



## MESA REDONDA: ENDOSCOPIA DIGESTIVA

**Moderadores:** Dr. Eduardo Rodríguez Sánchez. *Hospital General Universitario de Ciudad Real.*  
Dr. Enrique Castillo Begines. *Burgos.*

### ANTICOAGULACIÓN Y ANTIAGREGACIÓN EN ENDOSCOPIA

*Jesús García-Cano Lizcano*

Servicio de Aparato Digestivo.  
Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

Para el correcto manejo de estas situaciones debe sopesarse el riesgo del procedimiento endoscópico y el riesgo de trombosis de la patología que ha precisado el tratamiento anticoagulante o antiagregante. La generalización de medicamentos como el Dabigatrán, que no precisan ajustes de dosis quizás haga que se desarrollen, en poco tiempo nuevas guías de actuación.

Son técnicas de alto riesgo la polipectomía a cualquier nivel gastrointestinal, la esfinterotomía biliar, la dilatación neumática o con varillas (Savary por ejemplo), la colocación de sondas de gastrostomía endoscópica percutánea, la punción aspiración con aguja fina en la ecoendoscopia, la ablación con láser y el tratamiento de las varices esófago-gástricas.

Los procedimientos de bajo riesgo son la gastroscopia, colonoscopia y enteroscopia con o sin biopsia. La inserción de prótesis en la CPRE sin esfinterotomía previa y la ecoendoscopia sin punción<sup>(1)</sup>. Cuando se siguen las líneas de actuación emitidas por gran parte de sociedades científicas, los sangrados tras los procedimientos digestivos se deben a su complejidad intrínseca más que a los efectos de los fármacos anticoagulantes o antiagregantes<sup>(2)</sup>.

Se consideran situaciones de alto riesgo en que retirar la anticoagulación puede suponer un compromiso importante para la vida de los pacientes: fibrilación auricular asociada a valvulopatía, válvula mecánica mitral, válvula mecánica mitral con episodio embólico previo<sup>(3)</sup>.

Para los procedimientos de bajo riesgo no se necesitan ajustes en la anticoagulación, aunque debe evitarse rea-

lizarlos cuando el INR está por encima del rango terapéutico.

Para procedimientos de alto riesgo en pacientes con situaciones de bajo riesgo (por ejemplo fibrilación auricular sin valvulopatía) se debe suspender el Simtron entre 3-5 días antes de la terapéutica endoscópica. Si la patología del paciente no permite la retirada completa de la anticoagulación, puede utilizarse la heparina de bajo peso molecular como "puente" entre la anticoagulación completa y la reducción necesaria para realizar un procedimiento de alto riesgo. Se debe valorar individualmente los riesgos beneficios en cada situación concreta.

En caso de hemorragia digestiva en pacientes anticoagulados debe valorarse también en cada caso el balance riesgo/beneficio. Si el INR está elevado debe corregirse hasta un valor entre 1,5-2-5.

Con respecto a los antiagregantes<sup>(4)</sup>, el más conocido y utilizado es la aspirina o ácido acetil salicílico (AAS®, Acido Acetilsal Bayer®, Adiro®, Bioplak®, Therasacard®, Tromalyt®). También se utilizan con frecuencia el clopidogrel (Iscover®, Plavix®), el trifusal (Disgren®), la ticlopidina (Tiklid®, Ticlodone®, Ticlopidina EFG®), y ya con menos frecuencia el dipiridamol (Persantin). Cada antiagregante tiene un tiempo determinado en el que ejerce su efecto. De forma general, con 7 días se considera que cede el efecto antiagregante de la mayor parte de ellos, si bien con la ticlopidina deben pasar 10 días y el dipiridamol y el tirofibrán sólo necesitan 1 día. En cuanto al reinicio del fármaco si se ha decidido previamente su retirada depende del procedimiento endoscópico. En casos de cierto riesgo de trombosis y cuando el procedimiento endoscópico se considera inaplazable se puede sustituir el antiagregante por heparina de bajo peso molecular. Esta práctica es habitual y ofrece una cierta protección añadida, siendo importante ajustar dosis y plazos según protocolos aplicados a cada enfermo.

En casos de hemorragia digestiva en un paciente tomando antiagregantes, el clopidogrel o la ticlopidina se deben suspender. Aunque en casos individuales hay que considerar si el riesgo de que se produzcan fenóme-

TABLA I.-

**POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA  
EN UN PACIENTE CON BAJO RIESGO DE TROMBOEMBOLISMO**

	SIMTRON	ASPIRINA	CLOPRIDOGEL
Khubchandani <sup>5</sup>	Retirar 4 días antes, reintroducir 1 día después	Retirar 3 días antes, reintroducir 3 días después	Retirar 7 días antes, reintroducir inmediatamente

nos isquémicos al retirarlos es mayor que la gravedad de la hemorragia.

En la **Tabla I** se describe una situación habitual a la que se enfrentan frecuentemente los endoscopistas y la forma de manejarla según un estudio reciente<sup>(5)</sup>.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Varios Autores. ASGE guideline: the management of low-molecular-weight heparin and nonaspirin antiplatelet agents for endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc* 2005; 61: 189-93.
2. Gerson LB et al. Adverse events associated with anticoagulation therapy in the periendoscopic period. *Gastrointest Endosc Gastrointest Endosc* 2010; 71:1211-7.
3. Varios autores. ASGE guideline on the management of anticoagulation and antiplatelet therapy for endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc* 1998; 48: 1998
4. Alberca de las Parras F. Endoscopia en pacientes antiagregados. *Información al Paciente. Rev Esp Enferm Dig* 2012; 104: 218.
5. Khubchandani et al. Optimal timing of anticoagulation pre- and post-colonoscopy with polypectomy. *Tech Coloproctol* 2011; 15:185-9.