



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

TROMBOPROFILAXIS ANTIACOAGULACIÓN ANTIAGREGACIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS

Dr. Juan Carlos Catalá
SARTD
Consorcio Hospital General Universitario
Valencia

CHEST[®]

THE CARDIOPULMONARY
AND CRITICAL CARE JOURNAL

FOR PULMONOLOGISTS, CARDIOLOGISTS, CARDIOTHORACIC SURGEONS,
CRITICAL CARE PHYSICIANS, AND RELATED SPECIALISTS



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy: Evidence-Based Guidelines

Jack Hirsh, Gordon Guyatt, Gregory W. Albers and Holger J. Schünemann

Chest 2004;126;172-173

DOI: 10.1378/chest.126.3_suppl.172S

Antithrombotic Therapy for Venous Thromboembolic Disease

The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy

*Harry R. Büller, MD, Chair; Giancarlo Agnelli, MD;
Russel D. Hull, MBBS, MSc, FCCP;
Thomas M. Hyers, MD, FCCP; Martin H. Prins, MD; and
Gary E. Raskob, PhD*



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

**Journal of
Critical Care**

Journal of Critical Care (2005) 20, 301–303



ELSEVIER

Editorial

Deep vein thrombosis in the intensive care unit: underappreciated, understudied, and undertreated

Prevalencia e incidencia ETE en UCC



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

- TVP se utiliza como estimación de EP
- Incidencia TVP: en sintomáticos o en screening (10-100% TVP silentes)...depende de método screening:
 - Doppler compresión EEII
 - Flebografía ascendente
- Prevalencia al ingreso (10%)
- Incidencia durante la estancia en UCI (9 - 40%)
- Menores porcentajes en estudios más recientes

Deep venous thrombosis in medical-surgical critically ill patients:
Prevalence, incidence, and risk factors

Deborah Cook, MD; Mark Crowther, MD; Maureen Meade, MD; Christian Rabbat; Lauren Griffith, MSc;
David Schiff, MD; William Geerts, MD; Gordon Guyatt, MD

Crit Care Med 2005 Vol. 33, No. 7

Recomendaciones generales



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

- Valoración al ingreso UCC para tromboprofilaxis.
- profilaxis mecánica:
 - Junto a otros antitrombóticos
 - Alto riesgo de hemorragia hasta que disminuya.
- Riesgo moderado: HBPM.
- Alto riesgo: HBPM + mecánico.
- Inicio: En los pacientes quirúrgicos HBPM no más tarde de las 12 h. postcirugía
- Hora óptima habitual: 20-22 h
- Revisión diaria y adaptación a los procedimientos a realizar
- incluir recomendaciones de la profilaxis en informe de alta
- El AAS no como método de tromboprofilaxis.
- Tras a. neuraxial: tiempo de seguridad

Recomendaciones generales



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

- 1. Protocolo escrito y revisado periódicamente**
- 2. El cumplimiento de la política de profilaxis se debe promover con docencia regular, órdenes pre-escritas, recordatorios y sistemas de ayuda de toma de decisiones computarizados**
- 3. auditorías para asegurarnos el cumplimiento de estas políticas**

Factores de riesgo de ETEV relacionados con el paciente



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

- Inmovilización, reposo en cama, parálisis
- Cáncer y tratamiento del cáncer (hormonas, QT, RT)
- Historia de TEV
- Edad > 40 años
- Toma de anticonceptivos (estrógenos) u hormonas de reemplazo
- Modificadores selectivos de la respuesta a estrógenos
- Enfermedad aguda
- Insuficiencia cardíaca, insuficiencia pulmonar
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Síndrome nefrótico
- Síndrome mieloproliferativo
- Hemoglobinuria paroxística nocturna
- Obesidad (IMC > 30)
- Fumador
- Venas varicosas
- Catéter venoso central
- Trombofilia idiopática o adquirida

Medidas profilácticas



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

- **Métodos mecánicos**
 - Movilización temprana
 - Medias elásticas
 - Compresión neumática intermitente (CNI)
 - Estimulación eléctrica intermitente



- **Fármacos antitrombóticos**



fármacos antitrombóticos



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI

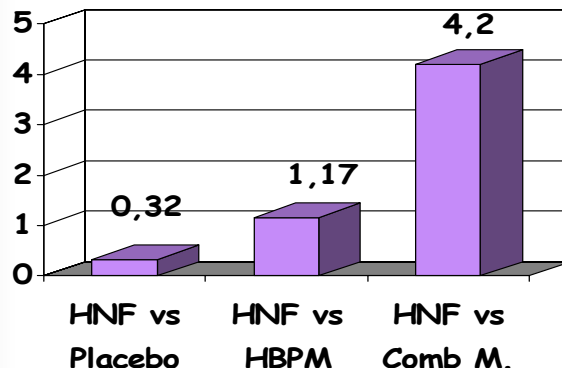
Mecanismo de acción	Fármaco
Inhibidores indirectos de la trombina (IIa) y/o factor Xa	Vía cofactor heparina: Rivaroxaban (BAY 59-7939), DX9065a, YM-60828 Vía antitrombina: Fondaparinux, Idraparinux, Heparinoides, Heparinas (HNF, HBPM)
Inhibidores directos de la trombina (IIa)	<ul style="list-style-type: none">● Hirudinas (Lepirudina, Desirudina, Bivalirudina),● Análogos sintéticos de la arginina, Megalatrán, Ximegalatrán
Inhibidores del Complejo Factor tisular / F VII	TFPI (inhibidor de la vía del factor tisular) rFVIIai NAPC₂ (nematode anticoagulant peptide 2)
Acción sobre la síntesis de factores de la coagulación	AVK (anti vitamina K)
Agentes anti plaquetas	Aspirina, clopidogrel, etc

CIRUGÍA GENERAL VISCERAL, TORACICA, GINECOLÓGICA



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

- Riesgo moderado: HBPM \leq 3.400 UI / 24h
(Enoxaparina 20 mg, Fraxiparina 0.3 ml)
- Riesgo elevado: HBPM \geq 3.400 UI / 24h
(Enoxaparina 40 mg, Fraxiparina 0.4 ml)
- Riesgo muy elevado: HBPM \geq 3.400 UI / 24h + Medias de compresión gradual o CNI
- Postoperatorio de obesidad mórbida: HBPM \geq 5.700 UI / 24 h
(Enoxaparina 60 mg, Fraxiparina 0.6 ml)



Mecánicos

SARTD- CHGUV - Sesión de Formación Continuada

Valencia 3 de Julio 2007



Heparinas y métodos mecánicos para la tromboprofilaxis en la cirugía colorrectal

Wille-Jørgensen P, Rasmussen MS, Andersen BR, Borly L

Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006, Número 3

Cirugía gastrointestinal y varices



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

Riesgo	Tipo de cirugía	F R P	Recomendaciones
Bajo	Varices Cirugía abdominal menor	Bajo Alto	Medias Nada HBPM o Medias
Moderado	Dissección hemorrágica extensa Tiempo quirúrgico prolongado Cir. emergencia	Bajo Alto	HBPM o Medias Altas HBPM
Alto	Cir mayor abdominal (higado pancreas, colon, enfermedad inflamatoria maligna) Cirugía bariátrica		Alta HBPM+ medias

Urologia



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

riesgo	Tipo de cirugía	FR P	Recomendación
Bajo	Cirugía renal percutánea Suprarrenales Uretroscopia, cir. Ureter Cistoscopia y RTUP Incontinencia Testiculos uretra	Bajo Alto	Nada o medias HBPM o medias
Alto	C. Renal abierta Prostatectomía abierta Cirugía de vejiga y de incontinencia Linfadenectomía Transplante renal		Altas dosis HBPM (4-6 semanas)

Riesgo elevado:

HBPM \geq 3.400 UI / 24h (Enoxaparina 40 mg, Fraxiparina 0.4 ml)

+ Medias de compresión gradual o Bomba CNI

Alto riesgo de sangrado crítico: Medias de compresión gradual o Bomba de CNI

Ginecología



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

Riesgo	Tipo de cirugía	F R P	Recomendaciones
Bajo	Aborto, Legrado, bartolinitis, conización Histerectomia Extracción de ovocitos Cirugía benigna de mama	Bajo Alto	Nada o Medias Medias
Moderado	Histeresctomia vaginal Histerectomia Laparotomia exploradora Cirugía cáncer de mama	Bajo Alto	HBPM o HNF o Medias Altas HBPM
Alto	Histerectomia abdominal. Prolapso Cirugía oncológica (utero, cuello, ovarios)		Alta HBPM O HNF + medias

riesgo	Tipo de cirugía	FR P	Recomendación
Bajo	Artroscopia e rodilla Lesión de ligamento cruzado Trauma de rodilla sin fractura	Bajo Alto	Nada HBPM dosis altas
Moderado	Fractura de extremidades inferiores Fractura de diafisis femoral		HBPM dosis altas Dosis altas HBPM
Alto	Prótesis Cadera, rodilla Fractura cadera Politrauma: Sin con riesgo hemorragia		HBPM dosis altas fondaparinux HBPM dosis altas CNI

- Riesgo elevado: HBPM \geq 3.400 UI / 24h (Enoxaparina 40 mg, Fraxiparina 0.4 ml), o Fondaparinux 2.5 mg / 24 h (inicio a las 6-8 horas tras la cirugía)
- + Medias de compresión gradual o Bomba CNI

politraumatismo



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

- HBPM, cuando disminuye el riesgo de hemorragia activa y/o crítica (a los 2-3 días)
- HBPM \geq 3.400 UI / 24h (Enoxaparina 40 mg, Fraxiparina 0.4 ml), + Medias de compresión gradual o Bomba CNI.
- *screening* para TVP en pacientes de alto riesgo que hayan recibido profilaxis subóptima.
- Traumatismo abdominal cerrado:
 - Medias de compresión gradual o Bomba CNI + inicio de HBPM \geq 3.400 UI / 24h (Enoxaparina 40 mg, Fraxiparina 0.4 ml) cuando no haya evidencia hemorragia activa ni dislaceración hepática o esplénica (a las 24-48 h del traumatismo).

NEUROCIRUGÍA, TCE



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

- Medias de compresión gradual o Bomba de CNI
- HBPM \geq 3.400 UI / 24h (Enoxaparina 40 mg, Fraxiparina 0.4 ml) cuando el riesgo de hemorragia crítica ha disminuido (en general, a partir de las 72 h de la cirugía).
- En los TCEs, el inicio de la tromboprolifaxis se retrasará hasta el día 5, valorando especialmente que no haya hemorragias con riesgo de sangrado activo (hematoma subdural / epidural / intracerebral).

Cirugía de cabeza, cuello, y columna y traumatismo espinal



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

riesgo	Tipo de cirugía	FR P	Recomendación
Bajo	ORL/maxilofacial Hernia discal Laminectomia (1-2)	Bajo Alto	Nada o medias HBPM
Moderado	Laminectomia extensa Osteosintesis	Bajo Alto	HNF + medias HBPM+ medias CNI HBPM
Alto	Neurocirugía intracraneal Lesión medular		HBPM / HNF+Medias o CNI HBPM o HNF + medias o CNI

- Lesión medular aguda: HBPM \geq 3.400 UI / 24h (Enoxaparina 40 mg, Fraxiparina 0.4 ml), si hemostasia primaria OK
- + Medias de compresión gradual o Bomba CNI (instaruidas desde el principio)
- Durante rehabilitación: HBPM o AVK

Cirugía cardio-toracica y vascular



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

riesgo	Tipo de cirugía	FR P	Recomendación
Bajo	Mediastinoscopia	Bajo Alto	Nada o medias HBPM dosis moderadas
Alto	Resección pulmonar por toacotomia o toracoscopia		HBPM altas dosis o HNF + medias
	Cir. Aorta abdominal Cir endovas. aneurisma aorta Cir. Extremidades inferiores Cir coronaria con/sin CEC		HBPM dosis altas o HNF HBPM altas dosis o HNF + medias

- Tromboprofilaxis con HBPM ≥ 3.400 UI / 24h
- (Enoxaparina 40 mg, Fraxiparina 0.4 ml)
- Asociar AAS 125 mg vo a partir del día siguiente.

CIRUGÍA CARDIACA



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

- ***Pacientes intervenidos de cirugía coronaria con o sin CEC***
 - *sin factores de riesgo añadidos:*
 - medias de compresión elástica en la pierna no intervenida.
 - Desde 3º día de encamamiento, HBPM/24h (Enoxaparina 40 mg, Fraxiparina 0.4 ml).
 - *con factores de riesgo añadidos (obesidad, antecedentes de ETEV, insuficiencia venosa, hipercoagulabilidad, FE<30%, bajo gasto cardiaco, etc.):*
 - HBPM/24h en la mañana siguiente a la cirugía.
- ***Pacientes con sustitución protésica valvular***
 - HBPM/12h (Enoxaparina 40 mg, Fraxiparina 0.4 ml) en la mañana siguiente a la cirugía hasta INR terapéutico+ Sintrom/24 h vo desde inicio tolerancia oral**.

PROTESIS VALVULARES



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

MECANICAS	Ao	AVK	Siempre	2,5	1A
	Mi			3	1C+
	+F. Riesgo	AVK/AAS		3/80	1C+
BIOLOGICAS	Mi/Ao	AVK	3 meses	2.5	1C
	embolismo sistémico	AVK	12 meses		1C
	Trombo AI	AVK	Mantener	2-3	1C
	Si FA	AVK	Largo	2,5	1C+
	RS sin f. previos	AAS 80-100 mg/dia	plazo		

Endocarditis v. protésica mecánica	AVK salvo contraindicacion	1C
ETNB y émbolos	heparina	1C
Cancer+veget no bacter	HNF	

Valvulopatias



- Enfermedad reumática mitral
 - y FA o Embolismo sistémico: AVK . INR 2-3 (1C+)
 - FA o Embolismo sistémico durante AVK: AVK INR 2-3+AAS 80-100 mg/dia (1C) o (dipiridamol o clopidogrel) (1C)
 - RS con \emptyset AI>5,5 cm AVK: INR 2-3 (2C)
- Valvuloplastia mitral: AVK: INR 2-3 (3 sem) (2C)
- Prolapso mitral:
 - Con AIT : AAS 50-325/dia
- Calcificación mitral e IM
- Valvulopatía aórtica
- Alteraciones Arco aórtico: Placas móviles: AVK

Embolismo sistémico+ AIT repetidos:
AVK INR 2,5

Venous Thromboembolism in Medically Ill Patients: Identifying Risk and Strategies for Prevention



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

ARTHUR WHEELER, MD

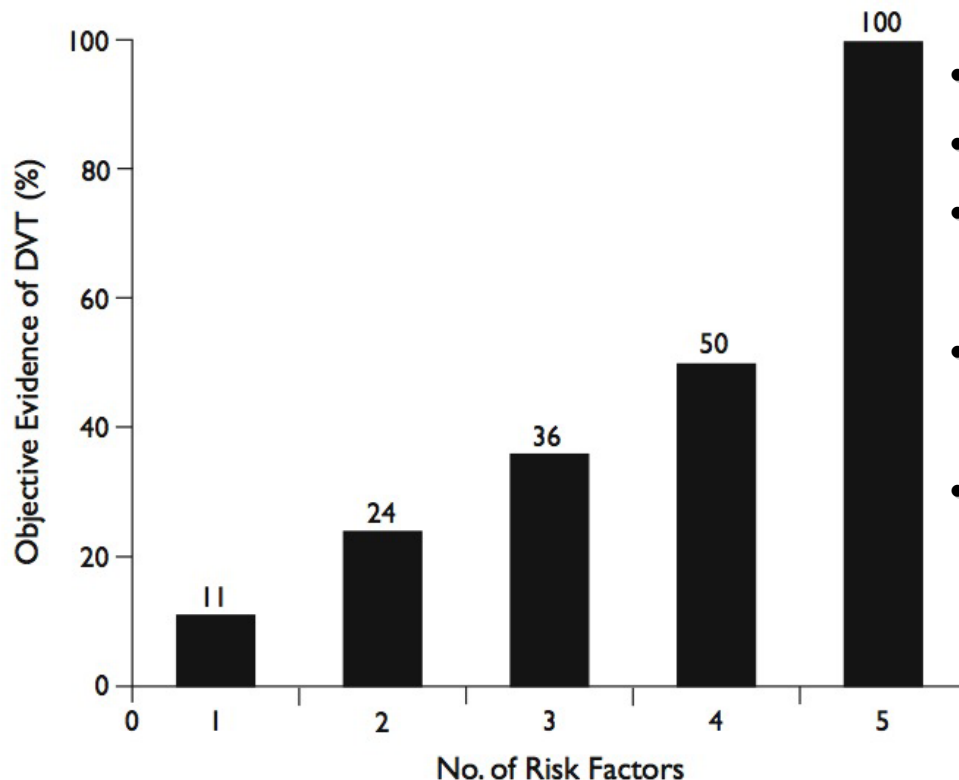
Associate Professor of Medicine

Vanderbilt University Medical Center

Division of Allergy, Pulmonary and Critical Care Medicine

Nashville, Tennessee

(*Clinical Cornerstone*. 2005;7[4]:23-31) Copyright © 2005 Excerpta Medica, Inc.



- Evaluación riesgo ETV
- Profilaxis con HBPM
- Si riesgo hemorragia:
Sistemas mecánicos CNI
- R. moderado:
DBHNF/HBPM
- Alto riesgo: HBPM

Tratamiento de la TVP aguda



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

- HBPM
 - 100 U/Kg cada 12 h
- ó HNF (mejor en la I renal)
 - 5000 U + infusión continua 30000/24 h (80U/kg) y luego 18U/kg/h
 - APTT > x1,5
- AVK desde 1º día, solapando cuando INR=2 estable, retiraremos Hp, y continuamos AVK 3 meses o más
- Trombolisis o trombectomía quirúrgica, solamente en: TVP iliofemoral masiva con riesgo de gangrena de la extremidad por oclusión venosa
- Filtro de cava si hay contraindicación de anticoagulación, complicaciones derivadas del mismo o TEB recurrente a pesar de anticoagulación adecuada

Tratamiento inicial de la EP aguda



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

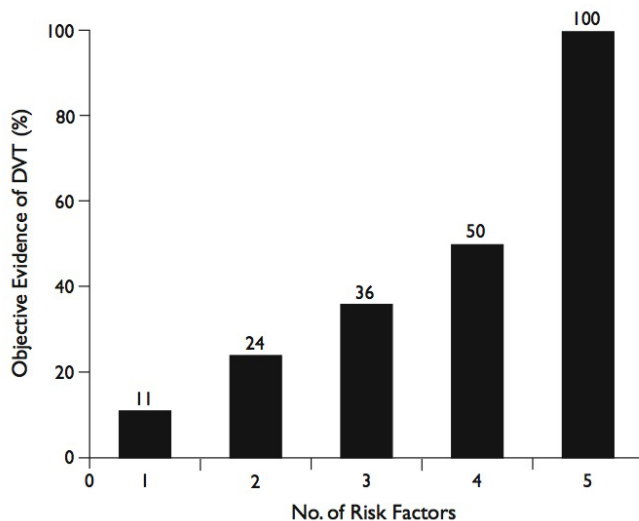
- EP no masiva confirmada o alta sospecha:
 - HBPM > HNF.
 - + AVK hasta INR=2 estable, y suspender Hp
- En pacientes altamente comprometidos
 - Trombolisis
 - Extracción o fragmentación
 - Embolectomia pulmonar, salva la vida en la EP masiva
- Filtro de cava:
 - Contraindicación o complicación de anticoagulante, EP a pesar de antiacoagulación.

Cirugía del quemado y cuidados intensivos



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI

riesgo	Tipo de cirugía	FR P	Recomendación
Bajo	Quemaduras <20%	Bajo Alto	Nada o medias HBPM /Medias
Moderado	Quemaduras 20-50% SC Quemaduras piernas Injerto de las piernas	Bajoç Alto	HBPM HBPM dosis altas
Alto	Quemaduras > 50% Quemaduras electricas Hipercoagulabilidad Infusión femoral		HBPM dosis altas c HBPM altas dosis c HNF



Venous Thromboembolism in Medically Ill Patients: Identifying Risk and Strategies for Prevention

ARTHUR WHEELER, MD

Associate Professor of Medicine
Vanderbilt University Medical Center
Division of Allergy, Pulmonary and Critical Care Medicine
Nashville, Tennessee

(Clinical Cornerstone. 2005;7(4):23-31) Copyright © 2005 Excerpta Medica, Inc.

Terapia antitrombótica en arteriopatía periférica



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

- Isquemia crónica de extremidades: AAS 75-162/día
- Isquemia aguda de extremidades:
 - Trombosis arterial aguda: HNF
 - Embolectomia: 1ºHNF+2ºAVK
 - Trombolisis si enfermedad reciente con bajo riesgo de mionecrosis
- AAS en procedimientos de derivación infrainguinal
 - Alto riesgo de oclusión del injerto: añadir AVK
- Endarterectomía carotídea: AAS 75-325/día antes y 75-162/día después
- Estenosis carotídea: 75-162/día
- Prótesis endovasculares de extremidades inferiores: 75-162/día

Enfermedad coronaria



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

■ SCASEST

- AAS 75-325/24 h inmediato y luego 75-162/24 h
 - Clopidogrel 1º 300 mg y 2º 75/día... Si alergia a AAS, Si retrasa cateterismo dx, o cirugía
- Riesgo moderado o alto:
 - AAS o Clopidogrel+epifibrinato o tirofiban+HBPM
 - Abciximab para ICP en 24 h.
- Combinar con 1º HBPM (continuar para ICP), también cuando han iniciado tratamiento con inhibidores IIb/IiIa

■ Post AIM y post SCA

- AAS 160-325 mg/24 h y luego 75-162 mg/24h (100 mg si riesgo de hemorragias)
- Si contraindicada AAS: clopidogrel 75 mg/día
- Combinaciones de AVK+AAS

■ Enf. Coronaria crónica estable

Trombolisis iv en IAM



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

Estreptoquinasa, t-PA, antistreplasa, reteplasa, tenecteplasa

- IAM < 12 h + aumento ST o BRI
- < 6 h o alergia a estreptoquinasa: atepplasa
- IAM recurrente no estreptoquinasa.
- Contraindicaciones: hemorragia intracraneal, ACV isquémico en 3 meses.
- **fibrinosis extrahospitalaria, si no hay angioplastia**
- +AAS 160-325 y luego 75-162 indefinido
- Si alergia a AAS: Clopidogrel 300/75
- Además: HNF :5000U/ 1000U/h o 12500/12 h sc ó HBPM: enoxaparina/12 h durante 7 dias

Intervención coronaria percutánea (ICP)



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

1. AAS previa y a largo plazo. Si lleva clopidogrel o sintrom (aas 75-100)
 - angor inestable: +Abciximab 0,25 mg/kg+ 10mcg/minx12 h
 - IAMCEST: +eptifibátido 180 mcg/kgx2+2 mcg/kg/minx18h
 - SCASEST con tirfiban...durante 4 horas.
 - SCASEST: abciximab 24 h previas
 - Si HBPM y ultima dosis hace...
 - < 8 h : nada
 - > 8h : HBPM iv o HNF
 - Si no recibió Inh GPIIb/Iia: HNF (60-100U/kg), TCA: 250-300 seg
 - Si recibió Inh GPIIb/Iia: HNF (50-75U/kg),
2. 300 de clopidogrel 6 h antes de la ICP o 600 si < 6h.
3. Si no toma previamente AAS: clopidogrel 24 h antes.
4. de AAS+Clopidogrel 9-12 meses

Derivación aortocoronaria



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

- Prevención de oclusión de injertos.
- Los pacientes con enfermedad coronaria llevan AAS tº indefinido
- Si no hemorragia, **AAS a las 6 h**
- Si alergia a AAS Clopidogrel 300/75
- Si intervención por SCASEST:
Clopidogrel 300/75+AAS a las 9-12 h
- Si tiene indicación de AVK, AAS 100

FA/Flutter



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

- FA persistente o paroxística
 - con riesgo elevado de ACV: Sintrom, INR 2-3
 - Con riesgo moderado: Sintrom, INR 2-3 o AAS 325 mg/día
 - Sin F. riesgo: AAS 325 mg/día
 - Valvulopatias
 - EMI: INR 2-3
 - Con prótesis valvulares: INR 3
 - Posterior a C. Cardíaca:
 - Si >48h : AVK, INR: 2-3
 - Si vuelve a RS+factores de riesgo mantener anticoagulación 2-3 semanas
- Cardioversión en FA o Flutter
 - Duración \geq 48h o desconocida: Sintrom, INR 2.0-3.0 de inicio 3 semanas antes y duración 4 semanas después.
 - Duración \leq 48h: cardioversión sin anticoagular, después HBPM sc/24h (enoxaparina 40 mg ó fraxiparina 0.4 ml)

65-75
DM
E. coronaria

AIT, embolismo sistémico o ACV
HTA
FVI pobre
>75
Valvulopatía mitral reumática
Prótesis cardíaca

Terapia antitrombótica y trombolítica en ACV



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

- ACV isquémico agudo trombolisis:
 - t-PA iv en las 3 primeras horas:
 - 0,9 mg/kg
 - Hipodensidad extensa en TAC:nada
 - t-PA iv en las 3-6 horas: no
 - Trombolisis intraarterial si > 6 h, cerebral media o basilar
- ACV isquémico agudo no trombolisis
 - AAS precoz 160-325 mg/dia
- Terapia antitrombótica para prevención de TVP y EP
 - Movilidad restringida: DBHNF, HBPM o heparinoides
 - Si contraindicación: dispositivos mecanicos
- +Hematoma intracerebral:
 - CNI (1C+)
 - Paciente estable HBPM desde 2º dia (2C)

Prevención ACV en paciente con AIT



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

- ACV oAIT no cardioembólico
 - AAS 50-325 mg/24h, AAS+dipiridamol, Clopidogrel
- Riesgo hemorrágico:
 - Reducir AAS > 100/día
- Si ACV o IAT no cardioembólico: AAS+dipiridamol, Clopidogrel
- Trastorno protrombóticos: AVK
- Pacientes con ateromas aórticos
 - ACV :antiplaquetarios
 - Si trombos móviles: AVK
- Foramen oval permeable+ACV: antiplaquetarios
- Trombosis del seno cavernoso
 - HNF o HBPM, incluso con infarto hemorrágico, luego AVK durante 3-6 meses.

Anticoagulación durante técnicas de depuración extrarrenal: PRESERVAR FILTRO



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

- Lavado con suero fisiológico (100-150 mL/h)
 - Indicado en trombopenias o riesgo de hemorragia aumentado.
 - Requiere circuitos pequeños y modo predilución
- HNF: En la entrada del circuito, Dosis de carga de 2.000 a 5.000 unidades+perfusión de entre 5 y 10 U/kg/h
 - Ajuste del balance HNF & protamina (100 UI HNF:1 mg protamina)
- HBPM
 - Menor sangrado. No hay dosis precisa.
- Alternativas a la heparina:
 - Citrato regional (citrato trisódico al 4% a 170 ml/hora)
 - Indicado en sistemas de HDF y
 - monitorización intensa
 - PGI2 Epoprostenol a 8 ng/kg/minuto
 - Riesgo de hipotensión. Acción prolongada no reversible.
 - Difícil de monitorizar

- Rheomacrodex 100cc cada 8 h
- HNF/HBPM
- Situaciones variables