



# Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

## 17 - RIESGO DE EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS EN FUNCIÓN DEL MANEJO DE LA TERAPIA ANTICOAGULANTE Y ANTIAGREGANTE EN PACIENTES SOMETIDOS A COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA

R.M. Alejandro Altamirano, J. Castro Rodríguez, A.M. Martínez Rodríguez, M. Pleguezuelo Navarro, F.J. Serrano Ruiz, L.L. Casáis Juanena y A.J. Hervás Molina

UGC Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Las principales guías de práctica clínica recomiendan una adecuada retirada y reintroducción de los fármacos antitrombóticos en el periodo previo y posterior a la realización de técnicas invasivas. El objetivo principal de este estudio fue evaluar si en pacientes que reciben terapia anticoagulante o antiagregante, la supresión o disminución de la dosis farmacológica para la realización de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) supone un mayor riesgo de eventos tromboembólicos.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional prospectivo y abierto, que incluyó un total de 644 procedimientos CPRE con intención terapéutica realizados a 544 pacientes durante el año 2019 en el Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba, España), con seguimiento durante los 30 días posteriores a la intervención endoscópica.

**Resultados:** La presencia de litiasis obstructiva fue la indicación de hasta un 73,3% de las CPREs realizadas y de estenosis maligna en el 15,2%. La toma previa de anticoagulantes y antiagregantes estuvo presente en un 17,4% y un 24,2% del total de procedimientos, respectivamente. No se registraron eventos en el periodo preprocedimiento. En el periodo de 30 días tras la realización de una CPRE, seis pacientes presentaron un evento tromboembólico (0,93%): tres accidentes cerebrovasculares, dos trombosis venosas profundas de miembros inferiores y una trombosis portal. No se encontraron diferencias entre la incorrecta retirada y/o reintroducción del tratamiento antitrombótico y una mayor proporción de eventos tromboembólicos o hemorrágicos tras el procedimiento ( $p > 0,05$ ). La incidencia de eventos tromboembólicos fue significativamente mayor en el grupo de pacientes con antecedente de fibrilación auricular ( $p = 0,05$ ), tromboembolismo pulmonar recurrente ( $p < 0,001$ ), valvulopatía reumática ( $p = 0,037$ ) y tratamiento con heparina o apixaban en comparación con otros anticoagulantes ( $p = 0,001$ ). Por otro lado, la prevalencia de hemorragia posCPRE fue de 9,8%, siendo mayor en los casos en que se realizó esfinterotomía biliar o pancreática ( $p < 0,05$ ), y significativamente menor en aquellos pacientes a los cuales se colocó una prótesis biliar tras la esfinterotomía ( $p = 0,006$ ).

**Conclusiones:** El inadecuado manejo periprocedimiento de la terapia antitrombótica no se asocia a un aumento significativo de la incidencia de eventos tromboembólicos en los 30 días posteriores a

una CPRE. No obstante, se aconseja seguir las recomendaciones de las diferentes guías de práctica clínica para una adecuada suspensión/reintroducción de fármacos antitrombóticos y realizar una vigilancia y seguimiento estrechos durante los días posteriores al procedimiento en aquellos pacientes con alguna condición que aumente de forma significativa el riesgo trombótico.