



Editorial

Manejo perioperatorio y periprocedimiento del tratamiento antitrombótico

Perioperative and Periprocedural Management of Antithrombotic Therapy

Javier de Miguel-Díez^{a,*}, Ana Gómez Martínez^b y Carmen Montero Martínez^c

^a Servicio de Neumología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^b Servicio de Cirugía de Tórax, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^c Servicio de Neumología, Hospital Universitario A Coruña, A Coruña, España



En los últimos años está aumentando el número de pacientes anticoagulados y antiagregados¹. En la mayoría de las ocasiones estos tratamientos son pautados a largo plazo, por lo que no es infrecuente que los pacientes que los reciben requieran, en algún momento, un procedimiento quirúrgico o intervencionista que haga necesario su interrupción. Los riesgos y beneficios de esta decisión deben evaluarse en profundidad, debiendo siempre primar la seguridad de los pacientes.

Tanto los neumólogos como los cirujanos torácicos nos enfrentamos a diario a este reto en nuestra práctica clínica. A pesar de ello, las recomendaciones previas de la *American College of Chest Physicians*² y de la *European Respiratory Society/American Thoracic Society*³ son escasas en este sentido. Algunos documentos más recientes hacen referencia al manejo de anticoagulantes y anti-trombóticos en pacientes sometidos a procedimientos pulmonares intervencionistas en general⁴ o a técnicas como la broncoscopia flexible en particular⁵, pero su conocimiento entre los profesionales implicados es aún muy escasa.

Recientemente se ha publicado en nuestro país, a propuesta de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), un documento de consenso sobre el manejo perioperatorio y periprocedimiento del tratamiento antitrombótico, que ha contado con la participación de más de una veintena de sociedades científicas españolas, entre ellas, la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)⁶. Su principal objetivo es establecer una serie de recomendaciones y pautas de atención, consensuadas y avaladas científicamente, que ayuden a homogeneizar la práctica clínica entre las diferentes especialidades.

Este documento clasifica el riesgo tromboembólico, teniendo en cuenta la afectación que originó la anticoagulación, en alto, medio o bajo. En lo que respecta al tratamiento antiagregante recomienda considerar, en la definición del riesgo trombótico, el tiempo de evolución hasta la intervención, así como el tipo de presentación,

las características clínicas del paciente y el tratamiento realizado. De manera similar al riesgo tromboembólico, estratifica el riesgo hemorrágico en 3 grupos: *a*) bajo, cuando la hemostasia puede realizarse de forma adecuada; *b*) moderado, cuando la hemostasia es más difícil de realizar y la hemorragia incrementa la necesidad de transfusión o de reintervención; y *c*) alto, cuando la hemorragia puede comprometer la vida del paciente o el resultado de la cirugía. En procedimientos no quirúrgicos como la broncoscopia se recomienda considerar la posibilidad de hemorragia. Así, se establece que el riesgo hemorrágico es bajo si dicha posibilidad es menor del 1% e intermedio-alto si es mayor del 1%.

En el área de las enfermedades respiratorias, el documento de consenso incluye la estratificación del riesgo hemorrágico según el tipo de intervención: *a*) bajo, en los casos de broncoscopia diagnóstica, lavado broncoalveolar y cepillado bronquial, así como en los de toracocentesis, catéter pleural tunelizado e inserción del tubo de drenaje pleural, siempre que dichos procedimientos se realicen con control ecográfico; *b*) moderado, si estas intervenciones se efectúan sin control ecográfico, así como en los casos de simpatectomía en la hiperhidrosis, y *c*) alto, en determinados procedimientos intervencionistas (biopsia bronquial o transbronquial, criobiopsia, PAAF sin control ecográfico, ecobroncoscopia con PAAF transbronquial, resección tumoral con láser, electrocoagulación o criorecanalización, implantación de prótesis, dilatación bronquial o traqueal, broncoscopia rígida, extracción de cuerpo extraño, biopsia pleural cerrada o transtorácica, toracoscopia) y quirúrgicos (cirugía de pulmón, pared torácica, tráquea o bronquios y pleura, así como en intervenciones del mediastino, estrecho superior del tórax y diafragma, incluida la esofagectomía).

En función de todo ello, se establecen unas pautas que ayudan a decidir cuándo retirar la anticoagulación/antiagregación o cuando reintroducirla después de un procedimiento intervencionista o de una cirugía. Así, por ejemplo, para la anticoagulación habría que tener en cuenta algunas normas generales como valorar no interrumpir dicho tratamiento para procedimientos de bajo riesgo en los que la posible hemorragia sea clínicamente poco importante y asumible por el operador, recurrir a la terapia puente

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jdemigueldiez@telefonica.net (J. de Miguel-Díez).

con heparina únicamente en los pacientes con riesgo tromboembólico alto y reintroducir la coagulación a las 24 h de procedimiento. Por otra parte, a continuación se muestran algunas recomendaciones generales a tener en cuenta en pacientes antiagregados: mantener el ácido acetilsalicílico salvo para procedimientos que lo contraindiquen (p. ej., neurocirugía), recurrir a la terapia puente en casos muy restringidos en los que converjan un riesgo trombótico alto y un riesgo hemorrágico moderado-grave y no se pueda posponer la intervención y reintroducir la antiagregación en las primeras 24 h tras el procedimiento.

En definitiva, este documento recoge, de una forma sencilla, las recomendaciones más importantes en relación a los procedimientos quirúrgicos o intervencionistas, urgentes o no, que pueden efectuarse en pacientes con tratamiento antitrombótico (antiagregados o anticoagulados). Corresponde a los neumólogos y cirujanos torácicos adaptar estos consejos a nuestra realidad, mediante la creación de grupos de trabajo específicos y el desarrollo de la investigación en este campo. También tenemos la responsabilidad de monitorizar la seguridad de estas recomendaciones en los procedimientos e intervenciones que llevamos a cabo en nuestra práctica clínica diaria, como ya han empezado a hacer otras especialidades⁷.

Bibliografía

1. Dregan A, Ravindrarajah R, Charlton J, Ashworth M, Molokhia M. Long-term trends in antithrombotic drug prescriptions among adults aged 80 years and over from primary care: A temporal trends analysis using electronic health records. *Ann Epidemiol*. 2018;28:440–6.
2. Ernst A, Silvestri GA, Johnstone D. Interventional pulmonary procedures: Guidelines from the American College of Chest Physicians. *Chest*. 2003;123:1693–717.
3. Bolliger CT, Mathur PN, Beamis JF, Becker HD, Cavaliere S, Colt H, et al., European Respiratory Society/American Thoracic Society. ERS/ATS statement on interventional pulmonology. *European Respiratory Society/American Thoracic Society*. *Eur Respir J*. 2002;19:356–73.
4. Pathak V, Allender JE, Grant MW. Management of anticoagulant and antiplatelet therapy in patients undergoing interventional pulmonary procedures. *Eur Respir Rev*. 2017;26, pii: 170020.
5. Abuqayyas S, Raju S, Bartholomew JR, Abu Hweij R, Mehta AC. Management of antithrombotic agents in patients undergoing flexible bronchoscopy. *Eur Respir Rev*. 2017;26, pii: 170001.
6. Vivas D, Roldán I, Ferrandis R, Marín F, Roldán V, Tello-Montoliu A, et al., Expert reviewers. Perioperative and Periprocedural Management of Antithrombotic Therapy: Consensus Document of SEC, SEDAR, SEACV, SECTCV, AEC, SECPRE, SEPD, SEGO, SEHH, SETH, SEMERGEN, SEMFYC, SEMG, SEMICYUC, SEMI, SEMES, SEPAR, SENEC, SEO, SEPA, SERVEI, SECOT and AEU [Article in English, Spanish]. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2018;71:553–64.
7. Urbano J. Manejo perioperatorio y periprocedimiento del tratamiento antitrombótico. Documento de consenso. *Intervencionismo*. 2018;18:41–4.