

Protocolo

MANEJO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE O ANTIGREGANTE QUE VAN A SER SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Hospital Donostia

44

MANEJO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE O ANTIGREGANTE QUE VAN A SER SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

AUTORES

- Dr. José Ramón Furundarena Salsamendi, Servicio de Hematología y Hemoterapia
- Dra. Luisa Toran García, Servicio de Anestesia
- Dra Pilar Plou García, Servicio de Anestesia
- Dr. Gonzalo Vivanco Martínez, Servicio de Cardiología
- Dr. Alberto Izagirre Yarza, Servicio de Cardiología
- Dra. Ana M^a de Arce Borda , Servicio de Neurología
- Dra. Maite Martínez Zabaleta, Servicio de Neurología
- Dra. Arantxa Lekuona Artola, Servicio de Ginecología y Obstetricia
- Dra. Inmaculada Ruiz Montesinos, Servicio de Cirugía General
- Dr. Enrique Moreno Zuriarrain, Servicio de Traumatología
- Dr. Enrique Artozqui Morras, Servicio de Urología
- Dr. Xabier Altuna Mariezkurrena, Servicio de ORL
- Dr. Francisco Javier Martín Rodríguez, Servicio de Cirugía maxilofacial
- Dr. Jon Zabaleta Jimenez, Servicio de Cirugía Torácica
- Dr. Enrique Urculo Bareño, Servicio de Neurocirugía
- Dr. Roberto Goikoetxea Garmendia, Servicio de Cirugía Vascular
- Dr. Alfredo Martinez Florez, Servicio de Cirugía Plástica
- Dr. Miguel Ruiz Miguel, Servicio de Oftalmología
- Dra. Teresa Paraíso Plana, Servicio de Oftalmología

Fecha de aprobación: 15/4/2011

Komunikazio Unitatea / Unidad de Comunicación

DONOSTIA OSPITALEA / HOSPITAL DONOSTIA

Depósito Legal: SS-921-2011

**MANEJO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO
ANTICOAGULANTE O ANTIGREGANTE QUE VAN A SER
SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS**

SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

ANTICOAGULANTE O ANTIGREGANTE QUE VAN A SER

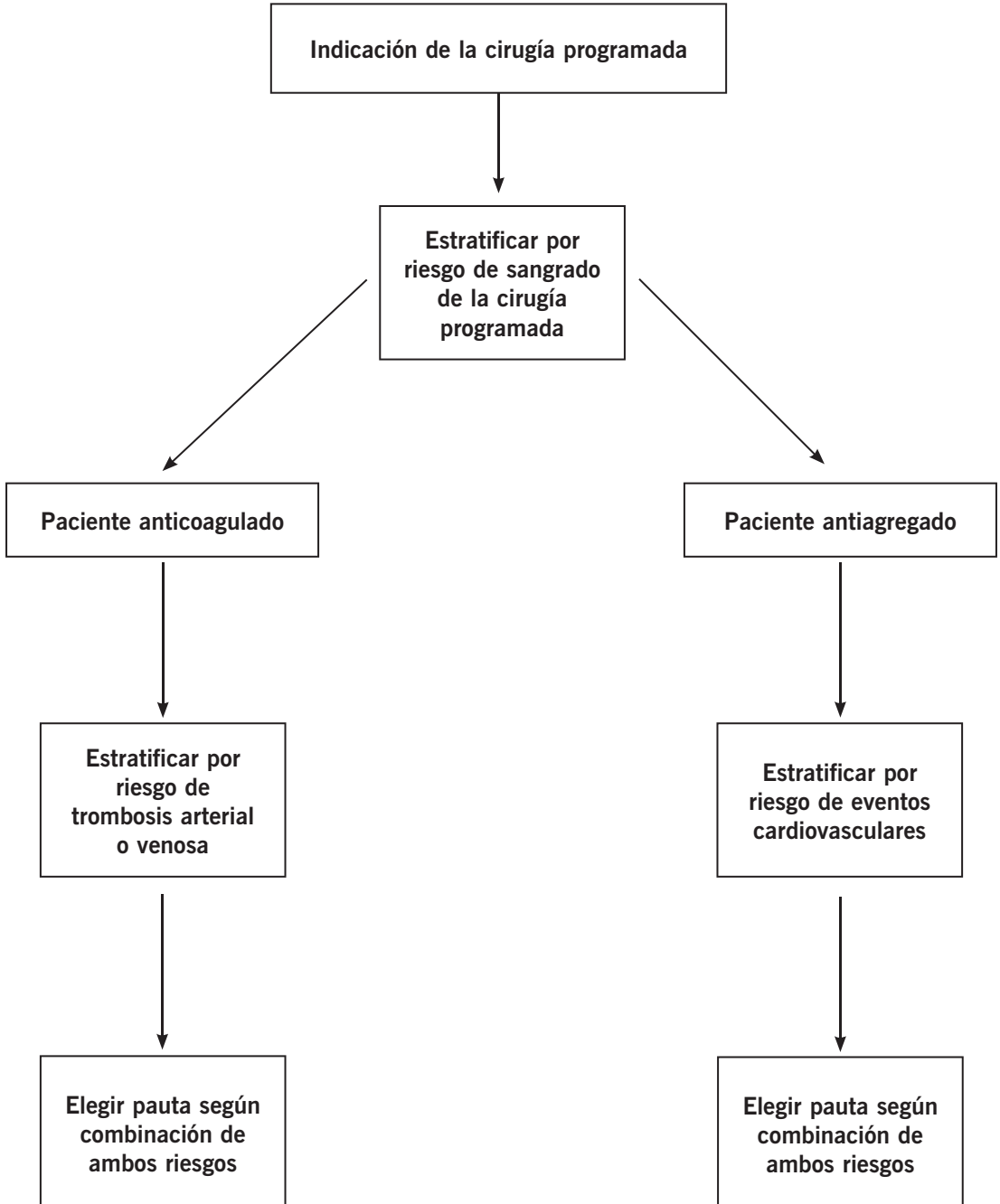
MANEJO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO



Indice

- Protocolo de manejo para el Hospital Donostia
 - o Esquema de la valoración necesaria
 - o Estratificación de pacientes según riesgo de complicaciones hemorrágicas en el perioperatorio
 - o Pacientes anticoagulados. Estratificación según riesgo de complicaciones tromboembólicas arteriales o venosas
 - o Pautas de manejo de los pacientes anticoagulados con inhibidores de la vitamina K que van a ser sometidos a procedimientos quirúrgicos
 - o Pautas de manejo de los pacientes anticoagulados con los nuevos anticoagulantes orales que van a ser sometidos a procedimientos quirúrgicos
 - o Pacientes antiagregados. Estratificación según riesgo de eventos cardiovasculares
 - o Pautas de manejo de los pacientes antiagregados que van a ser sometidos a procedimientos quirúrgicos
 - Procedimientos quirúrgicos en pacientes con stents coronarios
 - o Pautas de manejo para la anestesia neuraxial
- Anexos: documentos para entregar al paciente:
 - o Pautas de profilaxis anticoagulante preoperatoria - sintrom
 - o Pautas de profilaxis anticoagulante postoperatoria - sintrom
 - o Pautas de profilaxis anticoagulante preoperatoria – dabigatrán y rivaroxaban
 - o Pautas de profilaxis anticoagulante postoperatoria – dabigatrán y rivaroxaban
 - o Pauta de profilaxis antiagregante para los días previos y posteriores a una cirugía



**PROTOCOLO DE MANEJO PARA EL HOSPITAL DONOSTIA****Esquema de la valoración necesaria**



Estratificación de pacientes

Estratificación de pacientes según riesgo de complicaciones hemorrágicas en el perioperatorio

Se ha diseñado una tabla con las aportaciones de todos los servicios quirúrgicos. Se han tenido en cuenta estos criterios generales:

- Bajo riesgo: cirugías que permiten una adecuada hemostasia, un posible sangrado no supone un riesgo vital para el paciente ni compromete el resultado de la cirugía y no requiere transfusión.
- Riesgo intermedio: si la hemostasia quirúrgica puede ser difícil.
- Alto riesgo: la hemorragia puede comprometer la vida del paciente o el resultado de la cirugía.

Cirugía General	Alto Riesgo	Riesgo intermedio	Bajo Riesgo
	<ul style="list-style-type: none">• Esofagectomía• Gastrectomía• Procedimientos oncológicos mayores / resecciones multiviscerales, peritronectomías, exenteraciones...• Colectomías radicales• Proctectomías (RAB, AAP)• Cirugía de la Enfermedad intestinal inflamatoria• Tiroides: cáncer, bocio, nódulo tiroideo• Paratiroides: primario, secundario• Procedimientos oncológicos mayores (resecciones hepáticas, pancreatectomías)• Cirróticos (hepatectomías, colecistectomías)• Cirugía de la pancreatitis severa• Cirugía de la Hipertensión portal	<ul style="list-style-type: none">• By-pass gástrico• Esplenectomía• Suprarrenal• Quiste tirogloso• Adenopatías cervicales• Eventraciones mayores• Cirugía del suelo pélvico no combinado (prolapso rectal, rectocele, SDO, etc)• Fístulas rectovaginales o uretrales (requieren empleo de colgajos, etc)• Cierre de estoma• Colecistectomía laparoscópica/abierta• Resecciones de la vía biliar• Derivaciones bilio-digestivas• Radiofrecuencia por TAC/ECO• TEO (Resección transanal)• Achalasia• Funduplicatura de Nissen• Gastrectomía tubular• Hernia paraesofágica	<ul style="list-style-type: none">• Divertículo Zenker• Cirugía de la pared abdominal simple• Patología anal no-ambulatoria: Fisura, fistulotomías, hemorroides, sinus pilonidal, hidrosadenitis• Creación simple de un estoma• Cirugía menor (verruugas, lipomas,...)
Neurocirugía	Cirugía del sistema nervioso central		



Traumatología	<p>Cirugía de deformidades del raquis: escoliosis, cifosis.</p> <p>Cirugía oncológica: sarcomas, metástasis.</p> <p>Recambios protésicos: cadera, rodilla.</p> <p>Fractura de pelvis.</p>	<p>Cirugía protésica primaria: cadera, rodilla, hombro...</p> <p>Fractura de huesos largos: fémur, húmero.</p> <p>Pseudoartrosis de huesos largos.</p> <p>Cirugía de raquis instrumentada (no incluye laminectomías, hernias de disco...).</p>	<p>Cirugías no incluidas en los otros grupos.</p>
Cirugía Cardiovascular	<p>Cirugía abierta de Aneurismas</p> <p>By-pass perifericos</p>	<p>Cirugía carotídea</p> <p>Varices</p> <p>Amputaciones mayores</p>	<p>Fistulas A-V</p> <p>Cirugía Endovascular</p> <p>Amputaciones menores</p>
Urología	<p>Nefrectomía parcial</p> <p>Nefrectomía radical</p> <p>Nefrectomía simple</p> <p>Nefrolitotomía percutánea</p> <p>Biopsia renal</p> <p>Cistectomía</p> <p>Prostatectomía radical</p> <p>Adenomectomía de próstata</p> <p>RTU próstata</p> <p>RTU vesical</p>	<p>Litotricia extracorpórea</p> <p>Pieloplastia</p> <p>Nefrostomía</p> <p>Endopielotomía</p> <p>Cirugía del uréter</p> <p>Diverticulectomía vesical</p> <p>Cistoplastia</p> <p>Biopsia de próstata</p> <p>Uretroplastia</p> <p>Corrección cistocele con malla</p>	<p>Uretropexia TOT</p> <p>Ureterorenoscopia</p> <p>Cateterismo ureteral</p> <p>Uretrotomía</p> <p>Cistoscopia</p> <p>Varicocelecomía</p> <p>Hidrocelecomía</p> <p>Orquidectomía</p> <p>Orquidopexia</p> <p>Biopsia testicular</p> <p>Torsión testicular</p> <p>Epididimectomía</p> <p>Vasectomía</p> <p>Vasovasostomía</p> <p>Circuncisión</p> <p>Cirugía cuerpo cavernoso</p> <p>Cirugía escrotal</p> <p>Neuromodulación</p> <p>Inyección toxina botulínica intravesical</p>
Cirugía Plástica	<p>Cirugía de colgajos libres y pediculados</p>	<p>Reducciones mamarias</p> <p>Reconstrucción mamaria</p> <p>Abdominoplastias</p> <p>Cirugía oncológica facial</p>	<p>Extirpaciones cutáneas</p>
Cirugía Torácica	<p>Toracotomía en pacientes con paquipleuritis o adherencias pleurales masivas.</p> <p>Toracotomía para decorticación pulmonar.</p> <p>Retoracotomías diferidas.</p> <p>Toracotomía para resección pulmonar por bronquiectasias, secuestro pulmonar, aspergiloma o tumor carcinoide.</p> <p>Tratamiento quimioterápico y/o radioterápico previo.</p> <p>Pleurectomía.</p>	<p>Toracotomía en pacientes con lesiones inflamatorias crónicas en la superficie del parénquima pulmonar.</p> <p>Toracotomía para resección pulmonar reglada (lobectomía, neumonectomía).</p> <p>Tumores de pared torácica.</p> <p>Tumores mediastínicos.</p> <p>Cirugía del diafragma.</p> <p>Cirugía del pectus.</p> <p>Cirugía traqueal.</p>	<p>Videotoracosopia (neumotórax, simpatectomía, biopsia pulmonar).</p> <p>Toracostomía abierta (empiema).</p> <p>Mediastinotomía.</p> <p>Toracotomía axilar diagnóstica.</p> <p>Toracosopia.</p> <p>Mediastinoscopia.</p> <p>Videomediastinoscopia.</p>



Ginecología		Histerectomías complejas	
Cirugía Maxilo-facial	<p>Cirugía oncológica mayor:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tumores malignos de cavidad oral que implican disecciones cervicales y procedimientos reconstructivos mayores.• Tumores de maxilar superior –senos paranasales, aunque no conlleven disecciones cervicales, por la dificultad de acceso para la hemostasia en caso de hemorragia. <p>Procedimientos reconstructivos que impliquen colgajos microvascularizados.</p>	<p>Cirugía oncológica de cavidad oral:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tumores de cavidad oral sin disección cervical. (P ej: ca. Lengua) <p>Osteotomías faciales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Osteotomías maxilares tipo Lefort.• Osteotomías mandibulares.	<p>Cirugía oral:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cordales, Quistes, Dientes incluidos, Exodoncias... <p>Cirugía de glándulas salivares:</p> <ul style="list-style-type: none">• Parotidectomías• Submaxilectomías <p>Traumatología facial</p> <p>Cirugía ATM</p> <p>Cirugía cutánea con procedimientos reconstructivos locales</p>
ORL	<ul style="list-style-type: none">• Cx. Oncológica• Neuro-otología / Base de cráneo• Cerca vía aérea• Cirugía de oído• CENS• Fonocirugía: -lesión intracardal	<ul style="list-style-type: none">• Cirugía nasal no endoscópica (↓TA)• Fonocirugía: -lesión de borde• Colgajos• Algunas Cx. Oído: -no reconstructiva, DSE	<ul style="list-style-type: none">• Lesiones cutáneas• Lesiones alejadas de vía aérea
Oftalmología	<ul style="list-style-type: none">• Cirugía realizada con bloqueo RETROBULBAR• Vitrectomía• Ptosis parpebral• Dacrio con válvula de Amed• Trabeculectomías	<ul style="list-style-type: none">• Cirugía de párpados (*)• Dacrios con laser (*)• Trabeculectomías no perforante (*)	<ul style="list-style-type: none">• Cataratas (ver pautas específicas)
Endoscopia aparato digestivo	Ver protocolo específico endoscopias en otro documento		

En procedimientos como extracción dentaria, biopsia cutánea y cataratas... no hace falta suspender el tratamiento anticoagulante.

(*) Estas intervenciones se han considerado como de riesgo intermedio pero no hace falta suspender la aspirina. El clopidogrel se suspenderá como en el resto de cirugías de riesgo intermedio.



Pacientes anticoagulados

Estratificación 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. • Prótesis valvular y embolia arterial. • Ictus isquémico ó isquemia cerebral transitoria de origen cardioembólico. • Ictus isquémico de origen atero-trombótico. • Ictus por disección arterial. • Infarto lacunar recurrente. • Fibrilación auricular y score CHADS2 (*) de 3-6. • Fibrilación auricular y embolia arterial previa. • Fibrilación auricular y enfermedad valvular reumática. 	<ul style="list-style-type: none"> • TVP/TEP reciente (< 12 meses). • Trombosis venosa cerebral reciente (< 12 meses). • Trombofilia (**). • TVP/TEP recurrente. • Cáncer activo (en tto. en los últimos 6 meses o en paliación).
Bajo riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Prótesis valvulares biológicas (excepto mitral) sin fibrilación auricular. • 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.



Pautas de manejo

Pautas de manejo de los pacientes anticoagulados con inhibidores de la vitamina K: acenocumarol (sin-trom) y warfarina (aldocumar) que van a ser sometidos a procedimientos quirúrgicos

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

Manejo del tratamiento anticoagulante en odontología, cirugía menor de piel y cataratas

Las intervenciones a las que nos referimos serían las siguientes:

- Odontología: extracciones dentarias y procedimientos de ortodoncia.
- Piel: extirpación de pequeños tumores cutáneos.
- Oftalmología: cataratas.

El manejo aconsejado sería el siguiente:

- No suspender el tratamiento anticoagulante.
- En odontología se aconsejan enjuagues con un antifibrinolítico como el ácido tranexámico o ácido aminocaproico 4 veces al día durante al menos dos días.

Manejo en el resto de pacientes

Todos los médicos que tratan al paciente deben conocer el riesgo hemorrágico y trombótico para estar alertas.

Debemos retrasar las intervenciones que no comprometan el riesgo vital del paciente hasta que llegue a un riesgo aceptable.

En casos extremos de alto riesgo trombótico y alto riesgo hemorrágico en una intervención indemorable: decisión consensuada.

El equipo quirúrgico debe realizar una hemostasia cuidadosa y tener a su alcance todos los medios hemostáticos posibles y razonables.

Se activarán todos los medios diagnósticos y terapéuticos ante el caso de resangrado.

En las tablas siguientes se expone el manejo del resto de pacientes según la combinación del riesgo trombótico y hemorrágico.

Pautas de manejo de los pacientes anticoagulados con los nuevos anticoagulantes orales que van a ser sometidos a procedimientos quirúrgicos

Como ya hemos indicado anteriormente la experiencia con estos fármacos aún es muy limitada por lo que en la tablas siguientes damos unas pautas orientativas para el dabigatrán y el rivaroxaban.


PAUTAS PARA ACENOCUMAROL (SINTROM) Y WARFARINA (ALDOCUMAR)

Bajo riesgo de trombosis y cirugía con bajo riesgo hemorrágico			
	Preoperatorio	Día de la cirugía	Postoperatorio
Sintrom	Suspender 3 días antes (*) Konakion pediátrico: 1 ampolla oral única 2 días antes de la IQ (**)	Reiniciar por la noche si la hemostasia lo permite	Control INR a los 2-3 días y seguir nueva pauta
Enoxaparina	40 mg subcutáneo / día los 2 días anteriores a la cirugía	40 mg subcutáneo por la noche si la hemostasia lo permite	40 mg subcutáneo / día hasta nueva orden en los controles

Bajo riesgo de trombosis y cirugía riesgo hemorrágico intermedio			
	Preoperatorio	Día de la cirugía	Postoperatorio
Sintrom	Suspender 3 días antes (*) Konakion pediátrico: 1 ampolla oral única 2 días antes de la IQ. Control INR víspera de la IQ (**)	No tomar	Reiniciar el día 3 si la hemostasia lo permite. Control INR dos días después y seguir nueva pauta.
Enoxaparina	40 mg subcutáneo / día los 2 días anteriores a la cirugía	40 mg subcutáneo por la noche si la hemostasia lo permite	40 mg subcutáneo / día hasta nueva orden en los controles

Bajo riesgo de trombosis y cirugía con alto-muy alto riesgo hemorrágico			
	Preoperatorio	Día de la cirugía	Postoperatorio
Sintrom	Suspender 3 días antes (*) Konakion pediátrico: 1 ampolla oral única 2 días antes de la IQ. Control INR víspera de la IQ (**)	No tomar	Reiniciar el día 5 si la hemostasia lo permite. Control INR dos días después y seguir nueva pauta.
Enoxaparina	40 mg subcutáneo / día los 2 días anteriores a la cirugía	40 mg subcutáneo por la noche si la hemostasia lo permite	40 mg subcutáneo / día hasta nueva orden en los controles



Alto riesgo de trombosis y cirugía con bajo riesgo hemorrágico			
	Preoperatorio	Día de la cirugía	Postoperatorio
Sintrom	Suspender 3 días antes (*) Konakion pediátrico: 1 ampolla oral única 2 días antes de la IQ. Control INR víspera de la IQ (**)	Reiniciar por la noche si la hemostasia lo permite	Control INR a los 2-3 días y seguir nueva pauta
Enoxaparina	1 mg/kg subcutáneo c/12 h (2 dosis el día -2 y sólo la dosis de la mañana la víspera) (\$)	40 mg subcutáneo por la noche si la hemostasia lo permite	Desde el primer día: 1 mg/kg subcutáneo c/12 h hasta nueva orden en los controles (\$)

Alto riesgo de trombosis y cirugía riesgo hemorrágico intermedio			
	Preoperatorio	Día de la cirugía	Postoperatorio
Sintrom	Suspender 3 días antes (*) Konakion pediátrico: 1 ampolla oral única 2 días antes de la IQ. Control INR víspera de la IQ (**)	No tomar	Reiniciar el día 3 si la hemostasia lo permite. Control INR dos días después y seguir nueva pauta.
Enoxaparina	1 mg/kg subcutáneo c/12 h (2 dosis el día -2 y sólo la dosis de la mañana la víspera) (\$)	40 mg subcutáneo por la noche si la hemostasia lo permite	Primer día: 40 mg subcutáneo por la noche. A partir del día 2º: 1 mg/kg subcutáneo c/12 h hasta nueva orden en los controles (\$)

Alto riesgo de trombosis y cirugía con alto-muy alto riesgo hemorrágico			
	Preoperatorio	Día de la cirugía	Postoperatorio
Sintrom	Suspender 3 días antes (*) Konakion pediátrico: 1 ampolla oral única 2 días antes de la IQ. Control INR víspera de la IQ (**)	No tomar	Reiniciar el día 5 si la hemostasia lo permite. Control INR dos días después y seguir nueva pauta.
Enoxaparina	1 mg/kg subcutáneo c/12 h (2 dosis el día -2 y sólo la dosis de la mañana la víspera) (\$)	40 mg subcutáneo por la noche si la hemostasia lo permite	4 primeros días: 40 mg subcutáneo / día. A partir del día 5º: 1 mg/kg subcutáneo c/12 h hasta nueva orden en los controles (\$)

(*) En el caso de Alldocumar se suspenderá 5 días antes de la cirugía.

(**) Si INR > 1.5 consultar con Hematología.

(\$) Pacientes con insuficiencia renal (Creatina > 2 ó aclaramiento de creatinina < 30 ml/min) poner las dosis al 50%.


PAUTAS PARA DABIGATRAN (PRADAXA) Y RIVAROXABAN (XARELTO)

Bajo riesgo de trombosis y cirugía con bajo riesgo hemorrágico			
	Preoperatorio	Día de la cirugía	Postoperatorio
Dabigatrán o Rivaroxaban	Suspender 3 días antes (*) Control INR y APTT víspera de la IQ (**)	No dar	Reiniciar al día siguiente si la hemostasia lo permite
Enoxaparina	40 mg subcutáneo / día los 2 días anteriores a la cirugía	40 mg subcutáneo por la noche si la hemostasia lo permite	No dar

Bajo riesgo de trombosis y cirugía riesgo hemorrágico intermedio			
	Preoperatorio	Día de la cirugía	Postoperatorio
Dabigatrán o Rivaroxaban	Suspender 3 días antes (*) Control INR y APTT víspera de la IQ (**)	No dar	Reiniciar a los 3 días si la hemostasia lo permite
Enoxaparina	40 mg subcutáneo / día los 2 días anteriores a la cirugía	40 mg subcutáneo por la noche si la hemostasia lo permite	40 mg subcutáneo / día los 2 primeros días

Bajo riesgo de trombosis y cirugía con alto-muy alto riesgo hemorrágico			
	Preoperatorio	Día de la cirugía	Postoperatorio
Dabigatrán o Rivaroxaban	Suspender 3 días antes (*) Control INR y APTT víspera de la IQ (**)	No dar	Reiniciar a los 5 días si la hemostasia lo permite
Enoxaparina	40 mg subcutáneo / día los 2 días anteriores a la cirugía	40 mg subcutáneo por la noche si la hemostasia lo permite	40 mg subcutáneo / día los 4 primeros días



Alto riesgo de trombosis y cirugía con bajo riesgo hemorrágico			
	Preoperatorio	Día de la cirugía	Postoperatorio
Dabigatrán ó Rivaroxaban	Suspender 3 días antes (*) Control INR y APTT víspera de la IQ (**)	No dar	Reiniciar al día siguiente si la hemostasia lo permite
Enoxaparina	1 mg/kg subcutáneo c/12 h (2 dosis el día -2 y sólo la dosis de la mañana la víspera) (\$)	40 mg subcutáneo por la noche si la hemostasia lo permite	No dar

Alto riesgo de trombosis y cirugía riesgo hemorrágico intermedio			
	Preoperatorio	Día de la cirugía	Postoperatorio
Dabigatrán ó Rivaroxaban	Suspender 3 días antes (*) Control INR y APTT víspera de la IQ (**)	No dar	Reiniciar a los 3 días si la hemostasia lo permite
Enoxaparina	1 mg/kg subcutáneo c/12 h (2 dosis el día -2 y sólo la dosis de la mañana la víspera) (\$)	40 mg subcutáneo por la noche si la hemostasia lo permite	40 mg subcutáneo diario por la noche los 2 primeros días

Alto riesgo de trombosis y cirugía con alto-muy alto riesgo hemorrágico			
	Preoperatorio	Día de la cirugía	Postoperatorio
Dabigatrán o Rivaroxaban	Suspender 3 días antes (*) Control INR y APTT víspera de la IQ (**)	No dar	Reiniciar a los 5 días si la hemostasia lo permite
Enoxaparina	1 mg/kg subcutáneo c/12 h (2 dosis el día -2 y sólo la dosis de la mañana la víspera) (\$)	40 mg subcutáneo por la noche si la hemostasia lo permite	40 mg subcutáneo diario por la noche los 4 primeros días

(**) Si INR > 1.5 ó Ratio APTT > 1.5 consultar con Hematología.

(\$) Enoxaparina: Si Creatinina > 2 ó aclaramiento de creatinina < 30 ml/min poner las dosis al 50 %

(*) En caso de insuficiencia renal se ajustará de la siguiente manera:

Rivaroxaban: no cambia la pauta

Dabigatrán: Si aclaramiento de creatinina entre 30 y 50 ml/min suspender 1 día más en el preoperatorio

Dabigatrán: Si aclaramiento de creatinina < 30 ml/min o Creatinina > 2 suspender 2-4 días más en el preoperatorio



Pacientes antiagregados

Pacientes antiagregados. Estratificación 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 coronario liberador de fármaco colocado en los últimos 12 meses ya que la reendotelización necesita más tiempo. • Stent carotídeo o intracraneal en los 3 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 coronario liberador de fármaco colocado hace más de 12 meses • Stent carotídeo o intracraneal colocado hace más de 3 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 cualquier origen en los últimos 6 meses • Ictus de origen aterotrombótico con estenosis significativa 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 • Ictus hace más de 6 meses que no cumple condiciones previas (*) • IAM hace más de 6 meses • By-pass aorto-coronario hace más de 6 meses • By-pass periférico hace más de 6 meses

(*) Los pacientes de bajo riesgo por Ictus hace más de 6 meses serán susceptibles de manejo como alto riesgo si tuvieran una muy importante comorbilidad (2 ó más de los siguientes factores de riesgo vascular: HTA, hipercolesterolemia, tabaquismo, diabetes).



Pautas de manejo

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

En primer lugar es importante tener en cuenta unos consejos generales:

- En la gestión perioperatoria del tratamiento antiagregante es imprescindible una evaluación individualizada de cada paciente y cada procedimiento quirúrgico, una vez valorado el riesgo/beneficio en cada caso.
- Se debe siempre informar adecuadamente al paciente (y/o sus familiares) acerca de la decisión tomada y el riesgo asumido.
- Mantener el tratamiento con ácido acetil salicílico siempre que el riesgo hemorrágico ligado a la cirugía lo permita.
- En caso de suspensión antes de la intervención por riesgo hemorrágico elevado, el tiempo de interrupción se limitará al mínimo posible que garantice una hemostasia quirúrgica suficiente.
- El tratamiento con AAP se reiniciará en el postoperatorio lo antes posible una vez asegurada la hemostasia.
- Realizar siempre una anamnesis dirigida a descartar cualquier problema hemorrágico
- Independientemente de la continuación o interrupción del tratamiento antiagregante, se recomienda realizar la profilaxis tromboembólica perioperatoria adecuada al tipo de paciente y proceso quirúrgico. Recordar que el tratamiento con antiacoagulantes (heparina no fraccionada, HBPM, fondaparinux ó acenocumarol) no sustituye al tratamiento antiagregante plaquetario.
- En el paciente con alto riesgo trombótico se extremarán las medidas habituales: optimizar tratamiento médico, monitorización intraoperatoria adecuada, evitar factores de riesgo

Manejo del tratamiento antiagregante en odontología, cirugía menor de piel y cataratas

Las intervenciones a las que nos referimos serían las siguientes:

- Odontología: extracciones dentarias y procedimientos de ortodoncia.
- Piel: extirpación de pequeños tumores cutáneos.
- Oftalmología: cataratas.

El manejo aconsejado es no suspender el tratamiento antiagregante que esté tomando el paciente.

Manejo en el resto de procedimientos quirúrgicos

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 estan 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 quirúrgico (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.

ANTIAGREGANTES Y PERIOPERATORIO (Cirugía no cardiaca)

Bajo riesgo cardiovascular y cirugía con bajo riesgo hemorrágico			
	Preoperatorio	Día de la cirugía	Postoperatorio
Aspirina	No suspender (reducir a dosis mínima eficaz: 100 mg/día desde 5 días antes. Reiniciar su dosis al día siguiente de la intervención)		
Clopidogrel	No suspender		

Bajo riesgo cardiovascular y cirugía riesgo hemorrágico intermedio			
	Preoperatorio	Día de la cirugía	Postoperatorio
Aspirina	Suspender 5 días antes	No dar	Reiniciar al día siguiente
Clopidogrel	Suspender 7 días antes	No dar	Reiniciar al día siguiente



Bajo riesgo cardiovascular y cirugía con alto-muy alto riesgo hemorrágico			
	Preoperatorio	Día de la cirugía	Postoperatorio
Aspirina	Suspender 5 días antes	No dar	Reiniciar a los 4 días
Clopidogrel	Suspender 7 días antes	No dar	Reiniciar a los 4 días

Alto riesgo cardiovascular (**) y cirugía con bajo riesgo hemorrágico			
	Preoperatorio	Día de la cirugía	Postoperatorio
Aspirina	No suspender (reducir a dosis mínima eficaz: 100 mg/día desde 5 días antes. Reiniciar su dosis al día siguiente de la intervención)		
Clopidogrel	No suspender		

Alto riesgo cardiovascular (**) y cirugía riesgo hemorrágico intermedio			
	Preoperatorio	Día de la cirugía	Postoperatorio
Aspirina	Suspender 3 días antes	No dar	Reiniciar al día siguiente
Clopidogrel	Suspender 5 días antes (*)	No dar	Reiniciar al día siguiente

Alto riesgo cardiovascular (**) y cirugía con alto-muy alto riesgo hemorrágico			
	Preoperatorio	Día de la cirugía	Postoperatorio
Aspirina	Suspender 5 días antes	No dar	Reiniciar a los 2-4 días
Clopidogrel	Suspender 7 días antes	No dar	Reiniciar a los 2-4 días

(*) 7 días en caso de anestesia neuraxial

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

Cuando la vía digestiva no esté disponible se sugieren las siguientes alternativas:

- Administrar 200 mg/día de acetil-salicilato de lisina;(Inyesprin®) por vía endovenosa (Equivalente a 100 mg/día de aspirina)
- Aspirina 100 mg/día (sin cobertura entérica) por vía sublingual



Procedimientos quirúrgicos en pacientes con stents coronarios

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 cirugía y si no se puede demorar en ese período se hará de la siguiente manera:
 - o Cirugía con bajo riesgo de sangrado: sin suspender la aspirina y el clopidogrel.
 - o Cirugía con alto riesgo de sangrado: mantener la aspirina a la dosis mínima eficaz de 100 mg/día desde 5 días antes de la intervención y suspender el clopidogrel 5 días antes y reiniciar a los 2 días de la cirugía.

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

- Stent coronario 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 cirugía y si no se puede demorar en ese período se hará de la siguiente manera:
 - o Cirugía con bajo riesgo de sangrado: sin suspender la aspirina y el clopidogrel.
 - o Cirugía con alto riesgo de sangrado: mantener la aspirina a la dosis mínima eficaz de 100 mg/día desde 5 días antes de la intervención y suspender el clopidogrel 5 días antes y reiniciar a los 2 días de la cirugía.

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



Anestesia neuraxial

Pautas de manejo para la anestesia neuraxial

En cuanto a la anestesia, sobre todo para las técnicas de anestesia neuraxial, teniendo en cuenta las recomendaciones recogidas en la literatura se aprueban las siguientes pautas recogidas en la siguiente tabla en cuanto a los tratamientos anticoagulantes.

	Heparina ev	Heparinas de bajo peso molecular	Fondaparinux	Dabigatrán(*)	Rivaroxaban
Intervalo entre última dosis y la anestesia neuraxial	4 h	12 h si dosis profiláctica y 24 h si dosis terapéutica	36 h	36 h	18 h
Intervalo para reinicio tras la anestesia neuraxial no traumática	1 h	6 h	6-8 h	12 h	6 h
Intervalo para reinicio tras la anestesia neuraxial traumática	6 h	24 h	No recomendado		24 h
Intervalo para retirada catéter tras última dosis	4 h	12 h	36 h	36 h	18 h
Intervalo para reinicio fármaco tras retirada catéter	1 h	6 h	12 h	12 h	6 h

(*) En ficha técnica no recomiendan el uso de esta anestesia.

En cuanto a la anestesia neuraxial y los tratamientos antiagregantes se aprueban las pautas recogidas en la siguiente tabla.

Aspirina	No hace falta suspender
AINes	No hace falta suspender
Clopidogrel	No se recomienda esta anestesia. Suspender 7 días antes.
Ticlopidina	No se recomienda esta anestesia. Suspender 7 días antes.
Abciximab	No se recomienda esta anestesia. Suspender 24 horas antes.
Eptifibatida, Tirofiban	No se recomienda esta anestesia. Suspender 8 horas antes.

**Anexos: documentos para entregar al paciente****PROFILAXIS ANTICOAGULANTE PREOPERATORIA - SINTROM****HOSPITAL DONOSTIA**

(Para pacientes de más de 50 Kg de peso)

BAJO RIESGO DE TROMBOSIS Y CIRUGÍA CON BAJO, INTERMEDIO O ALTO RIESGO HEMORRÁGICO

Nombre:

Motivo de anticoagulación:

Peso:

Tipo de procedimiento:-----

Deberá seguir la siguiente PAUTA:

- **TRES** días antes de la intervención: Usted deberá SUSPENDER el Sintrom
(Por ejemplo si a usted le operan el jueves, el lunes dejará de tomar el Sintrom).
- **DOS** días antes de la intervención:
 - 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 intervención: Se pondrá una inyección de CLEXANE 40 mg subcutáneo por la mañana.
- **El Día de la intervención y posteriores** sólo se pondrá la medicación que le indiquen en ese momento.

Donostia a _____

Firma:

“Protocolo para el manejo de los pacientes en tratamiento anticoagulante o antiagregante que van a ser sometidos a procedimientos quirúrgicos” consensuado por los servicios de Anestesia, Hematología, Cardiología, Neurología, Ginecología, Cirugía General, Traumatología, Urología, ORL, Cirugía maxilofacial, Cirugía Torácica, Neurocirugía, Cirugía Vascular, Cirugía Plástica y Oftalmología. (15/4/2011).

**Anexos: documentos para entregar al paciente****PROFILAXIS ANTICOAGULANTE PREOPERATORIA - SINTROM****HOSPITAL DONOSTIA**

(Para pacientes de más de 50 Kg de peso)

ALTO RIESGO DE TROMBOSIS Y CIRUGÍA CON BAJO, INTERMEDIO O ALTO RIESGO HEMORRÁGICO

Nombre:

Motivo de anticoagulación:

Peso:

Tipo de procedimiento:-----

Deberá seguir la siguiente PAUTA:

- **TRES** días antes de la intervención: Usted deberá SUSPENDER el Sintrom
(Por ejemplo si a usted le operan el jueves, el lunes dejará de tomar el Sintrom).
- **DOS** días antes de la intervención:
 - 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 intervención: Se pondrá una inyección de CLEXANE demg subcutáneo por la mañana hacia las 8:00 horas.
- **El Día de la intervención y posteriores** sólo se pondrá la medicación que le indiquen en ese momento.

Donostia a _____

Firma:

“Protocolo para el manejo de los pacientes en tratamiento anticoagulante o antiagregante que van a ser sometidos a procedimientos quirúrgicos” consensuado por los servicios de Anestesia, Hematología, Cardiología, Neurología, Ginecología, Cirugía General, Traumatología, Urología, ORL, Cirugía maxilofacial, Cirugía Torácica, Neurocirugía, Cirugía Vascular, Cirugía Plástica y Oftalmología. (15/4/2011).

**Anexos: documentos para entregar al paciente****PROFILAXIS ANTICOAGULANTE POSTOPERATORIA - SINTRON****HOSPITAL DONOSTIA**

(Para pacientes de más de 50 Kg de peso)

BAJO RIESGO DE TROMBOSIS Y CIRUGÍA DE BAJO, INTERMEDIO O ALTO RIESGO HEMORRÁGICO

Nombre:

Motivo de anticoagulación:

Peso:

Tipo de procedimiento:-----

Deberá seguir la siguiente PAUTA:

- Empezar a tomar **Sintrom** (valorando riesgo sangrado) el día:
- Se pondrá una inyección de **CLEXANE** 40 mg subcutáneo por la noche hacia las 20:00 horas (valorando riesgo sangrado) 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.

Donostia a _____

Firma:

“Protocolo para el manejo de los pacientes en tratamiento anticoagulante o antiagregante que van a ser sometidos a procedimientos quirúrgicos” consensuado por los servicios de Anestesia, Hematología, Cardiología, Neurología, Ginecología, Cirugía General, Traumatología, Urología, ORL, Cirugía maxilofacial, Cirugía Torácica, Neurocirugía, Cirugía Vascular, Cirugía Plástica y Oftalmología. (15/4/2011).

**Anexos: documentos para entregar al paciente****PROFILAXIS ANTICOAGULANTE POSTOPERATORIA - SINTROM****HOSPITAL DONOSTIA**

(Para pacientes de más de 50 Kg de peso)

ALTO RIESGO DE TROMBOSIS Y BAJO RIESGO HEMORRÁGICO

Nombre:

Motivo de anticoagulación:

Peso:

Tipo de procedimiento:-----

Deberá seguir la siguiente PAUTA:

- Empezar a tomar **Sintrom** (valorando riesgo sangrado) el día de la cirugía:
- Se pondrá una inyección de (valorando riesgo sangrado):
 - o **CLEXANE** 40 mg subcutáneo por la noche hacia las 20:00 horas los días (día de la cirugía):
 - 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 (a partir de las 24 h de la cirugía):
- Control con análisis el día (2-3 días con sintrom):
- Posteriormente seguir la pauta que le vayan indicando.

Donostia a _____

Firma:

“Protocolo para el manejo de los pacientes en tratamiento anticoagulante o antiagregante que van a ser sometidos a procedimientos quirúrgicos” consensado por los servicios de Anestesia, Hematología, Cardiología, Neurología, Ginecología, Cirugía General, Traumatología, Urología, ORL, Cirugía maxilofacial, Cirugía Torácica, Neurocirugía, Cirugía Vascular, Cirugía Plástica y Oftalmología. (15/4/2011).

**Anexos: documentos para entregar al paciente****PROFILAXIS ANTICOAGULANTE POSTOPERATORIA - SINROM****HOSPITAL DONOSTIA**

(Para pacientes de más de 50 Kg de peso)

ALTO RIESGO DE TROMBOSIS E INTERMEDIO RIESGO HEMORRÁGICO

Nombre:

Motivo de anticoagulación:

Peso:

Tipo de procedimiento:-----

Deberá seguir la siguiente PAUTA:

- Empezar a tomar **Sintrom** (valorando riesgo sangrado) el tercer día tras la cirugía:
- Se pondrá una inyección de (valorando riesgo sangrado):
 - o **CLEXANE** 40 mg subcutáneo por la noche hacia las 20:00 horas los días (día de la cirugía y siguiente):
 - 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 (a partir de las 48 h de la cirugía):
- Control con análisis el día (2-3 días con sintrom):
- Posteriormente seguir la pauta que le vayan indicando.

Donostia a _____

Firma:

“Protocolo para el manejo de los pacientes en tratamiento anticoagulante o antiagregante que van a ser sometidos a procedimientos quirúrgicos” consensuado por los servicios de Anestesia, Hematología, Cardiología, Neurología, Ginecología, Cirugía General, Traumatología, Urología, ORL, Cirugía maxilofacial, Cirugía Torácica, Neurocirugía, Cirugía Vascular, Cirugía Plástica y Oftalmología. (15/4/2011).



Anexos: documentos para entregar al paciente

PROFILAXIS ANTICOAGULANTE POSTOPERATORIA - SINTROM

HOSPITAL DONOSTIA

(Para pacientes de más de 50 Kg de peso)

ALTO RIESGO DE TROMBOSIS Y ALTO RIESGO HEMORRÁGICO

Nombre:

Motivo de anticoagulación:

Peso:

Tipo de procedimiento:-----

Deberá seguir la siguiente PAUTA:

- Empezar a tomar **Sintrom** (valorando riesgo sangrado) el quinto día tras la cirugía:
- Se pondrá una inyección de (valorando riesgo sangrado):
 - o **CLEXANE** 40 mg subcutáneo por la noche hacia las 20:00 horas los días (día de la cirugía y 4 días siguientes):
 - 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 (a partir del quinto día tras la cirugía):
- Control con análisis el día (2-3 días con sintrom):
- Posteriormente seguir la pauta que le vayan indicando.

Donostia a _____

Firma:

“Protocolo para el manejo de los pacientes en tratamiento anticoagulante o antiagregante que van a ser sometidos a procedimientos quirúrgicos” consensado por los servicios de Anestesia, Hematología, Cardiología, Neurología, Ginecología, Cirugía General, Traumatología, Urología, ORL, Cirugía maxilofacial, Cirugía Torácica, Neurocirugía, Cirugía Vascular, Cirugía Plástica y Oftalmología. (15/4/2011).

**Anexos: documentos para entregar al paciente****PROFILAXIS ANTICOAGULANTE PREOPERATORIA – DABIGATRAN Y RIVAROXABAN
HOSPITAL DONOSTIA****BAJO RIESGO DE TROMBOSIS Y CIRUGÍA CON BAJO, INTERMEDIO O ALTO RIESGO HEMORRÁGICO**

Nombre:

Motivo de anticoagulación:

Peso:

Tipo de procedimiento:-----

Deberá seguir la siguiente PAUTA:

- **TRES** días antes de la intervención: Usted deberá SUSPENDER el Dabigatrán (Pradaxa) ó Rivaroxaban (Xarelto)
(Por ejemplo si a usted le operan el jueves, el lunes dejará de tomar el Dabigatrán (Pradaxa) ó Rivaroxaban (Xarelto).
- **DOS** días antes de la intervención: Se pondrá una inyección de CLEXANE 40 mg subcutáneo por la mañana.
- **UN** día antes de la intervención: Se pondrá una inyección de CLEXANE 40 mg subcutáneo por la mañana.
- **El Día de la intervención y posteriores** sólo se pondrá la medicación que le indiquen en ese momento.

Donostia a _____

Firma:

“Protocolo para el manejo de los pacientes en tratamiento anticoagulante o antiagregante que van a ser sometidos a procedimientos quirúrgicos” consensado por los servicios de Anestesia, Hematología, Cardiología, Neurología, Ginecología, Cirugía General, Traumatología, Urología, ORL, Cirugía maxilofacial, Cirugía Torácica, Neurocirugía, Cirugía Vascular, Cirugía Plástica y Oftalmología. (15/4/2011).

**Anexos: documentos para entregar al paciente****PROFILAXIS ANTICOAGULANTE PREOPERATORIA – DABIGATRAN Y RIVAROXABAN
HOSPITAL DONOSTIA****ALTO RIESGO DE TROMBOSIS Y CIRUGÍA CON BAJO, INTERMEDIO O ALTO RIESGO HEMORRÁGICO**

Nombre:

Motivo de anticoagulación:

Peso:

Tipo de procedimiento:-----

Deberá seguir la siguiente PAUTA:

- **TRES** días antes de la intervención: Usted deberá SUSPENDER el Dabigatrán (Pradaxa) ó Rivaroxaban (Xarelto)
(Por ejemplo si a usted le operan el jueves, el lunes dejará de tomar el Dabigatrán (Pradaxa) ó Rivaroxaban (Xarelto).
- **DOS** días antes de la intervención: 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.
- **UN** día antes de la intervención: Se pondrá **una inyección** de CLEXANE demg subcutáneo por la mañana hacia las 8:00 horas.
- **El Día de la intervención y posteriores** sólo se pondrá la medicación que le indiquen en ese momento.

Donostia a _____

Firma:

“Protocolo para el manejo de los pacientes en tratamiento anticoagulante o antiagregante que van a ser sometidos a procedimientos quirúrgicos” consensuado por los servicios de Anestesia, Hematología, Cardiología, Neurología, Ginecología, Cirugía General, Traumatología, Urología, ORL, Cirugía maxilofacial, Cirugía Torácica, Neurocirugía, Cirugía Vascular, Cirugía Plástica y Oftalmología. (15/4/2011).

**Anexos: documentos para entregar al paciente****PROFILAXIS ANTICOAGULANTE POSTOPERATORIA – DABIGATRAN Y RIVAROXABAN
HOSPITAL DONOSTIA**

Nombre:

Motivo de anticoagulación:

Peso:

Tipo de procedimiento:-----

Deberá seguir la siguiente PAUTA:

- Empezar a tomar Dabigatrán (Pradaxa) ó Rivaroxaban (Xarelto) (valorando riesgo sangrado) el día:
- Se pondrá una inyección de **CLEXANE** 40 mg subcutáneo por la noche hacia las 20:00 horas (valorando riesgo sangrado) los días:

Donostia a _____

Firma:

“Protocolo para el manejo de los pacientes en tratamiento anticoagulante o antiagregante que van a ser sometidos a procedimientos quirúrgicos” consensuado por los servicios de Anestesia, Hematología, Cardiología, Neurología, Ginecología, Cirugía General, Traumatología, Urología, ORL, Cirugía maxilofacial, Cirugía Torácica, Neurocirugía, Cirugía Vascular, Cirugía Plástica y Oftalmología. (15/4/2011).

**Anexos: documentos para entregar al paciente****TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE PREOPERATORIO Y POSTOPERATORIO
HOSPITAL DONOSTIA**

Nombre: _____

Motivo de antiagregación: _____

Medicación antiagregante que toma: _____

Tipo de procedimiento: _____

Deberá seguir la siguiente PAUTA:

- Suspender el medicamento _____ días antes de la intervención.
- Suspender el medicamento _____ días antes de la intervención.
- No suspender el medicamento _____
- Reiniciar el medicamento _____ días después de la intervención.
- Reiniciar el medicamento _____ días después de la intervención.

Donostia a _____

Firma: _____

“Protocolo para el manejo de los pacientes en tratamiento anticoagulante o antiagregante que van a ser sometidos a procedimientos quirúrgicos” consensuado por los servicios de Anestesia, Hematología, Cardiología, Neurología, Ginecología, Cirugía General, Traumatología, Urología, ORL, Cirugía maxilofacial, Cirugía Torácica, Neurocirugía, Cirugía Vascular, Cirugía Plástica y Oftalmología. (15/4/2011).

