldán, Jose Luis Ferreiro, Francisco Marín, Vanessa Roldán, Antonio Tello-Montoliu, Juan Miguel Ruiz-Nodar, Juan José Gómez-Doblas, Manuel Anguita y Andrés Íñiguez
Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR)	Raquel Ferrandis, Juan Vicente Llau, Concepción Cassinello, Aurelio Gómez-Luque, Francisco Hidalgo y Pilar Sierra
Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascul ar (SEACV)	María José Ramos-Gallo
Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular (SECTCV)	Rafael Muñoz
Asociación Española de Cirujanos (AEC)	Juan Ignacio Arcelus
Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE)	Francisco Leyva
Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)	Fernando Alberca
Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)	Raquel Oliva
Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH)	Pascual Marco Vera
Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH)	José Mateo Arranz
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)	José Luis Listerri
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC)	José María Lobos
Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)	Isabel Egocheaga y Vicente Palomo
Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)	Ainhoa Serrano
Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)	Olga Madridano
Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)	Alfonso Martín
Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)	Ana María Gómez y Carmen Montero
Sociedad Española de Neurocirugía (SENEC)	Fuat Arıkan y Luis Ley
Sociedad Española de Oftalmología (SEO)	Enrique Santos-Bueso
Sociedad Española de Periodoncia (SEPA)	Elena Figuero, Antonio Bujaldón y Adrián Guerrero
Sociedad Española de Radiología Vascul ar e Intervencionista (SERVEI)	José Urbano
Sociedad Española de Traumatología y Cirugía Ortopédica (SECOT)	Rafael Otero
Asociación Española de Urología (AEU)	Juan Francisco Hermida



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



Authors

Andrew M. Veitch¹, Geoffroy Vanbiervliet², Anthony H. Gershlick³, Christian Boustiere⁴, Trevor P. Baglin⁵, Lesley-Ann Smith⁶, Franco Radaelli⁷, Evelyn Knight⁸, Ian M. Gralnek⁹, Cesare Hassan¹⁰, Jean-Marc Dumonceau¹¹

Institutions

Institutions listed at end of article.



RISC HEMORRÀGIC

- En procediments no quirúrgics no hi ha clara estratificació. S'admet que el risc hemorràgic es baix si la possibilitat $< 1\%$ i intermig-alt si $> 1\%$
- Factors que augmenten la probabilitat d'hemorràgia:

- Edat > 65 anys
- Insuficiència renal/ hepàtica
- Tractament concomitant amb anticoagulants, antiagregants
- Antecedent d'hemorràgia espontània < 3 mesos
- Variabilitat INR





RISC HEMORRÀGIC ASSOCIAT AL PROCEDIMENT

RISC BAIX	RISC ALT
<ul style="list-style-type: none">- Endoscòpia diagnòstica (inclou biòpsia)- CPRE amb col·locació d'stent o dilatació sense esfinterotomia- Enteroscòpia de pulsíó- Enteroscòpia doble baló diagnòstica- Càpsula endoscòpica- Col·locació de pròtesis enterals- Ecoendoscopia sense PAAF- Electrocoagulació amb Argó de lesions digestives no extenses- Ablació esòfag de Barrett amb radiofreqüència	<ul style="list-style-type: none">- Polipectomia- Resecció endoscòpica mucosa- Dissecció submucosa- CPRE amb esfinterotomia biliar o pancreàtica- Ampulectomia- Col·locació de PEG- Col·locació de jejunostomia endoscòpica percutània- Enteroscòpia de doble baló terapèutica- Ecoendoscòpia amb PAAF o biòpsia- Ecoendoscòpia intervencionista- Ablació tumoral- Tècniques d'hemostàsia endoscòpica- Tractament varius- Dilatació pneumàtica- Drenatges per ecografia- Biòpsia hepàtica



NO TOT ÉS SEMPRE FÀCIL...

Cas clínic

Home de 88 anys

ANTECEDENTS PATOLÒGICS

- Hipertensió arterial en tractament farmacològic
- Glaucoma crònic
- Artrosi
- **Fibril·lació auricular** paroxística detectada al 2018. S'inicia tractament amb **apixaban** (Eliquis).
- Malaltia renal crònica grau I. Xifres de creatinina habituals 1,2mg/dl amb FG 55ml/min.

Situació funcional: viu amb la seva filla. Parcialment depenent per les ABVD (Barthel 75/100). Deteriorament cognitiu moderat (Pfeiffer 5 errades)





Cas clínic

11 gener de 2019

IAM anterior Killip I

Coronariografia: malaltia coronària severa de dos vasos:

- DA amb estenosi severa del 90% a nivell proximal, amb mal calibre distal
- CD dominant amb estenosi severa a terç proximal

Intervenció coronària percutània (ICP) primària + STENT FARMACOACTIU sobre DA

ADIRO 100 mg/d durant **3 mesos**

CLOPIDOGREL 75mg/d durant **12 mesos**

DABIGATRAN (Pradaxa) i stop apixaban



Cas clínic

Consulta a urgències DUES setmanes després de ser donat d'alta per presentar deposicions fosques compatibles amb melenes de 48h d'evolució.

TA 120/48mmHg; FC 47lpm; SO2 basal 98%.

Tacte rectal: restes MELENES

Analítica urgències:

Hb 9,9g/dl (prèvia Hb 12g/dl); Ht 30%; plaquetes 167.000

creatinina 1,8mg/dl; FG 33ml/min

TP 40% INR 2

TRAJECTÒRIA HDA ESTABLE



Cas clínic

- Què es recomanaria abans de la gastroscòpia?
 - a) Suspendre anticoagulació, adiro i clopidogrel
 - b) Suspendre anticoagulació, clopidogrel i mantenir adiro.
 - c) Canvi de dabigatran per enoxaparina. Mantenir adiro i clopidogrel.
 - d) Canvi de dabigatran per enoxaparina. Mantenir adiro i suspendre clopidogrel.
 - e) Mantenir dabigatran i adiro. Suspendre clopidogrel.



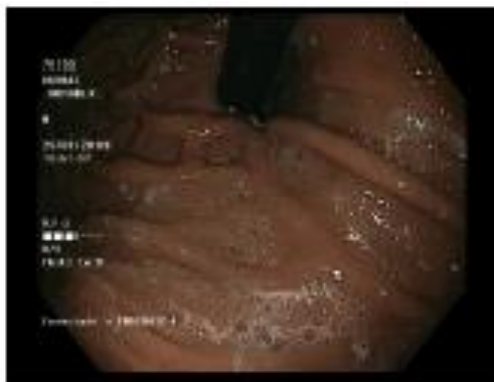
Cas clínic

- Què es recomanaria abans de la gastroscòpia?
 - a) Suspendre anticoagulació, adiro i clopidogrel
 - b) Suspendre anticoagulació, clopidogrel i mantenir adiro.
 - c) Canvi de dabigatran per enoxaparina. Mantenir adiro i clopidogrel.**
 - d) Canvi de dabigatran per enoxaparina. Mantenir adiro i suspendre clopidogrel.
 - e) Mantenir dabigatran i adiro. Suspendre clopidogrel.



Cas clínic

VIDEOGASTROSCÒPIA



Presbiesòfag, anell de Schatzki que permet el pas de l'endoscop. Hernia de hiat sense lesions. Estòmac sense lesions. Bulb i segona porció duodenal sense lesions.



Cas clínic

Anemització fins Hb 8,8g/dl → Transfusió de 2CH + Fe EV

Restes melenes que s'autolimiten sense presentar nous episodis.

Es decideix alta a domicili amb:

- CLEXANE 60mg/ 12h. Es suspèn dabigatran.
- ADIRO 100mg/ dia fins completar 3 mesos
- CLOPIDOGREL 75mg/ dia fins a completar 1 any de tractament.



CONCEPTES FINALS

- Hem de considerar tota gastroscòpia i colonoscòpia com a procediments **d'ALT risc**.
- Cal **individualitzar** en cada pacient la necessitat de suspendre tractament anticoagulant i antiagregant abans de realitzar les exploracions endoscòpiques segons les seves patologies de base.
- Fer **constar** si es tracta d'un pacient que realitza tractament i si s'ha suspès abans del procediment.
- La reintroducció del tractament en cas d'efectuar terapèutica durant l'endoscopia es realitza segons **criteri de l'endoscopista** i s'informa al pacient després del procediment.

MOLTES GRÀCIES!

