



## Módulo 4



# Curso práctico de tratamiento ● ● ● anticoagulante

Manejo perioperatorio de la anticoagulación y el sangrado asociado a anticoagulantes

**Unidad 1.** Manejo del sangrado asociado a anticoagulantes

**Tema 3.** Reinicio de la anticoagulación posterior al sangrado



Pontificia Universidad  
**JAVERIANA**  
Bogotá

Educación **Continua**  
Generamos experiencias educativas



## **Unidad 1. Manejo del sangrado asociado a anticoagulantes**

### ● ● ● **Tema 3. Reinicio de la anticoagulación posterior al sangrado**

#### ● Hemorragia intracraneana

Debido a la evidencia limitada, la decisión de reinicio de los anticoagulantes, tras una hemorragia intracraneana (HIC) es un dilema clínico frecuente. No hay un consenso acerca del momento óptimo para el reinicio, sin embargo, los estudios coinciden en que hay un beneficio clínico neto para el reinicio de la anticoagulación, tras una HIC en aquellos pacientes en quienes persiste la indicación de anticoagulación<sup>10</sup>.

El mayor estudio observacional sobre el reinicio de la anticoagulación del Registro Sueco de Accidentes Cerebrovasculares (ACV) mostró que el beneficio del reinicio de la anticoagulación oral en la reducción del riesgo de muerte vascular y ACV no mortal era mayor si el tratamiento se reiniciaba entre 7 y 8 semanas después de la HIC. La Guía de Práctica Clínica de Fibrilación Auricular de la Sociedad Europea de Cardiología de 2020 hace la recomendación en el nivel IIb de que la anticoagulación oral puede reiniciarse entre 4 y 8 semanas después de la HIC, siempre que la causa de la hemorragia esté controlada.

Por otra parte, la Guía de Hemorragia Intracraneana Espontánea de la American Heart Association/American Stroke Association de 2022 hace una recomendación más conservadora, con un plazo sugerido más tardío y limitado de 7 a 8 semanas, tras sopesar los beneficios y riesgos individuales<sup>10</sup>. La Figura que se encuentra a continuación, muestra algunos factores que se deben tener en cuenta para definir el reinicio.





**Figura 1.**

Enfoque sugerido para la toma de decisiones sobre el reinicio de los anticoagulantes orales después de una hemorragia intracraneal



Reinicio temprano  
(7-14 días)

Reinicio tardío  
(6-8 semanas)

<b>1. Localización de la HIC</b>	Profunda	Lobar *incluye AAC
<b>2. Mecanismo sangrado</b>	Traumática	Espontánea
<b>3. Tipo anticoagulante</b>	ACOD	Warfarina
<b>4. Otras consideraciones</b>	<p><b>Factores de riesgo tromboembólico:</b> Válvulas cardíacas protésicas mecánicas Malignidad FA con CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ≥5 Accidente cerebrovascular previo o AIT (&lt;3 meses) TEV reciente (&lt;3 meses) Trombofilia de alto riesgo Agentes reversores</p>	<p><b>Factores de riesgo para sangrado:</b> Edad avanzada (&gt;75 años) Hipertensión no controlada (PAS &gt;180 mmHg) Consumo excesivo de alcohol INR lábil o supratrapéutico (&gt;3.0) Trombocitopenia (recuento de plaquetas &lt;50 x 10<sup>9</sup>/L) Uso concomitante de antiplaquetarios o AINE Enfermedad renal crónica (CrCl &lt;30 ml/min)</p>

HIC: hemorragia intracraneana AAC: angiopatía amiloide cerebral ACOD: anticoagulantes orales de acción directa FA: fibrilación auricular AIT: accidente isquémico transitorio TEV: tromboembolia venosa

Elaboración propia. Disponible en: Between a rock and a hard place: resumption of oral anticoagulant therapy after intracranial hemorrhage (pág.2).

● **Otros sangrados<sup>11</sup>**

La hematuria en pacientes anticoagulados suele deberse a otros factores no relacionados con la anticoagulación y por ende debe ser estudiada. La suspensión y reinicio de la anticoagulación no está clara y dependerá de factores propios del sangrado y del paciente.

En el caso de la hemorragia uterina anormal, la incidencia es muy alta y puede afectar a casi el 70 % de las pacientes anticoaguladas. Generalmente, la anticoagulación no es la causa primaria del sangrado, sino que exacerba el





sangrado por alguna alteración subyacente. Este tipo de sangrado es particularmente más alto en las pacientes anticoaguladas con Rivaroxabán, por lo que una opción puede ser el cambio de anticoagulante. El manejo debe enfocarse en el control del sangrado y evitar la suspensión del anticoagulante, si no se trata de un sangrado mayor. Dentro de las estrategias para control del sangrado están el uso de terapia anticonceptiva hormonal o el ácido tranexámico. Es importante recalcar que no está indicada la suspensión de los anticonceptivos orales en aquellas pacientes que presentan un evento trombótico venoso asociado a su uso, ya que esto aumenta el riesgo de sangrado uterino anormal y de embarazos no deseados<sup>12,13</sup>.

Los hematomas retroperitoneales y del recto abdominal espontáneos tiene como factores de riesgo la anticoagulación terapéutica o el tratamiento antiplaquetario, la edad avanzada, los trastornos hemorrágicos subyacentes o lesiones vasculares, como quistes, aneurismas o tumores. Después de la estabilización inicial, existe un gran debate sobre cuándo y en qué pacientes puede ser seguro reiniciar la anticoagulación. Si está indicada la anticoagulación a largo plazo, esta debe reiniciarse sólo después de asegurar la estabilidad de los niveles de hemoglobina y que no haya expansión del hematoma. Para esto, puede requerirse la realización de imágenes diagnósticas repetidas. También puede ser más seguro considerar el reinicio de la anticoagulación, mientras el paciente está hospitalizado, para garantizar una estrecha vigilancia. Además, se recomienda evitar la HBPM, dada la mayor asociación con este tipo de sangrado.

Finalmente, como ya lo mencionamos, siempre debe evaluarse el control de factores de riesgo de sangrado modificables, estos incluyen la hipertensión no controlada, el uso concomitante de terapia antiagregante o antiinflamatorios no esteroideos, el consumo excesivo de alcohol, la falta de adherencia, el uso de terapia puente, la elección adecuada del anticoagulante y la dosis adecuada y un control apropiado del INR<sup>14</sup>.

