



Bleeding news

Coagulopathy in the surgical patient: trauma-induced and drug-induced coagulopathies.

Ruben Peralta, Hassan Al Thani, Sandro Rizoli

Curr Opin Crit Care 2019, 25:000–000 DOI:10.1097/MCC.0000000000000676

El manejo de la coagulopatía es de crucial importancia en el paciente sangrante. En el artículo se distinguen 2 escenarios: la coagulopatía inducida por el trauma (*Trauma Induced Coagulopathy*, TIC) y la coagulopatía inducida por fármacos anticoagulantes. Los autores hacen una descripción del estado actual de conocimiento y proponen los protocolos de su centro.

El desarrollo de la TIC es multifactorial y la clínica es cambiante en el tiempo (hiper- o hipofibrinólisis, déficit de generación de trombina, hipercoagulabilidad) por lo que se recomienda una monitorización estrecha de la coagulación (idealmente cada 30 min), si es posible, por test viscoelásticos. Obviamente, la base del tratamiento es el control del sangrado (quirúrgico, intervencionismo) y medidas generales, como evitar la acidosis, hipotermia, hipocalcemia o hipovolemia severa. En esta reanimación precoz, se propugna la activación de protocolos de transfusión masiva, con restricción de la administración de cristaloides. También de forma precoz se debe administrar ácido tranexámico (1 g) y fibrinógeno (con umbral en torno a 200 mg/dl). Un aspecto poco estudiado en la TIC es la disfunción plaquetar; de forma general, se recomienda mantener niveles 50.000-100.000 plaquetas/mcl.

El manejo de los pacientes en tratamiento con fármacos anti-vitamina k (AVK) puede ser fácilmente guiado por INR. Para su reversión urgente puede utilizarse tanto plasma fresco congelado (PFC) como concentrado de complejo protrombínico (CCP), siendo el CCP (25-0 UI/kg) la primera opción dado que ha demostrado una reversión más rápida y con menor volumen, disminuyendo la mortalidad de estos pacientes.



Bleeding news

Mucho más controvertido es el manejo de los pacientes con anticoagulantes orales directos (ACOD), dado su dificultad de monitorización, no lineal para los test de laboratorio estándar y sin calibración en los test viscoelásticos. En estos pacientes, además del tratamiento general, se ha propuesto el uso de carbón activado (si la ingesta ha sido en las últimas 2 horas), hemodiálisis (para dabigatran), reversores específico (idarucizumab para dabigatran; andexanet alfa para rivaroxabán, apixaban, edoxaban) o el uso de hemostáticos (CCP activado para dabigatran; CCP para rivaroxabán, apixaban, edoxaban).

En todo paciente, pero especialmente en el paciente sangrante, se debe tener presente el riesgo trombótico y, una vez establecida la hemostasia, la mayoría de pacientes quirúrgicos requerirán medidas de tromboprolifaxis mecánica y/o farmacológica.