

Bibliografía

1. Baño-Egea JJ, Leal-Hernández M, Sánchez-Marín FJ, Serrano-Navarro A, Ruiz-Merino G, Serna-Mármol JP. Impacto de curso on-line sobre el grado de conocimiento del programa OMI-AP para médicos. *Semergen*. 2012;38:145–50.
2. Lobos Bejarano JM, Polo García J, Vargas Ortega D. El médico de familia ante las barreras en la prescripción de los nuevos anticoagulantes orales: heterogeneidad, inequidad y confusión. Posicionamiento de las Sociedades Científicas de Atención Primaria en España Sociedad Española de Cardiología. *Semergen*. 2014;40:1–3.
3. Ortega-Marlasca MM. Anotación sobre coste-eficacia real y diaria. *Semergen*. 2014;40:115.
4. Magro PR. Expectativas y satisfacción de los usuarios de Atención Primaria. *Semergen*. 1998;24:711–8.
5. Informe de la OMS. Health Care Systems in Transition, Spain. European Observatory on Health Care Systems. WHO regional Office for Europa. 2000. AMS5012667(SPA)tagert19.2000.
6. De Pablo González R. La necesidad de recuperar la calidad asistencial y la dignidad del profesional en la Atención Primaria de salud. *Semergen*. 2003;29:14–6.
7. Villanueva A, Nebot C, Galán A, Gómez G. Puntos de vista de pacientes, ciudadanos, profesionales y directivos sobre cómo llevar a la práctica una atención sanitaria centrada en el paciente. *Rev Calid Asist*. 2006;21:199–206.
8. Mancera J, Bellón JA, Manzanera X, Troyano C. Mesa redonda: El médico como gestor de su consulta. *Semergen*. 2004;30 Supl. 1:17–24.
9. Luque-Mellado FJ, Gili-Ribes M, Berenguer-Gascón R, Martos-Molines FJ, Oriach-Alonso S, Quesada-Couceiro X, et al. Mejora de la gestión de la demanda en un equipo de Atención Primaria. *Semergen*. 2010;36:243–52.

A. Piñana López^{a,*}, C. Alonso García^a, R. Luquín Martínez^a y J.A. Piñana López^b

^a Servicio Murciano de Salud, Centro de Salud Cartagena-Oeste, Cartagena, Murcia, España

^b Facultad de Ciencias Económicas y de la Empresa, Universidad de Murcia, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alfonsopl@gmail.com

(A. Piñana López).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.02.008>

Hemorragia tardía grave durante la terapia puente poscirugía abdominal en pacientes ancianos



Severe delayed bleeding during bridging therapy after abdominal surgery in the elderly

Sr. Editor:

El manejo de los pacientes anticoagulados que deben enfrentarse a una cirugía abdominal con riesgo hemorrágico alto o moderado ha cambiado en los últimos años. La administración ambulatoria de las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) unido a la facilidad de su manejo y a la seguridad del mismo ha facilitado la proliferación de su uso en protocolos de terapia puente tras interrumpir los anticoagulantes orales debido a un procedimiento invasivo¹⁻⁵. Sin embargo, aun siguiendo los estándares aconsejados por los expertos, existen episodios de sangrado grave tardíos que pueden poner en peligro la vida de los pacientes⁶. El manejo de las HBPM en los pacientes de edad avanzada tras cirugía abdominal supone un reto. En esta población se debe tener en cuenta que el efecto de estas heparinas se ve incrementado al tener menos masa muscular^{7,8}, padecer cierto grado de insuficiencia renal con valores límite de creatinina en orina⁸ y otros factores como terapia con antiagregantes, hepatopatía⁹, etc.

Desde el punto de vista quirúrgico, siempre nos enfrentamos al mismo dilema. Los cardiólogos o médicos responsables apuestan por protocolos agresivos para evitar

episodios de tromboembolismo en los ancianos anticoagulados y los cirujanos tratamos de sortear el temible sangrado. De nada sirve una hemostasia cuidadosa durante la intervención si posteriormente el paciente sangra al reintroducir las dosis anticoagulantes de HBPM. Además, la monitorización de la actividad del factor anti-Xa tiene unos resultados controvertidos en la terapia puente¹⁰.

A continuación presentamos 2 casos de pacientes con edad avanzada que tuvieron sangrados graves durante la terapia puente poscirugía abdominal.

Caso 1

Varón de 82 años con hipertensión arterial (HTA) y peso de 80 kg, que había tenido varios episodios de colecistitis aguda y presentó un episodio de fibrilación auricular (FA) con insuficiencia cardiaca el día previo a una colecistectomía programada. La intervención fue suspendida y se comenzó con bemparina 7.500 UI/día durante 2 días para reducir a 3.500 UI/día durante los 3 días antes de la colecistectomía abierta. En la operación se objetivó un sangrado leve en el lecho hepático que fue controlado. Posteriormente se introdujo la HBPM a dosis profiláctica (3.500 UI/día) sin observar anemia clínica o analítica. En el 8.º día posquirúrgico se reinició la dosis terapéutica de HBPM (7.500 UI/día) previo al alta y el paciente tuvo una hemorragia masiva durante la noche que causó su fallecimiento.

Caso 2

Mujer de 78 años con mastectomía, prótesis mitral mecánica, hipotiroidismo, hepatopatía no filiada, insuficiencia

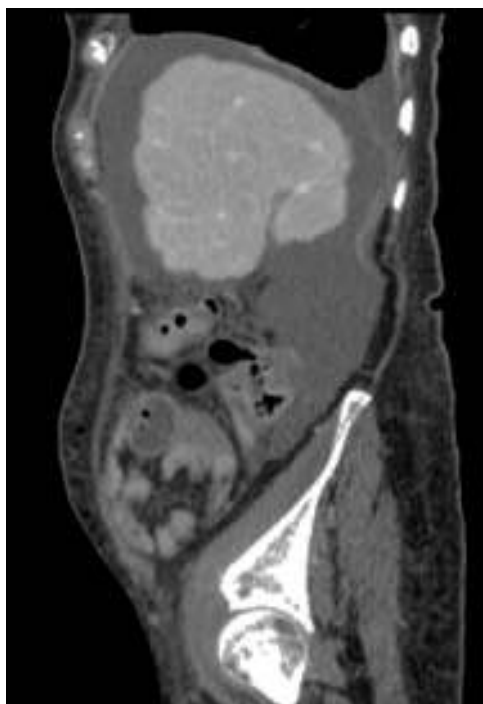


Figura 1 TC abdominal donde se aprecian irregularidades en la superficie hepática y hemoperitoneo importante en el 7.º día del postoperatorio de la paciente del caso 2.

tricuspídea, FA crónica en tratamiento con digoxina y acenocumarol, que precisó una resección anterior baja tras diagnosticarse un adenocarcinoma en la unión rectosigmoidea. En la analítica preoperatoria destacaba una creatinina de 1 mg/dl. Las transaminasas eran normales y la bilirrubina de 1,2 mg/dl. En el hemograma se observaba anemia microcítica con hemoglobina: 10,2 g/dl. La paciente fue intervenida con los parámetros de hemostasia correctos y no presentó sangrado intraoperatorio. Durante la operación se observó una cirrosis avanzada sin ascitis ni circulación colateral significativa en el territorio esplácnico. El catéter epidural y el drenaje fueron retirados antes de las 48 h poscirugía y se reiniciaron dosis terapéuticas de enoxaparina al 4.º día de la intervención (1 mg/kg peso/12 h). La paciente fue dada de alta al 6.º día postoperatorio tras una recuperación extraordinaria con reanudación del tránsito intestinal y buena tolerancia a la dieta blanda. Al día siguiente, acudió a urgencias del hospital por la noche tras presentar dolor abdominal agudo. Se realizó un TC abdominal, observando un gran hematoma (fig. 1) y la paciente fue intervenida de madrugada, evacuando 2.000 cc de sangre. Posteriormente, la enferma presentó buena evolución y fue tratada satisfactoriamente con HBPM a bajas dosis (<1 mg/kg peso/día) hasta reanudar de nuevo la anticoagulación oral.

En ambos casos estaba indicada la anticoagulación por el elevado riesgo tromboembólico, que fue sustituida por una terapia puente temporal durante el periodo perioperatorio.

En el caso 1 (FA de reciente instauración con episodio de insuficiencia cardíaca, HTA, edad > 75 años) la puntuación del CHADS2 (tabla 1) sería de 3 sobre 6 y, por lo tanto, estaría indicada la anticoagulación¹. El caso 2, el alto riesgo tromboembólico resulta todavía más evidente al ser una paciente con una válvula mitral metálica y FA crónica.

Tabla 1 Riesgo tromboembólico según la clasificación de CHADS2

Enfermedades	Puntos
Insuficiencia cardíaca congestiva	1
Hipertensión arterial	1
Edad superior a 75 años	1
Diabetes mellitus	1
Accidente cerebrovascular	2
CHADS2 = 0, riesgo bajo; CHADS2 = 1-2, riesgo moderado; CHADS2 > 2, riesgo alto.	

La evaluación del riesgo hemorrágico es más complicada en estos pacientes. Teniendo en cuenta el tipo de intervención, el paciente 1 tendría un riesgo de sangrado moderado, pero por desgracia, las hemorragias en los lecho de colestectomía son a veces importantes. Al fin y al cabo, la superficie hepática queda desnuda y el hígado está muy bien vascularizado.

El caso 2, muchos autores lo considerarían de alto riesgo hemorrágico, al actuar sobre el recto en la pelvis, pero hoy en día se minimiza mucho el sangrado intraoperatorio y es raro que exceda de los 500 ml, por lo tanto se podría considerar moderado el riesgo de sangrado.

En las operaciones abdominales de ancianos anticoagulados se ha de prestar mucha atención no solo al sangrado intraoperatorio sino al esquema de reinicio de la anticoagulación en pacientes de elevado riesgo tromboembólico. En nuestra experiencia y en la de los hematólogos de nuestro centro, los episodios de sangrado grave posquirúrgico son mucho más frecuentes que los de tromboembolismo en los pacientes anticoagulados de edad avanzada a pesar de seguir las guías de consenso al respecto. El seguimiento individualizado, junto con la utilización de dosis subterapéuticas de HBPM durante más tiempo en el periodo puente hasta reanudar la anticoagulación oral pueden ayudar a disminuir esta grave complicación.

Bibliografía

1. Douketis JD, Spyropoulos AC, Spencer FA, Mayr M, Jaffer AK, Eckman MH, et al. American College of Chest Physicians. Perioperative management of antithrombotic therapy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2012;141:e326S-50S.
2. Alvarado IM. Tendencias actuales en el manejo preoperatorio de pacientes anticoagulados con warfarina. *Rev Colomb Anestesiol*. 2012;40:52-9.
3. Kovacs MJ, Kearon C, Rodger M, Anderson DR, Turpie AGG, Bates SM, et al. Single-arm study of bridging therapy with low-molecular-weight heparin for patients at risk of arterial embolism who require temporary interruption of warfarin. *Circulation*. 2004;110:1658-63.
4. Malato A, Saccullo G, Lo Coco L, Caramazza D, Abbene I, Pizzo G, et al. Patients requiring interruption of long-term oral anticoagulant therapy: The use of fixed sub-therapeutic doses of low-molecular-weight heparin. *J Thromb Haemost*. 2009;8:107-13.
5. Santamaría A, Ugarriza A, Muñoz C, de Diego I, López-Chulia F, Benet C, et al. Bemiparina frente a heparina no fraccionada como terapia puente en el manejo perioperatorio de pacientes

- tratados con antagonistas de la vitamina K: estudio BERTA. Clin Drug Investig. 2013;33:921–8.
6. Klamroth R, Gottstein S, Essers E, Landgraf H. Bridging with enoxaparin using a half-therapeutic dose regimen: Safety and efficacy. Vasa. 2010;39:243–8.
 7. Clark NP. Low-molecular-weight heparin use in the obese, elderly, and in renal insufficiency. Thromb Res. 2008;123 Suppl 1:S58–61.
 8. Robert-Hebadi H, Righini M. Anticoagulation in the elderly. Pharmaceuticals. 2010;3:3543–69.
 9. Bechmann LP, Sichau M, Wichert M, Gerken G, Kröger K, Hilgard P. Low-molecular-weight heparin in patients with advanced cirrhosis. Liver Int. 2010;31:75–82.
 10. Hammerstingl C, Omeran H, Tripp C, Poetzsch B. How useful is determination of anti-factor Xa activity to guide bridging therapy with enoxaparin? A pilot study. Thromb Haemost. 2009;101:325–32.
- J. de Tomás*, M. Cuadrado, L. Zaráin
y A. Sánchez
- Servicio de Cirugía General II, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*
- * Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jdetomaspal@hotmail.com
(J. de Tomás).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.01.014>