

Protocolo

ENDOSCOPIAS en pacientes
anticoagulados o antiagregados

Hospital Donostia

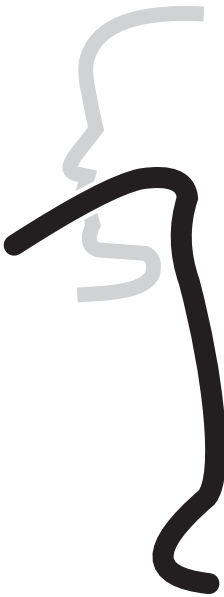
39

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE O ANTIGREGANTE QUE VAN A SER SOMETIDOS A ENDOSCOPIAS

HOSPITAL DONOSTIA

Autores

- Dr. Fernando Mugika Aginaga, Servicio de Aparato Digestivo
- Dra. Luisa Toran García, Servicio de Anestesia
- Dr. José Ramón Furundarena Salsamendi, Servicio de Hematología y Hemoterapia
- Dr. Gonzalo Vivanco Martínez, Servicio de Cardiología
- Dr. Alberto Izagirre Yarza, Servicio de Cardiología
- Dra. Ana Arce Borda, Servicio de Neurología
- Dra. Teresa Mendaza Beltrán, Servicio de Anestesia
- Dra. Maite Martínez Zabaleta, Servicio de Neurología



PROTOCOLO PARA EL MANEJO
DE LOS PACIENTES EN
TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE O
ANTITROMBÓTICO QUE VAN A SER SOMETIDOS A
ENDOSCOPIAS

Indice

• Introducción.....	6
• Esquema de la valoración necesaria.....	6
• Estratificación de pacientes anticoagulados según riesgo de complicaciones tromboembólicas arteriales o venosas.....	7
• Estratificación de pacientes antiagregados según riesgo de eventos cardiovasculares.....	7
• Estratificación de los procedimientos endoscópicos según su riesgo de sangrado.....	8
• Pautas de manejo de los pacientes anticoagulados que van a ser sometidos a procedimientos endoscópicos.....	9
• Pautas de manejo de los pacientes antiagregados que van a ser sometidos a procedimientos endoscópicos.....	12
• Endoscopia en pacientes con stents coronarios y stents neurológicos.....	16
• Bibliografía.....	17
• Anexos: documentos para entregar al paciente:.....	18
o Pauta de profilaxis anticoagulante para los días previos a una endoscopia	
o Pauta de profilaxis anticoagulante para los días posteriores a un endoscopia	
o Pauta de profilaxis antiagregante para los días previos a una endoscopia	

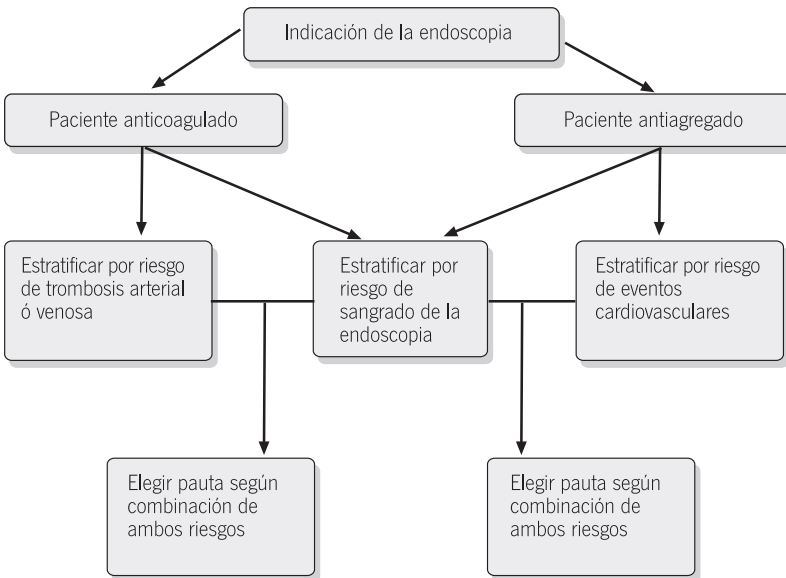
Introducción

En las condiciones que no requieran un mantenimiento de por vida, es decir que el uso de la anticoagulación/antiagregación sea transitorio, se diferirá la realización de los procedimientos electivos que puedan retrasarse hasta completar el período de anticoagulación /antiagregación.

Preferentemente se emplearan los procedimientos de menor riesgo en los casos que haya alternativa (dilatación hidrostática de papila en vez de esfinterectomía) y se asegurará la hemostasia mediante intervenciones endoscópicas en los casos que se pueda (uso de endoclips...).

En los pacientes con condiciones de riesgo se debería valorar y consensuar con la familia, la indicación del procedimiento y los riesgos de posibles cambios en la pauta de anticoagulación/antiagregación (el ideal sería que fuera su médico responsable y conocedor del historial clínico del paciente en su globalidad, el que asumiera dicho papel)

Esquema de la valoración necesaria



Estratificación de pacientes anticoagulados según riesgo de complicaciones tromboembólicas arteriales o venosas

	Riesgo de trombosis arterial		Riesgo de trombosis venosa
Alto riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier prótesis mitral. • Prótesis valvulares mecánicas. • Cualquier prótesis valvular + ictus ó isquemia cerebral transitoria ó embolia arterial previa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fibrilación auricular y score CHADS2 (*) de 3-6. • Fibrilación auricular e ictus ó isquemia cerebral transitoria ó embolia arterial previa. • Fibrilación auricular y enfermedad valvular reumática. • IAM y trombo intraventricular 	<ul style="list-style-type: none"> • TVP/TEP reciente (< 12 meses). • Trombofilia (**). • TVP/TEP recurrente. • Cáncer activo (en fto. en los últimos 6 meses o en paliación)
Bajo riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Prótesis valvulares biológicas (excepto mitral) sin fibrilación auricular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fibrilación auricular y score CHADS2 (*) de 0-2. 	<ul style="list-style-type: none"> • TVP/TEP hace más de 12 meses sin otros factores de riesgo.

(*) Score CHADS2 de 0 a 6 puntos: valorar insuficiencia cardiaca (1 punto), HTA (1 punto), edad > 75 años (1 punto), diabetes (1 punto) e ictus previo ó isquemia cerebral transitoria previa ó embolia arterial previa (2 puntos).

(**) Trombofilia: déficit de proteína C, S ó antitrombina, anticuerpos antifosfolípido, factor V Leiden, mutación del factor II o alteraciones múltiples.

Estratificación de pacientes antiagregados según riesgo de eventos cardiovasculares

No existe una clasificación establecida pero puede servir de guía la siguiente tabla:

Muy alto riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Stent coronario metálico convencional colocado hace menos de 6 semanas que necesita para la reendotelización. • Stent liberador de fármaco colocado en los últimos 12 meses ya que la reendotelización necesita más tiempo. • Stent carotídeo o intracraneal en los 12 primeros meses • Pacientes que han tenido episodios recurrentes.
Alto riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Stent coronario metálico convencional colocado hace más de 6 semanas • Stent liberador de fármaco colocado hace más de 12 meses • Stent carotídeo o intracraneal colocado hace más de 12 meses • IAM en los últimos 6 meses • By-pass aorto-coronario en los últimos 6 meses • By-pass periférico en los últimos 6 meses • ACVA en los últimos 6 meses • Ictus de origen aterotrombótico con estenosis carotídea significativa (> 50%) de forma indefinida • Ictus de origen aterotrombótico con estenosis arterial intracraneal de forma indefinida
Bajo riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención primaria de ictus o de infarto de miocardio • ACVA hace más de 6 meses • IAM hace más de 6 meses • By-pass aorto-coronario hace más de 6 meses • By-pass periférico hace más de 6 meses

Estratificación de los procedimientos endoscópicos según su riesgo de sangrado

Nos basaremos en la clasificación de la ASGE (Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal) modificada para el Hospital Donostia.

Procedimientos de alto riesgo (riesgo de sangrado de 1-6%)

Se hará una consideración aparte a algunos procedimientos con un riesgo muy especial de sangrado:

- *Polipectomía de pólipo de base ancha > 1 cm*
- *Esfinterotomía biliar*
- *PAAF dirigida por ecoendoscopia (punción con aguja fina)*

En otro grupo se considerarán otros procedimientos de alto riesgo de sangrado:

- *Polipectomía (la SFED añade macrobiopsia gástrica, mucosectomía y ampulectomía)*
- *Dilatación neumática o por bujía de estenosis benignas /malignas*
- *Colocación de gastrostomía percutanea*
- *Laser ablación o coagulación*
- *Tratamiento de varices (esofágicas o gástricas)*

La SFED añade los procedimientos hemostáticos en las lesiones vasculares.

Procedimientos de bajo riesgo (riesgo de sangrado <1%, ASGE) (sangrado excepcional con control endoscópico posible, criterio de la SFED).

- *Gastroscopia*
- *Rectosigmoidoscopia*
- *Colonoscopia sin polipectomía*
- *CPRE diagnóstica o con dilatación hidrostática de papila o con colocación de stent sin esfinterotomía.*
- *Enteroscopia*
- *Toma de biopsias en cualquiera de esos procedimientos.*

Pautas de manejo de los pacientes anticoagulados que van a ser sometidos a procedimientos endoscópicos

El manejo deberá tener en cuenta el riesgo trombótico del paciente y el riesgo hemorrágico del procedimiento endoscópico (ver tablas previas).

- En pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos con bajo riesgo de sangrado no hace falta suspender el tratamiento anticoagulante independientemente del riesgo trombótico.
- Dentro de los pacientes con alto riesgo de sangrado aquello a los que se les extirpa un pólipo de base ancha > 1 cm por un lado y aquellos a los que se les hace una esfinterotomía biliar o PAAF por ecoendoscopia (pun-

ción con aguja fina) llevan un manejo especial tras la endoscopia. Por ello se distinguen estas tres situaciones combinadas con alto y bajo riesgo trombótico.

En las tablas siguientes se expone el manejo en estas situaciones.

Pauta de manejo del tratamiento anticoagulante en pacientes con bajo riesgo de trombosis sometidos a endoscopias con alto riesgo hemorrágico (excepto las clasificadas como de riesgo muy especial)

	Día 3 Pre	Día 2 Pre	Día 1 Pre	Día de la endoscopia	Día 1 Post	Día 2-3 Post	Días posteriores
Sintrom(\$)	Stop	No tomar	No tomar	Reinicio sintrom por la noche	Si	Si. Control INR	Seguir pauta de hemostasia (según INR)
Clexane		40 mg subcutáneo por la mañana	40 mg subcutáneo por la mañana	40 mg subcutáneo por la noche	40 mg subcutáneo por la noche	40 mg subcutáneo por la noche	Seguir pauta de hemostasia (según INR)
Konakion		1 ampolla oral de Konakion pediátrico					
Control INR			Si. Si INR > 1.5 consultar con Hematología			Si para ajustar dosis sintrom	

(\$) Con Aldocumar se debe suspender 2 días antes

Pauta de manejo del tratamiento anticoagulante en pacientes con alto riesgo de trombosis sometidos a endoscopias con alto riesgo hemorrágico (excepto las clasificadas como de riesgo muy especial)

	Día 3 Pre	Día 2 Pre	Día 1 Pre	Día de la endoscopia	Día 1 Post	Día 2-3 Post	Días posteriores
Sintrom (\$)	Stop	No tomar	No tomar	Reinicio sintrom por la noche	Si	Si. Control INR	Seguir pauta de hemostasia (según INR)
Clexane		1 mg/kg subcutáneo cada 12 horas (*)	1 mg/kg subcutáneo sólo por la mañana (*)	40 mg subcutáneo por la noche	1 mg/kg subcutáneo cada 12 horas (*)	1 mg/kg subcutáneo cada 12 horas (*)	Seguir pauta de hemostasia (según INR)
Konakion		1 ampolla oral de Konakion pediátrico					
Control INR			Si. Si INR > 1.5 consultar con Hematología			Si para ajustar dosis sintrom	

(\$) Con Aldocumar se debe suspender 2 días antes

(*) En pacientes con insuficiencia renal (Creatinina > 2 ó aclaramiento de creatinina < 30 ml/min) poner las dosis al 50 %.

Pauta de manejo del tratamiento anticoagulante en pacientes con bajo riesgo de trombosis sometidos a endoscopias con polipectomía de pólipos de base ancha > 1cm

	Día 3 Pre	Día 2 Pre	Día 1 Pre	Día de la endoscopia	Día 1 a 8 Post	Día 9 Post	Días posteriores
Sintrom (\$)	Stop	No tomar	No tomar	No tomar	No tomar	Reinicio sintrom.	Control INR a los 2-3 días de tomar sintrom y seguir pauta de hemostasia (según INR)
Clexane		40 mg subcutáneo por la mañana	40 mg subcutáneo por la mañana	40 mg subcutáneo por la noche	40 mg subcutáneo por la noche	40 mg subcutáneo por la noche	Seguir pauta de hemostasia (según INR)
Konakion		1 ampolla oral de Konakion pediátrico					
Control INR			Si. Si INR > 1.5 consultar con Hematología				Si para ajustar dosis sintrom

(\$) Con Aldocumar se debe suspender 2 días antes

Pauta de manejo del tratamiento anticoagulante en pacientes con alto riesgo de trombosis sometidos a endoscopias con polipectomía de pólipo de base ancha > 1cm

	Día 3 Pre	Día 2 Pre	Día 1 Pre	Día de la endoscopia	Día 1 a 8 Post	Día 9 Post	Días posteriores
Sintrom (\$)	Stop	No tomar	No tomar	No tomar	No tomar	Reinicio sintrom.	Control INR a los dos días de tomar sintrom y seguir pauta de hemostasia (según INR)
Clexane		1 mg/kg subcutáneo cada 12 horas (*)	1 mg/kg subcutáneo sólo por la mañana (*)	40 mg subcutáneo por la noche	40 mg subcutáneo por la noche	40 mg subcutáneo por la noche	Seguir pauta de hemostasia (según INR)
Konakion		1 ampolla oral de Konakion pediátrico					
Control INR			Si. Si INR > 1.5 consultar con Hematología				Si para ajustar dosis sintrom

(\$) Con Aldocumar se debe suspender 2 días antes

(*) En pacientes con insuficiencia renal (Creatinina > 2 ó aclaramiento de creatinina < 30 ml/min) poner las dosis al 50 %.

Pauta de manejo del tratamiento anticoagulante en pacientes con bajo riesgo de trombosis sometidos a endoscopias con esfinterotomía biliar o PAAF por ecoendoscopia (punción con aguja fina)

(\$) Con Aldocumar se debe suspender 2 días antes.

	Día 3 Pre	Día 2 Pre	Día 1 Pre	Día de la endoscopia	Día 1 a 4 Post	Día 5 Post	Días posteriores
Sintrom (\$)	Stop	No tomar	No tomar	No tomar	No tomar	Reinicio sintrom.	Control INR a los 2-3 días de tomar sintrom y seguir pauta de hemostasia (según INR)
Clexane		40 mg subcutáneo por la mañana	40 mg subcutáneo por la mañana	40 mg subcutáneo por la noche	40 mg subcutáneo por la noche	40 mg subcutáneo por la noche	Seguir pauta de hemostasia (según INR)
Konakion		1 ampolla oral de Konakion pediátrico					
Control INR			Si. Si INR > 1.5 consultar con Hematología				Si para ajustar dosis sintrom

Pauta de manejo del tratamiento anticoagulante en pacientes con alto riesgo de trombosis sometidos a endoscopias con esfinterotomía biliar o PAAF por ecoendoscopia (punción con aguja fina)

	Día 3 Pre	Día 2 Pre	Día 1 Pre	Día de la endoscopia	Día 1 a 4 Post	Día 5 Post	Días posteriores
Sintrom (\$)	Stop	No tomar	No tomar	No tomar	No tomar	Reinicio sintrom.	Control INR a los dos días de tomar sintrom y seguir pauta de hemostasia (según INR)
Clexane		1 mg/kg subcutáneo cada 12 horas (*)	1 mg/kg subcutáneo sólo por la mañana (*)	40 mg subcutáneo por la noche	40 mg subcutáneo por la noche	40 mg subcutáneo por la noche	Seguir pauta de hemostasia (según INR)
Konakion		1 ampolla oral de Konakion pediátrico					
Control INR			Si. Si INR > 1.5 consultar con Hematología				Si para ajustar dosis sintrom

(\$) Con Aldocumar se debe suspender 2 días antes

(*) En pacientes con insuficiencia renal (Creatinina > 2 ó aclaramiento de creatinina < 30 ml/min) poner las dosis al 50 %.

Pautas de manejo de los pacientes antiagregados que van a ser sometidos a procedimientos endoscópicos

Manejo del tratamiento antiagregante en endoscopias

En primer lugar nos referiremos a los pacientes que toman antiinflamatorios no esteroideos. Para asegurarnos de que no queda ningún efecto antiagregante residual en el momento de la cirugía habrá que suspenderlos en un tiempo que corresponda a 5 veces su vida media. Podemos diferenciar:

- o AINES de corta vida media de 2-6 h (ibuprofeno, diclofenaco, ketoprofeno, indometacina): suspender la víspera de la intervención.
- o AINES de vida media intermedia de 7-15 h (naproxeno, sulindac, diflunisal, celecoxib): suspender 2-3 días antes.
- o AINES de vida media larga de > 20 h (meloxicam, nabumetona, piroxicam): suspender 10 días antes.

En cuanto a los antiagregantes vamos a distinguir el manejo de los pacientes según la medicación que tomen. En la siguiente tabla se recogen los principales antiagregantes:

Molécula	Nombre comercial
Ácido acetil-salicílico	Adiro, AAS, Bioplak, Tromalyt, Aspirina, Assasantin retard, Ascal 38.
Clopidogrel	Iscover, Plavix
Dipiridamol	Persantin, Agerplas
Ticlopidina	Ticlodone, Ticlopidina (EFG), Tiklid
Triflusal	Disgren

- Por un lado daremos las pautas para los pacientes que toman ácido acetil-salicílico. Las pautas para la aspirina (AAS) valen para dipiridamol asociado a aspirina y también para el triflusal.
- Por otro lado están las pautas para clopidogrel que valen para la ticlopidina.

En las siguientes tablas se recoge el manejo de estos pacientes que deberá tener en cuenta el riesgo trombótico del paciente y el riesgo hemorrágico del procedimiento endoscópico (ver tablas previas). Para los pacientes con stent coronario se dan pautas aparte (ver después de las tablas).

En el grupo de trabajo se ha decidido no aconsejar el uso de tratamientos sustitutivos al suspender el tratamiento antiagregante que toma el paciente basándonos en la falta de evidencia científica a día de hoy sobre su eficacia.

Algunos grupos utilizan tratamientos sustitutivos como pueden ser:

- Sustituir el antiagregante por flubiprofeno (Froben®) a dosis de 1 comprimido de 50 mg cada 12 horas desde el día siguiente a la suspensión del antiagregante y dejar de tomar desde la víspera de la endoscopia.
- Administrar Clexane a dosis profiláctica: 40 mg subcutáneo cada 24 horas.

ASPIRINA Y ENDOSCOPIAS

Bajo riesgo cardiovascular y polipectomía de pólipos sésiles de base ancha > 1 cm						
	Día 7 Pre	Día 5 Pre	Día de la endoscopia	Día 1 tras endoscopia	Día 4 tras endoscopia	Día 9 tras endoscopia
Aspirina	Suspender	No dar	No dar	No dar	No dar	Reiniciar

Bajo riesgo cardiovascular y esfinterectomía o PAAF por ecoendoscopia (aspiración con agua)						
	Día 7 Pre	Día 5 Pre	Día de la endoscopia	Día 1 tras endoscopia	Día 4 tras endoscopia	
Aspirina	Suspender	No dar	No dar	No dar	Reiniciar	

Bajo riesgo cardiovascular y endoscopias con alto riesgo hemorrágico (excepto las clasificadas como de riesgo muy especial)						
	Día 7 Pre	Día 5 Pre	Día de la endoscopia	Día 1 tras endoscopia	Día 4 tras endoscopia	
Aspirina		Suspender	No dar	Reiniciar		

Bajo riesgo cardiovascular y endoscopias con bajo riesgo hemorrágico						
	Día 7 Pre	Día 5 Pre	Día de la endoscopia	Día 1 tras endoscopia	Día 4 tras endoscopia	
Aspirina			No suspender			

Alto riesgo cardiovascular (***) y polipectomía de pólipos sésiles de base ancha > 1 cm						
	Día 7 Pre	Día 5 Pre	Día de la endoscopia	Día 1 tras endoscopia	Día 4 tras endoscopia	Día 9 tras cirugía
Aspirina		Suspender	No dar	No dar	No dar	Reiniciar

Alto riesgo cardiovascular (***) y esfinterectomía o PAAF por ecoendoscopia (aspiración con agua)						
	Día 7 Pre	Día 5 Pre	Día de la endoscopia	Día 1 tras endoscopia	Día 4 tras endoscopia	
Aspirina		Suspender	No dar	No dar	Reiniciar	

Alto riesgo cardiovascular (***) y endoscopias con alto riesgo hemorrágico (excepto las clasificadas como de riesgo muy especial)						
	Día 7 Pre	Día 5 Pre	Día de la endoscopia	Día 1 tras endoscopia	Día 4 tras endoscopia	
Aspirina		Suspender	No dar	Reiniciar		

Alto riesgo cardiovascular (***) y endoscopias con bajo riesgo hemorrágico						
	Día 7 Pre	Día 5 Pre	Día de la endoscopia	Día 1 tras endoscopia	Día 4 tras endoscopia	
Aspirina			No suspender			

(**) Para pacientes con stent coronario ver página aparte

CLOPIDOGREL Y ENDOSCOPIAS

Bajo riesgo cardiovascular y polypectomía de pólipo sésil de base ancha > 1 cm						
	Día 7 Pre	Día 5 Pre	Día de la endoscopia	Día 1 tras endoscopia	Día 4 tras endoscopia	Día 9 tras endoscopia
Clopidogrel	Suspender	No dar	No dar	No dar	No dar	Reiniciar

Bajo riesgo cardiovascular y esfínterectomía ó PAAF por ecoendoscopia (aspiración con agua)						
	Día 7 Pre	Día 5 Pre	Día de la endoscopia	Día 1 tras endoscopia	Día 4 tras endoscopia	
Clopidogrel	Suspender	No dar	No dar	No dar	Reiniciar	

Bajo riesgo cardiovascular y endoscopias con alto riesgo hemorrágico (excepto las clasificadas como de riesgo muy especial)						
	Día 7 Pre	Día 5 Pre	Día de la endoscopia	Día 1 tras endoscopia	Día 4 tras endoscopia	
Clopidogrel		Suspender	No dar	Reiniciar		

Bajo riesgo cardiovascular y endoscopias con bajo riesgo hemorrágico						
	Día 7 Pre	Día 5 Pre	Día de la endoscopia	Día 1 tras endoscopia	Día 4 tras endoscopia	
Clopidogrel			No suspender			

Alto riesgo cardiovascular (**) y polipectomía de pólipo sésil de base ancha > 1 cm						
	Día 7 Pre	Día 5 Pre	Día de la endoscopia	Día 1 tras endoscopia	Día 4 tras endoscopia	Día 9 tras endoscopia
Clopidogrel	Suspender	No tomar	No dar	No dar	No dar	Reiniciar

Alto riesgo cardiovascular (**) y esfínterectomía ó PAAF por ecoendoscopia (aspiración con agua)						
	Día 7 Pre	Día 5 Pre	Día de la endoscopia	Día 1 tras endoscopia	Día 4 tras endoscopia	
Clopidogrel	Suspender	No tomar	No dar	No dar	Reiniciar	

Alto riesgo cardiovascular (**) y endoscopias con alto riesgo hemorrágico (excepto las clasificadas como de riesgo muy especial)						
	Día 7 Pre	Día 5 Pre	Día de la endoscopia	Día 1 tras endoscopia	Día 4 tras endoscopia	
Clopidogrel		Suspender	No dar	Reiniciar		

Alto riesgo cardiovascular (**) y endoscopias con bajo riesgo hemorrágico						
	Día 7 Pre	Día 5 Pre	Día de la endoscopia	Día 1 tras endoscopia	Día 4 tras endoscopia	
Clopidogrel			No suspender			

(**) Para pacientes con stent coronario ver página aparte

Endoscopia en pacientes con stents coronarios y stents neurológicos

Teniendo en cuenta que conllevan un riesgo cardiovascular muy elevado actuaremos de la siguiente manera:

- Stent coronario metálico convencional: la reendotelización del stent necesita aproximadamente 6 semanas. En primer lugar intentar retrasar la endoscopia y si no se puede demorar en ese período se hará de la siguiente manera:

- o Endoscopia con bajo riesgo de sangrado: sin suspender la aspirina y el clopidogrel.

- o Endoscopia con alto riesgo de sangrado: mantener la aspirina y suspender el clopidogrel 5 días antes y reiniciar a los 5 días de la endoscopia).

Posteriormente a las 6 semanas actuar según protocolo para alto riesgo cardiovascular.

- Stent liberador de fármaco: la reendotelización necesita más tiempo y la mayoría de los pacientes reciben una combinación de aspirina y clopidogrel durante al menos 12 meses. En primer lugar intentar retrasar la endoscopia y si no se puede demorar en ese período se hará de la siguiente manera:

- o Endoscopia con bajo riesgo de sangrado: sin suspender la aspirina y el clopidogrel.

- o Endoscopia con alto riesgo de sangrado: mantener la aspirina y suspender el clopidogrel 5 días antes y reiniciar a los 5 días de la endoscopia).

Posteriormente a los 12 meses actuar según protocolo para alto riesgo cardiovascular.

En el caso de los stents carotídeos e intracraneales generalmente se mantiene la doble antiagregación durante 12 meses y seguiremos la misma pauta que para el stent coronario liberador de fármaco.

Bibliografía

Lip G. et al. Management of anticoagulation before and after elective surgery. Uptodate 2009.

Manning W.J. et al. Antithrombotic therapy to prevent embolization in nonvascular atrial fibrillation. Uptodate 2009.

Eisen, GM, Baron, TH, Dominitz, JA, et al. Guideline on the management of anticoagulation and antiplatelet therapy for endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc* 2002; 55:775-779.

Carter J.E et al. Anticoagulant, antiplatelet, and fibrinolytic (thrombolytic) therapy in patients at high risk for ocular hemorrhage. Uptodate 2009.

Carrozza J.P. et al. Complications of diagnostic cardiac catheterization. Uptodate 2009.

Jack Hirsh; Kenneth A. Bauer; Maria B. Donati; Michael Gould; Meyer M. Samama; Jeffrey I. Weitz. Parenteral Anticoagulants: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines 141S

Jack Ansell; Jack Hirsh; Elaine Hylek; Alan Jacobson; Mark Crowther; Gualtiero Palareti. Pharmacology and Management of the Vitamin K Antagonists: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines 160S

Carlo Patrono; Colin Baigent; Jack Hirsh; and Gerald Roth. Antiplatelet Drugs: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines 199S

Jeffrey I. Weitz; Jack Hirsh; Meyer M. Samama. New Antithrombotic Drugs: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines 234S

Sam Schulman; Rebecca J. Beyth; Clive Kearon; Mark N. Levine. Hemorrhagic Complications of Anticoagulant and Thrombolytic Treatment: American College of Chest Physicians. Evidence-Based Clinical Practice Guidelines 257S

James D. Douketis; Peter B. Berger; Andrew S. Dunn; Amir K. Jaffer; Alex C. Spyropoulos; Richard C. Becker; Jack Ansell. The Perioperative Management of Antithrombotic Therapy: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines 299S

Muluk V. et al. Perioperative medication management. Uptodate 2009.

HOSPITAL DONOSTIA

PAUTA DE PROFILAXIS ANTICOAGULANTE PARA LOS DÍAS PREVIOS A UNA ENDOSCOPIA

(Para pacientes de más de 50 Kg de peso)

BAJO RIESGO DE TROMBOSIS Y ENDOSCOPIA CON ALTO RIESGO HEMORRÁGICO

Nombre: _____

Motivo de anticoagulación: _____

Peso: _____

Tipo de procedimiento: _____

Deberá seguir la siguiente PAUTA:

- TRES días antes de la endoscopia: Usted deberá SUSPENDER el Sintrom
(Por ejemplo si a usted le hacen la endoscopia el jueves, el lunes dejará de tomar el Sintrom).
- DOS días antes de la endoscopia:
 - o Se pondrá una inyección de CLEXANE 40 mg subcutáneo por la mañana.
 - o Se tomará una sola ampolla de KONAKION Pediátrico oral
- UN día antes de la endoscopia: Se pondrá una inyección de CLEXANE 40 mg subcutáneo por la mañana.
- El Día de la endoscopia y posteriores sólo se pondrá la medicación que le indiquen en ese momento.

San Sebastián, a _____

Firma: _____

HOSPITAL DONOSTIA

PAUTA DE PROFILAXIS ANTICOAGULANTE PARA LOS DÍAS PREVIOS A UNA ENDOSCOPIA

ALTO RIESGO DE TROMBOSIS Y ENDOSCOPIA CON ALTO RIESGO HEMORRÁGICO

Nombre:

Motivo de anticoagulación: _____

Peso:

Tipo de procedimiento: _____

Deberá seguir la siguiente PAUTA:

- TRES días antes de la endoscopia: Usted deberá SUSPENDER el Sintrom
(Por ejemplo si a usted le hacen la endoscopia el jueves, el lunes dejará de tomar el Sintrom).
- DOS días antes de la endoscopia:
 - o Se pondrá dos inyecciones de CLEXANE de mg subcutáneo : una por la mañana hacia las 8:00 horas y otra hacia las 20:00 horas.
 - o Se tomará una sola ampolla de KONAKION Pediátrico oral
- UN día antes de la endoscopia: Se pondrá una inyección de CLEXANE demg subcutáneo por la mañana hacia las 8:00 horas.
- El Día de la endoscopia y posteriores sólo se pondrá la medicación que le indiquen en ese momento.

San Sebastián, a _____

Firma:

HOSPITAL DONOSTIA

PAUTA DE PROFILAXIS ANTICOAGULANTE PARA LOS DÍAS POSTERIORES A UNA ENDOSCOPIA

(Para pacientes de más de 50 Kg de peso)

BAJO RIESGO DE TROMBOSIS Y ENDOSCOPIA CON ALTO RIESGO HEMORRÁGICO (Incluidas las de riesgo especial)

Nombre: _____

Motivo de anticoagulación: _____

Peso: _____

Tipo de procedimiento: _____

Deberá seguir la siguiente PAUTA:

- Empezar a tomar Sintrom el día:
 - o Se pondrá una inyección de CLEXANE 40 mg subcutáneo por la noche hacia las 20:00 horas los días:
- Acudirá a su centro de salud para control con análisis el día:
- Posteriormente seguir la pauta que le vayan indicando en su centro de salud.

San Sebastián, a _____

Firma: _____

HOSPITAL DONOSTIA

PAUTA DE PROFILAXIS ANTICOAGULANTE PARA LOS DÍAS POSTERIORES A UNA ENDOSCOPIA

(Para pacientes de más de 50 Kg de peso)

ALTO RIESGO DE TROMBOSIS Y ENDOSCOPIA CON ALTO RIESGO HEMORRÁGICO (Excepto las de riesgo especial)

Nombre: _____

Motivo de anticoagulación: _____

Peso: _____

Tipo de procedimiento: _____

Deberá seguir la siguiente PAUTA:

- Empezar a tomar Sintrom el día:
- Se pondrá una inyección de:
 - o CLEXANE 40 mg subcutáneo por la noche hacia las 20:00 horas los días:
 - o Se pondrá dos inyecciones de CLEXANE de mg subcutáneo : una por la mañana hacia las 8:00 horas y otra hacia las 20:00 horas los días:
- Acudirá a su centro de salud para control con análisis el día:
- Posteriormente seguir la pauta que le vayan indicando en su centro de salud.

San Sebastián, a _____

Firma: _____

HOSPITAL DONOSTIA

PAUTA DE PROFILAXIS ANTICOAGULANTE PARA LOS DÍAS POSTERIORES A UNA ENDOSCOPIA

(Para pacientes de más de 50 Kg de peso)

ALTO RIESGO DE TROMBOSIS Y ENDOSCOPIA CON ALTO RIESGO HEMORRAGICO (Riesgo especial)

Nombre:

Motivo de anticoagulación: _____

Peso:

Tipo de procedimiento: _____

Deberá seguir la siguiente PAUTA:

- Empezar a tomar Sintrom el día:
- Se pondrá una inyección de CLEXANE 40 mg subcutáneo por la noche hacia las 20:00 horas los días:
- Acudirá a su centro de salud para control con análisis el día:
- Posteriormente seguir la pauta que le vayan indicando en su centro de salud.

San Sebastián, a _____

Firma:

HOSPITAL DONOSTIA

PAUTA DE TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE PARA LOS DÍAS PREVIOS A UNA ENDOSCOPIA

Nombre:

Motivo de antiagregación: _____

Medicación antiagregante que toma: _____

Tipo de procedimiento:

Deberá seguir la siguiente PAUTA:

- Suspender el medicamento _____ ____ días antes de la endoscopia
- Suspender el medicamento _____ ____ días antes de la endoscopia
- No suspender el medicamento _____
- El Día de la endoscopia y posteriores sólo se pondrá la medicación que le indiquen en ese momento.

San Sebastián, a _____

Firma:

