



ReFORMÚlaTE

TALLER 12. GT HEMODERIVADOS - REDFASTER

“CASO CLÍNICO 2.
HEMORRAGIA grave EN
PACIENTE TRATADO CON
ACOD”

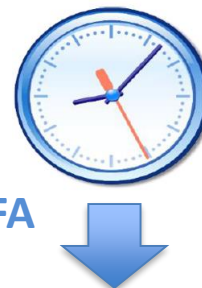




Mujer de 86 años

ANTECEDENTES

Datos clínicos: HTA, DLP, DM tipo 2, Alzheimer leve, ACxFA



Medicación actual: glimepirida 2MG (1-0-0); **dabigatran 110MG (1-0-1)**; calcifediol 0,266MG (cada 15 días); bisoprolol 2,5MG (1/2 cada 24 horas); ferrimanitol 80MG (2/día); pantoprazol 40MG (1/24H); memantina 20MG (1/24H); hidroclorotiazida 25MG (1/24H).

Alergias: no conocidas hasta la fecha



Pendiente colonoscopia

MOTIVO DE LA CONSULTA

- Acude por cuadro de **rectorragia espontánea** que se relaciona con deposiciones sanguinolentas, oscuras y malolientes (posible deposición **melénica**).
- Leve desorientación.





EXPLORACIÓN FÍSICA

TA: 140/78 , FC: 113 p.m., Sat de O2: 100 %

Consciente, colaboradora; NH, NP, **palidez cutánea notable (mucocutánea moderada).**

ACP: Hipoventilación global, sin apreciarse focos de ruidos patológicos.

ABD: **No se aprecian focos dolorosos**, siendo el abdomen blando, depresible y sin peritonismo activo. Peristaltismo presente, sin ruidos patológicos.

TR: No se aprecian masas ni restos fecales en ampolla rectal. No se detectan fecalomas. No regiones dolorosas ni masas de pared de ampolla rectal. Dedil con escaso contenido fecal, **sin apreciarse restos hemáticos**



TRATAMIENTO MÉDICO INICIAL



Órdenes Médicas Iniciales (15)

Fecha ▲	Tipo Orden ◇	Descripción ◇
29/09/2018 00:26	Orden Médica	ECG.
29/09/2018 00:26	Orden Médica	AS (tres tubos).
29/09/2018 00:26	Orden Médica	BMtest.
29/09/2018 00:26	Orden Médica	500 cc de suero fisiológico.
29/09/2018 00:28	Petición Pruebas	ABDOMEN SIMPLE AP
29/09/2018 00:28	Petición Pruebas	TORAX, PA Y LAT

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



- ❑ **Rx TÓRAX:** Ateromatosis y elongación aórtica. Cardiomegalia.
- ❑ **Rx ABDOMEN:** Neumatización generalizada de asas intestinales sin aparente distensión.
- ❑ **AS:**
 - **Bioquímica:** glucosa 291, **urea 126, creatinina 1.14, FG 32 mL/min**, cloro 106, sodio 137, potasio 5.7.
 - **EAB:** pH 7.36, pCO₂ 40, bicarbonato 21.9, CO₂ total 23.1, EB -2.8, bicarbonato 21.7, pO₂ 46.3, SatO₂ 76.1%.
 - **Hemograma:** 21100 leucocitos, 17800 neutrófilos (61.2%), 2300 linfocitos (10.9%). 4170000 hematíes, **hemoglobina 12,2 g/dL**, hematocrito 39.5%, VCM 94.7. 196000 plaquetas.
 - **Hemostasia:** INR 1.37, TTP 36.7 segundos, **TTPA 1.30**, TProt 15.2 segundos, AProt 63%, FD 4.4.

EVOLUCIÓN CLÍNICA

Sondaje
evacuatorio



NUEVO episodio de melenas. (Aprox. 4 vasos de agua).



Tratamientos y Cuidados (12)

Fecha	Orden Médica
29/09/2018 03:31	Dieta absoluta
29/09/2018 03:39	Constantes cada ocho horas.
29/09/2018 03:39	Realizar analítica de sangre de control en ocho horas.
29/09/2018 03:43	AS mañana a las 8 am
29/09/2018 03:43	Constantes por turno
29/09/2018 03:45	GLUCOSALINO 5% 0,33% BOLSA 500 ML; 500ML; INTRAVENOSA; Suero 2500
29/09/2018 03:45	POTASIO CLORURO 10MEQ/10ML 1M AMP; 10MEQ
29/09/2018 03:31	: Monitor urgencias: No
29/09/2018 03:31	: Reposo en cama
29/09/2018 03:42	: GLIMEPIRIDA 2 MG COMP; 2MG; VIA ORAL; Cada 24h
29/09/2018 03:43	: ENOXAPARINA 60 MG JGA; 60MG; SUBCUTANEA; Cada 24h
29/09/2018 03:43	: BISOPROLOL 1,25 MG (1/2 DE 2,5) COMP REC; 1,25MG; VIA ORAL; Cada 24h
29/09/2018 03:44	: OMEPRAZOL 40 MG VIAL; 40MG; INTRAVENOSA; Cada 24h
29/09/2018 03:44	: MEMANTINA 20 MG COMP; 20MG; VIA ORAL; Cada 24h
29/09/2018 03:45	: ESPIRONOLACTONA 25 MG COMP; 25MG; VIA ORAL; Cada 24h





EVOLUCIÓN CLÍNICA (II)

La paciente comienza a encontrarse mal.

Tensión no detectable → 60/40 mmHg

Hb 8,7 g/dL (Hg 12,2 g/dL).

Constantes (8)

Fecha	TA Max	TA Min	Frec Card
28/09/2018 22:31	140	78	113
29/09/2018 00:53			
29/09/2018 02:44	117	63	114
29/09/2018 04:01	65	40	82
29/09/2018 04:29	102	49	
29/09/2018 04:49	134	51	117
29/09/2018 05:43	100	41	
29/09/2018 05:58	105	67	107

Órdenes Médicas Iniciales (15)

Fecha	Tipo Orden	Descripción
29/09/2018 04:02	4	P.O.M..p cruzadas
29/09/2018 04:12	Orden Médica	idarucizumab 5 g IV
29/09/2018 04:29	Orden Médica	suero fisiológico 500 x4
29/09/2018 04:29	Orden Médica	pedir sangre al banco
29/09/2018 04:29	Orden Médica	bomba de omeprazol IV
29/09/2018 08:15	Petición Pruebas	TC DE ABDOMEN SIN/CON CONTRASTE

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO

Unidad de Endoscopias

Solicitada por: URGENCIAS. Edad: 86 años.

Motivo: MELENAS.

Límite de la Exploración: Completa.

Premedicación: Propofol 4mg.

Biopsia: NO. Preparación: Mala.

Terapéutica: No.

GASTROSCOPIA

Informe Endoscópico:
ESÓFAGO: normal hasta tercio inferior. Cardias localizado a 40cm de arcada dental superior.
ESTÓMAGO: restos de alimentos. Fundus, cuerpo, incisura y antro normales. Píloro permeable.
DUODENO: normal hasta segunda porción.

No se objetivan restos hemáticos en todo el tramo explorado.

Diagnóstico Endoscópico:
NO RESTOS HEMÁTICOS NI SIGNOS DE SANGRADO RECIENTE. GASTROSCOPIA NORMAL.

Zaragoza, 29/09/2018

- Se llama a endoscopista de guardia
- Se realiza gastroscopia urgente
- Ingresa en planta

TRATAMIENTO actualizado (II)



Tratamientos y Cuidados (12)



Fecha	Orden Médica
29/09/2018 03:31	Dieta absoluta
29/09/2018 03:39	Constantes cada ocho horas.
29/09/2018 03:39	Realizar analítica de sangre de control en ocho horas.
29/09/2018 03:43	AS mañana a las 8 am
29/09/2018 03:43	Constantes por turno
29/09/2018 03:45	GLUCOSALINO 5% 0,33% BOLSA 500 ML; 500ML; INTRAVENOSA; Suero 2500
29/09/2018 03:45	POTASIO CLORURO 10MEQ/10ML 1M AMP; 10MEQ
29/09/2018 05:25	Trasfundir 2 concentrados de hematíes, con 1/2 amp de seguril después de cada concentrado.
29/09/2018 05:33	Reposo en cama y monitorización
29/09/2018 05:33	Monitor urgencias: Si
29/09/2018 05:34	OMEPRAZOL 40 MG VIAL; 40MG; INTRAVENOSA; Cada 12 h
29/09/2018 07:41	CALCIO GLUCONATO 4,6 MEQ AMP 10 ML; 10ML; INTRAVENOSA; DOSIS INMEDIATA

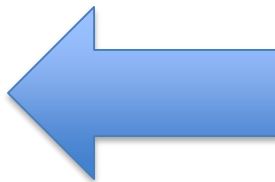
1 CH → ↑ 1 pto la Hg

10
g/dL



PLAN +10 h de estancia en urgencias

Órdenes Médicas Iniciales (15)		
Fecha	Tipo Orden	Descripción
29/09/2018 03:42	Orden Médica	PASAR A CAMA 21 SALA 2
29/09/2018 04:02	4	P.O.M..p cruzadas
29/09/2018 04:12	Orden Médica	idarucizumab 5 g IV
29/09/2018 04:29	Orden Médica	suero fisiologico 500 x4
29/09/2018 04:29	Orden Médica	pedir sangre al banco
29/09/2018 04:29	Orden Médica	bomba de omperazol IV
29/09/2018 08:15	Petición Pruebas	TC DE ABDOMEN SIN/CON CONTRASTE



Datos del proceso asistencial

Exploración: **TC DE ABDOMEN SIN/CON CONTRASTE** Lateralidad: No Aplica. Fecha de exploración: 29/09/2018 08:15

Información Clínica:

PAciente con hemorragia digestiva baja con anemia importante e hipotensión (remontada con fluidoterapia), con varias deposiciones melénicas objetivadas en el SU. Panendoscopia oral sin sangrado. Ruego valoración. Gracias.

Descripción de la(s) exploración(es):

Exploración TCMC de abdomen antes y después de administrar contraste iv en fases arterial y portal.

Hallazgos:

Hígado, bazo, vesícula, vías biliares, páncreas, suprarrenales, sin alteraciones.

Quistes sinusales renales bilaterales. Vejiga replecionada, normal.

Mioma uterino calcificado.

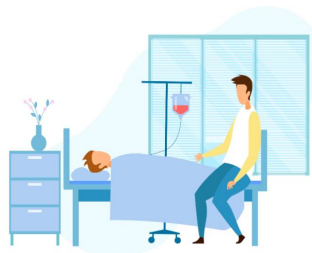
Estructuras intestinales normales. No se observa sangrado activo.

No hay líquido libre ni neumoperitoneo.

Conclusión:

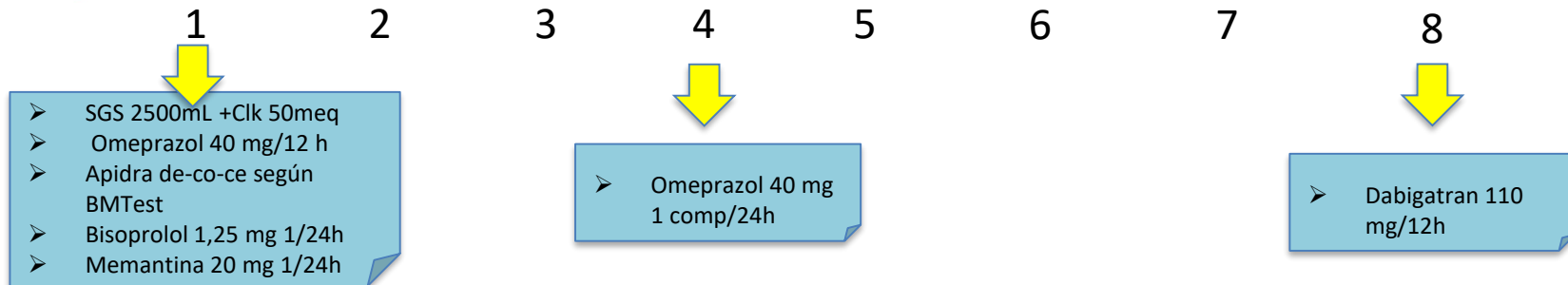
No se identifica sangrado activo.

Tratamiento durante el ingreso



- Apidra de-co-ce según BMTest
- Bisoprolol 1,25 mg 1/24h
- Memantina 20 mg 1/24h

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO	
Unidad de Endoscopias	
Solicitado por: Dra. Amelia (Digestivo-Hospitalización)	
Edad: 68 - Sexo: Femenino	
Unidad de la Explotación: Completa	
Bisestral: NO	
Farmacología: Propofol 90mg	
Prótesis: Buena cantidad de líquido (5-25%) o > 90% visualizado.	
Tolerancia: Buena	
Material auxiliar: -	
COLONOSCOPIA	
Informe Endoscópico:	
Se introduce el colonoscopio hasta ciego, identificando la válvula ileocecal (foto 1) y el orificio apendicular (foto 2). El colon explorado presenta un calibre y distensibilidad normales. Mucosa explorada sin alteraciones. No se observan restos hemáticos, ni lesiones potencialmente sangrantes en el territorio explorado. En la exploración rectal se observan hemorroides internas grado I-II-IV.	
DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO:	
HEMORROIDES INTERNAS GRADO I-IV	
RESTO DE COLONOSCOPIA SIN OTROS HALLAZGOS	
Tacto rectal: Tacto rectal normal.	





PLAN TERAPEUTICO ALTA



- ❖ Reinicio **dabigatran** (+2 días) sin incidencias.
- ❖ **Cambio a Apixaban** 2,5 1 comp/12 h
- ❖ Pendiente **determinar origen**
- ❖ Seguimiento y si **resangrado cierre orejuela**

Medicación	Posología
ULCOTENAL 40MG 28 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES	1 COM con el desayuno
AMARYL 2MG 120 COMPRIMIDOS	1 COM cada 24 horas
HIDROFEROL 0,266MG 10 CAPSULAS BLANDAS (BLISTER PVC/PVDC-ALUMINIO)	1 CAP cada 15 días
ELIQUIS 2,5MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	1 COM cada 12 horas
PROFER 80MG 15 SOBRES GRANULADO PARA SOLUCION ORAL	2 SOB cada 24 horas
ALDACTONE 25MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA	1 COM cada 24 horas
BISOPROLOL 2,5MG 28 COMPRIMIDOS	0,5 COM cada 12 horas
EBIXA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	1 COM cada 24 horas
ABSORBENTE INC ORINA SUP-NOC ANAT INCOPACK PANTS T. MEDIA 80 U	1 UNI cada 6 horas

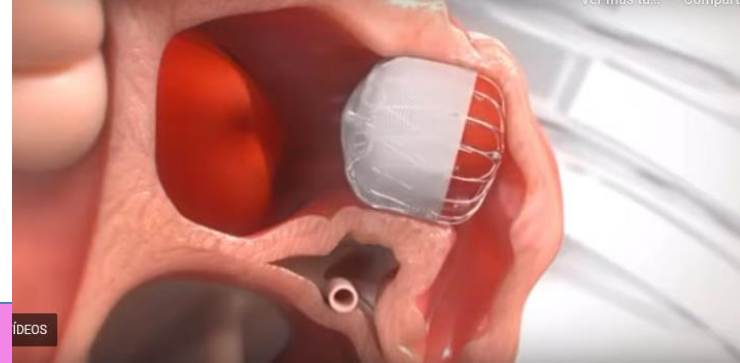
¿Cuál es el papel del cierre percutáneo de orejuela auricular izquierda en estos pacientes?



WATCHMAN™



AMPLATZER™ Amulet™



- >95 % de estos trombos, se forman en la orejuela, una cavidad de la aurícula izquierda, en la que la sangre se “remansa” favoreciendo la formación del trombo

¿Cuál es el motivo del cambio a apixaban?

Stroke

Volume 48, Issue 9, September 2017; Pages 2494-2503

<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.017549>



ORIGINAL CONTRIBUTIONS

Real-World Setting Comparison of Nonvitamin-K Antagonist Oral Anticoagulants Versus Vitamin-K Antagonists for Stroke Prevention in Atrial Fibrillation

A Systematic Review and Meta-Analysis

In 28 included studies of dabigatran, rivaroxaban, and apixaban compared with vitamin-K antagonists, all 3 nonvitamin-K oral anticoagulants were associated with a large reduction of intracranial hemorrhage (apixaban hazard ratio [HR], 0.45; 95% confidence interval [CI], 0.31–0.63; dabigatran HR, 0.42; 95% CI, 0.37–0.49; rivaroxaban HR, 0.64; 95% CI, 0.47–0.86); similar rates of ischemic stroke and ischemic stroke or systemic embolism (apixaban HR, 1.05; 95% CI, 0.75–1.19 and HR, 1.08; 95% CI, 0.95–1.22 / dabigatran HR, 0.96; 95% CI, 0.80–1.16 and HR, 1.17; 95% CI, 0.92–1.50 / rivaroxaban HR, 0.89; 95% CI, 0.76–1.04 and HR, 0.73; 95% CI, 0.52–1.04, respectively); apixaban and dabigatran with lower mortality (HR, 0.65; 95% CI, 0.56–0.75 and HR, 0.63; 95% CI, 0.53–0.75, respectively); **apixaban with fewer gastrointestinal (HR, 0.63; 95% CI, 0.42–0.95) and major hemorrhages (HR, 0.55; 95% CI, 0.48–0.63); dabigatran and rivaroxaban with more gastrointestinal hemorrhages (HR, 1.20; 95% CI, 1.06–1.36 and HR, 1.24; 95% CI, 1.08–1.41, respectively); dabigatran and rivaroxaban with similar rate of myocardial infarction (HR, 0.96; 95% CI, 0.77–1.21 and HR, 1.02; 95% CI, 0.54–1.89, respectively).**



¿Qué recomienda la evidencia científica en el manejo de la hemorragia digestiva baja aguda?

Guideline	Thieme
Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline	
 ESGE	

Guidelines
 OPEN ACCESS
Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: guidelines from the British Society of Gastroenterology
Kathryn Oakland, ¹ Georgina Chadwick, ² James E East, ³ Richard Guy, ⁴ Adam Humphries, ⁵ Vipul Jairath, ^{6,7} Simon McPherson, ⁸ Magdalena Metzner, ⁹ A John Morris, ¹⁰ Mike F Murphy, ¹¹ Tony Tham, ¹² Raman Uberoi, ¹³ Andrew McCulloch Veitch, ¹⁴ James Wheeler, ¹⁵ Cuthbert Regan, ¹⁶ Jonathan Hoare ¹⁷

1 Evaluar la severidad del sangrado



Historia clínica



Examen rectal



**Test
laboratorio**

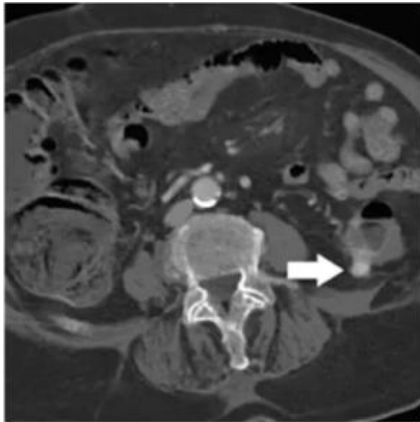


**Medicación
concomitante**



Comorbilidades

2 Pacientes hemodinámicamente inestables



1º Angiografía



**2º Considerar
endoscopia UGI**



**Última opción laparotomía
urgente**

3 Transfusión de sangre



Transfusión restrictiva
recomendada si $Hg \leq 7g/dL$.
Target: 7-9 g/dL



Transfusión liberal recomendada en
pacientes con enfermedad
cardiovascular $Hg \leq 8g/dL$.
Target: $\geq 10 g/dL$

5 Escala de Oakland



Sexo



**Sangrados GI
previos**



Examen rectal



Ritmo cardiaco



**Presión arterial
sistólica**



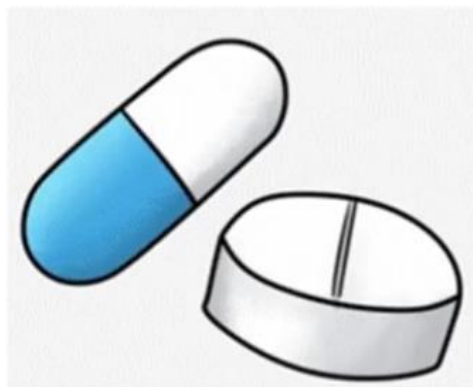
Edad

**Score Oakland ≤ 8 puede usarse
para tomar la decisión de dar el alta y realizar el
estudio de forma ambulatoria.**



Hemoglobina

6 Manejo de los anticoagulantes en LGIB



ACOD

Si Oakland score ≤ 8 : no suspender anticoagulación

En pacientes con LGIB mayor: suspenderla

Si el paciente esta hemodinamicamente inestable:

- Usar agentes reversores:
 - Idarucizumab si ACOD es dabigatran
 - Andexanet o CCP si ACOD es antiXa

Reiniciar 7º día



ESC

European Society
of Cardiology

European Heart Journal (2020) 00, 1–38
doi:10.1093/eurheart/ehaa612

ESC GUIDELINES

2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): Supplementary Data



JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY
© 2020 BY THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY FOUNDATION
PUBLISHED BY ELSEVIER

VOL. 75, NO. 5, 2020

EXPERT CONSENSUS DECISION PATHWAY

2020 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Management of Bleeding in Patients on Oral Anticoagulants



A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee

Documento de consenso de la Sociedad Española de Patología Digestiva y de la Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia sobre hemorragia digestiva masiva no varicosa y anticoagulantes orales de acción directa

Fernando Carballo¹, Agustín Albillos², Pilar Llamas³, Aitor Orive⁴, Eduardo Redondo-Cerezo⁵, Enrique Rodríguez de Santiago⁶, Javier Crespo⁶; en nombre del Grupo de Hemorragia Gastrointestinal Masiva y Grave (MASGIH)⁷ de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) y de la Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH)

¹Departamento de Medicina Interna, Universidad de Murcia, Murcia. ²Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Departamento de Medicina y Especialidades Médicas, Universidad de Alcalá, Instituto de Investigación Sanitaria Ramón y Cajal (IRYCIS), Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd, Instituto de Salud Carlos III), Madrid. ³Servicio de Hematología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ⁴Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Araba, Vitoria-Gasteiz. ⁵Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen de la Nieves, Departamento de Medicina, Universidad de Granada, Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (Ibs GRANADA), Granada. ⁶Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Cantabria, Instituto de Investigación Sanitaria Valdecilla (IDIVAL), Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd, Instituto de Salud Carlos III), Santander. ⁷Consultar Anexo 1. Investigadores

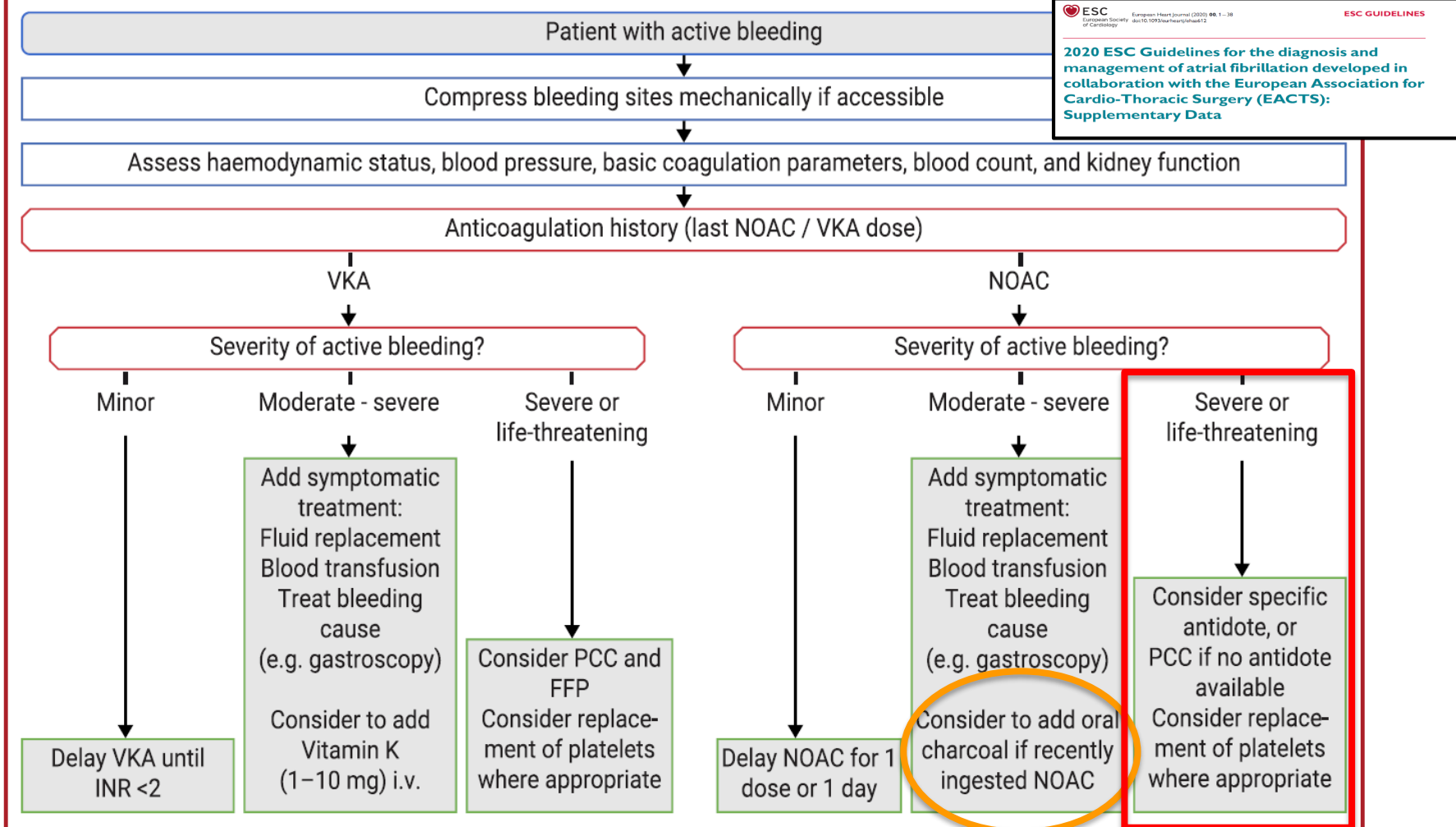
Recibido: 26/04/2022 - Aceptado: 13/05/2022

Correspondencia: Javier Crespo, Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Av. De Valdecilla, 25, 39008 Santander, e-mail: javiercrespo1991@gmail.com

Management of Patients on Anticoagulants and Antiplatelets During Acute Gastrointestinal Bleeding and the Peri-Endoscopic Period: A Clinical Practice Guideline Dissemination Tool

THE RED SECTION





¿Qué debemos saber ante una validación de un paciente con un proceso hemorrágico?

Paciente anticoagulado

Hemorragia menor

Hemorragia mayor

- Sangrado en un sitio **crítico**
- **Inestabilidad hemodinámica**
- Sangrado clínicamente manifiesto en disminución de $\geq 2\text{g/dl}$ de hemoglobina o administración de ≥ 2 **concentrados de hematías**

ISTH (International Society on Thrombosis and Haemostasis)

Paciente
anticoagulado

¿ F á r m a c o ?

Anticoagulantes de Acción Directa (ACOD)

Fundamental conocer la situación
de la anticoagulación

- Test coagulación
- Fármaco y hora
- Función renal (Ccr) [Tiempo de eliminación fármaco]

Thrombosis Research 130 (2012) 833-40.

Stroke. 2010 Jul;41(7):1459-63

Sánchez, M et al. *Emergencias* 2013; 25: 482-490

J Thromb Haemost. 2013 Jan 24. doi: 10.1111/jth.12149.

Lancet. 2015;385(9982):2077

GRUPO FARMACOLÓGICO	TP	TTPa	Dabigatran	Rivaroxaban Apixaban Edoxaban
			TT diluido	Actividad antiXa (calibrado)
Inhibidor directo trombina FII	↑/—	↑	↑	—
Inhibidores directos FX	↑/—	↑/—	—	↑

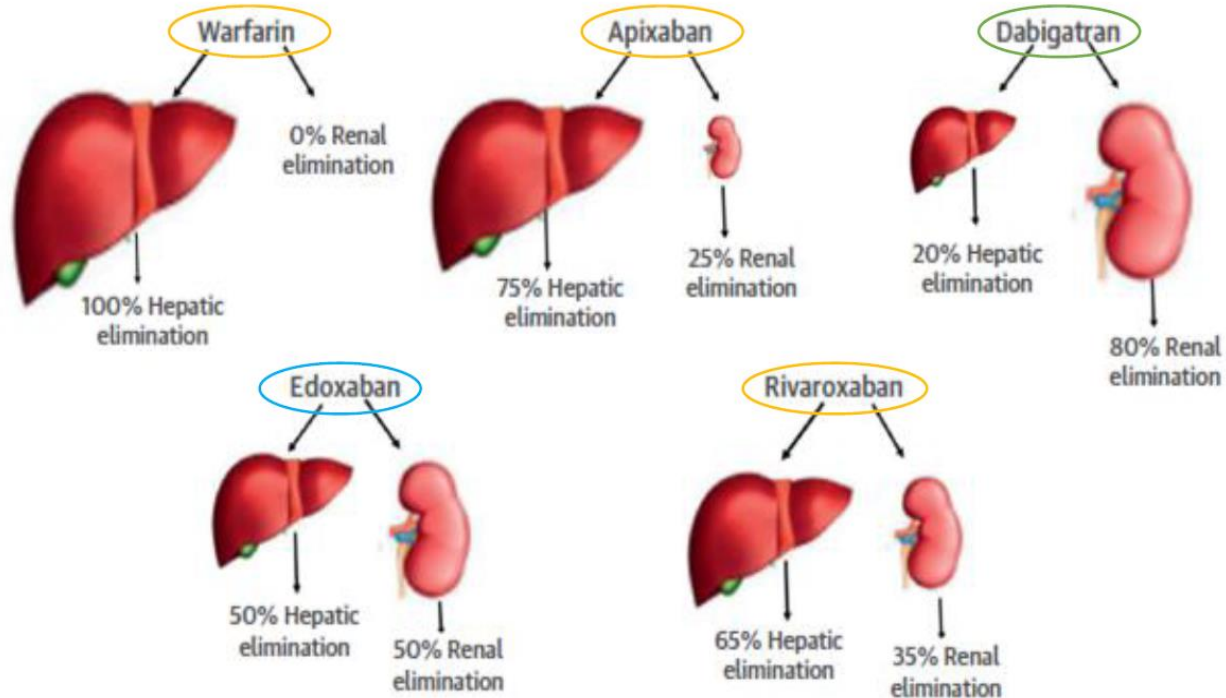
La **normalidad de los test de laboratorio convencionales** permite **excluir** virtualmente un **efecto clínico relevante** del fármaco, pero **no son útiles para su dosificación**

Sánchez, M et al. Emergencias 2013; 25: 482-490

Baglin T, et al. J Thromb Haemost. 2013 Jan 24. doi: 10.1111/jth.12149. Epub ahead of print. PMID: 23347120.

Weitz JI, Pollack CV Jr. Practical management of bleeding in patients receiving non-vitamin K antagonist oral anticoagulants. Thromb Haemost. 2015 Nov 25;114(6):1113-26.

¿Insuficiencia renal o hepática?



¿Función renal?

$$\text{CrCl (ml/min)} = \frac{(140 - \text{edad}) \times \text{peso (kg)} \times \text{sexo}}{72 \times \text{creatinina sérica (mg/dl)}}$$

32 ml/min



Tiempo eliminación del fármaco

	Dabigatran	Rivaroxaban	Apixaban	Edoxaban
ClCr ≥ 80 mL/min	12-17 h	9-13 h	12 h	8,5 h
ClCr 50-80 mL/min	17 h	9 h	14,6 h	8,6 h
ClCr 30-50 mL/min	19 h	9 h	17,6 h	9,4 h
ClCr 15-30 mL/min	28 h	9,5 h	17,6 h	16,9 h
ClCr ≤15 mL/min	Sin datos			

Paciente
anticoagulado

Hemorragia
menor

Suspender o retrasar el
fármaco

ACODs

Hemorragia
mayor

Medidas Generales
Suspender el ACOD



FÁRMACO	DABIGATRAN	RIVAROXABAN APIXABAN EDOXABAN
PT	↑/-	↑/-
aPTT	↑	↑/-
Anti-factor Xa activity	-	↑
Trombina	↑	-



Función renal
Tiempo de eliminación del fármaco

Dabigatran:

- Idarucizumab (Praxbind®)
- CCP (25 – 50 UI/kg)

**Rivaroxaban, Apixaban,
Edoxaban.**

- CCP: 25-50 U/kg
- Andexanet alfa (Anexxa®)

Reversión de la actividad anticoagulante de dabigatran: **Idarucizumab**.

- **Medicamento biológico:** Fragmento **Fab humanizado**
 - Alta afinidad de unión **específica para dabigatrán**
- **Corta semivida.** Excreción **renal** de eliminación
- No ajuste IR o IH
- **No** actividad **procoagulante o anticoagulante**
- **No interacciones** farmacológicas
- Administración **5 g IV** en bolo o infusión rápida IV

Si resuelve
HM, reinicio
de dabigatrán
en 24h.

NO diluir

2 infusiones 2,5 g seguidas en
15 min

Indicaciones:

- Es un agente de reversión específico para **dabigatrán** cuando se necesita una reversión rápida de sus efectos anticoagulantes:
 - ☐ Para intervenciones quirúrgicas de urgencia o procedimientos urgentes.
 - ☐ **En el caso de hemorragias potencialmente mortales o no controladas.**





¿Y si nuestra pacientes hubiera estado anticoagulada con un xaban?

Reversión de la actividad anticoagulante de los ACOD inhibidores FXa

- Medir niveles plasmáticos de anti-factor Xa (apixaban, edoxaban o rivaroxaban) en pacientes tratados o sospechosos de ser tratados con ACOD. (2C). Si la medición no es posible o no está disponible, asesoramiento de un hematólogo experto. (2C)
- Si el **sangrado es potencialmente mortal** se recomienda:
 - Administración IV de **TXA 15 mg / kg (o 1 g)** y considerar el uso de **CCP (25–50 U/kg)** hasta que estén disponibles antídotos específicos. (2C)

FXa and "Universal" Reversal Agent Drug

Anticoagulant	Anderanet	Ciraparantag
FXa		
Apixaban	✓	✓
Edoxaban	✓	✓
Rivaroxaban	✓	✓
FIIa		
Dabigatran	—	✓
Heparin		
UFH	✓	✓
LMWH	✓	✓
ATIII-FXa		
Fondaparinux	Unknown	✓
VKA		
Warfarin	—	—

P.A	Estructura (PM Da) Mecanismo	Indicación	Pauta	Tiempo respuesta y duración
Anderanet alfa	FXa recombinante modificado (39 000, sin activ catalítica y truncado (no U a C. protrombinasa)	Reversión anticoagulación x ACOD antiFXa e indirectos. No Argatroban ni warfarina	D Enoxaparina, Edoxaban, Rivaroxaban ≤7h 800mg iv dir+ inf 960mg/ 2h	5'
	U a inhibidores de FXa Compite con FXa y con FIIa por U a Antitromb- heparina. U a IFTisular , no inhibe IFT-FVIIa	ANNEXA-4 III, prospectivo, abierto, sangr mayor agudo (GI> HIC) y Apix, Edox, Rivaroxaban, Enoxaparina (18h previas). Seguim 30 días	D Apixaban, Rivaroxaban > 7h: 400mg iv dir+ 480mg/2h	12h
Ciraparantag PER977 o aripazine	Molécula hidrosoluble catiónica (512), actúa med U no covalentes de H e interacc x carga iónica	Reversión anticoagulación x ACOD e indirectos Fase I y Fase I/II doble ciego cohortes de sanos: Edoxaban 60mg vs PCB y Enoxaparina/PCB	100-300 mg iv dir 4h después	Edoxa: 10' (PCB: 12 h) Enoxa: 1 h Hasta 24h

CIRAPARANTAG
en desarrollo clínico
reversor "universal"
de ACOD anti Xa,
dabigatrán, HNF,
HBPM y fondaparinux.

Reversión de la actividad anticoagulante de los ACOD inhibidores FXa: **andexanet alfa**.

Medicamento **biológico**: **proteína humana recombinante**.

Inhibe actividad enzimática del **factor X** → ACOD antiXa, HNF y HBPM.

- INDICACIÓN**: adultos tratados con un inhibidor directo del factor Xa, **apixabán o rivaroxabán** (no edoxabán!), cuando es necesario revertir la anticoagulación por **hemorragia potencialmente mortal o descontrolada**.
- Esquema de dosificación**: según ACOD/dosis/tiempo.

	Bolo inicial intravenoso	Perfusión intravenosa continua	Número total de viales de 200 mg necesarios
Dosis baja	400 mg a un ritmo objetivo de 30 mg/min	4 mg/min durante 120 minutos (480 mg)	5
Dosis alta	800 mg a un ritmo objetivo de 30 mg/min	8 mg/min durante 120 minutos (960 mg)	9

Procoagulante!!



Conservación
2 – 8 °C



Reconstituir

Inhibidor del factor Xa	Última dosis	Tiempo desde la última dosis antes del inicio del tratamiento con Ondexxya	
		< 8 horas o desconocido	≥ 8 horas
Apixabán	≤ 5 mg	Dosis baja	Dosis baja
	> 5 mg/ desconocida	Dosis alta	

Inhibidor del factor Xa	Última dosis	Tiempo desde la última dosis antes del inicio del tratamiento con Ondexxya	
		< 8 horas o desconocido	≥ 8 horas
Rivaroxabán	≤ 10 mg	Dosis baja	Dosis baja
	> 10 mg/	Dosis alta	

Comercializado en España
Resolución de no financiación
(BIFIMED)!!!



¿Qué paso con la paciente? ¿Se determino el origen del sangrado?

INFORME DE CAPSULA ENDOSCOPICA

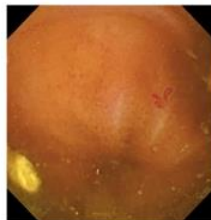
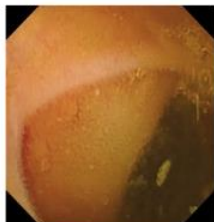
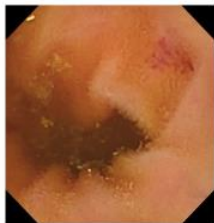
SOLICITADA POR:

MEDICO PETICIONARIO: S/I, *****

SERVICIO: C

Indicación: HDOO

EXPLORACION:



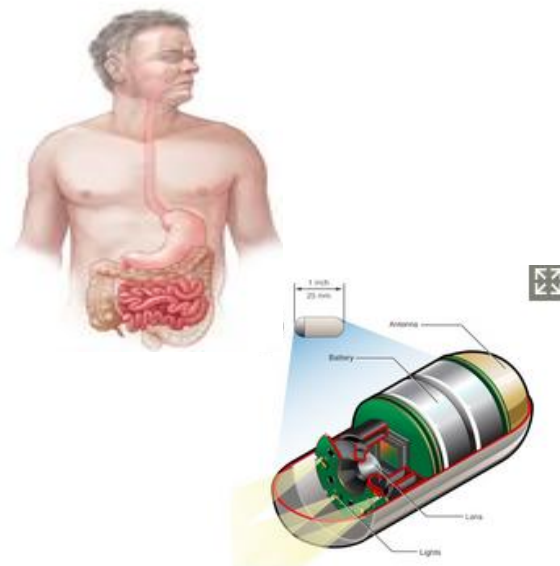
Píloro a 51 minutos del inicio de la exploración.

Se observan tres angiodisplasias a 50, 52 minutos y a 1:52 del paso del píloro.

Ciego a 2:28 del píloro.

DIAGNÓSTICO:

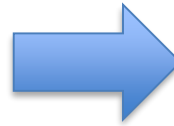
ANGIODISPLASIAS DE INTESTINO DELGADO



* Tratamientos endoscópicos en LGIB agudo



Angiodisplasias



APC

Gracias por su atención
Gràcies per la seva atenció
Eskerrik asko zure arretagatik
Graças pela sua atenção