

Guía de práctica clínica para el manejo de la coagulación en pacientes sometidos a técnicas endoscópicas

F. Alberca de las Parras

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia

¿POR QUÉ ELABORAR UNA GUÍA EN RELACIÓN CON LOS PROBLEMAS DE COAGULACIÓN Y LA REALIZACIÓN DE TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS?

Desde hace años la anticoagulación y la antiagregación simple o doble se han convertido en un arma terapéutica y preventiva sobre todo en patologías cardiovasculares de alta prevalencia. Esto, unido al aumento del intervencionismo en las técnicas endoscópicas, supone un incremento del riesgo.

Pero el riesgo no sólo procede de la potencial hemorragia, sino también de los riesgos tromboticos (1), no siendo razonable que los endoscopistas obviemos los mismos.

Es necesario realizar un esfuerzo para aunar criterios basándonos en la literatura publicada. Otras sociedades ya han iniciado este camino (2-4) y se han demostrado incluso beneficios secundarios tanto a ahorro económico como a un impacto nulo en la incidencia de trombosis al aplicar dichas guías (5).

EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA, ¿QUÉ ACTITUD SE DEBE TOMAR ANTE EL USO DE ANTICOAGULANTES, ANTIAGREGANTES O AINE? (Fig. 1)

Los *anticoagulantes* deben ser *cesados inmediatamente* y se pueden iniciar los siguientes métodos terapéuticos de forma secuencial y en paralelo a la técnica endoscópica (3,6).

1. *Vitamina K1* i.v. (fitomenadiona), 10 mg (una ampolla) en 100 ml de suero fisiológico o suero glucosado 5%: 10 ml en 10 minutos (1 mg/10 min) y luego el resto en 30 minutos. Su efecto dura 8 horas aproximadamente y no es inmediato.

2. *Plasma fresco*, de 10 a 30 ml/kg; a las 6 horas se puede repetir la mitad de la dosis, ya que la vida media de los factores es de 5 a 8 horas.

3. *Concentrado de complejo protrombínico asociado a factor IX (Prothromplex Immuno TIM 4 600 U.I®)*: equi-

vale a 500 ml de plasma. Dosis: (tiempo de protrombina deseado - obtenido) x kg peso x 0,6.

4. *Factor VII recombinante activado*: 80 µg/kg en bolus lento (amp. de 2 ml = 1,2 mg).

—Efecto a los 10 a 30 minutos de la administración.

—La duración del efecto es de 12 horas.

—No se debe asociar a los complejos protrombínicos.

—Normaliza el tiempo de protrombina y corrige los defectos de función plaquetar.

Se utilizarán estos mecanismos hasta que el INR se estabilice entre 1,5 y 2,5 y cese el sangrado. Los anticoagulantes se reiniciarán a las 3-5 días una vez nos hemos asegurado de que han disminuido los riesgos (realizar segundas endoscopias (*second look*)).

Recientemente se ha presentado un *abstract* que demuestra que el riesgo de sangrado en pacientes que toman antiacoagulantes es de 6,5 veces mayor que los que no lo toman (7).

La suspensión de los *antiagregantes* y los *AINE* no va a cambiar la historia natural pues su efecto sobre la coagulación se va a retrasar algunos días, aunque se debe tener en cuenta si estamos ante lesiones que previsiblemente no van a cicatrizar con rapidez. No se debe olvidar que la aspirina y los *AINE* pueden ser así mismo la causa de la hemorragia.

¿SE DEBEN REALIZAR PRUEBAS DE COAGULACIÓN PREVIAS A LA REALIZACIÓN DE TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS?

No existe evidencia científica en este sentido. En una guía clínica publicada por la Asociación Americana de Endoscopia Digestiva (ASGE) (8) establece que ni siquiera para técnicas de alto riesgo es útil la realización de pruebas de laboratorio para detectar alteraciones ocultas de la coagulación, no considerándolas indicadas; además plantea que legalmente es más peligrosa la mala interpretación de una alteración de coagulación que el no haber realizado las pruebas. Los test nunca pueden sustituir una historia clínica previa y sólo es obligado hacerlos ante la sospecha de alteraciones.

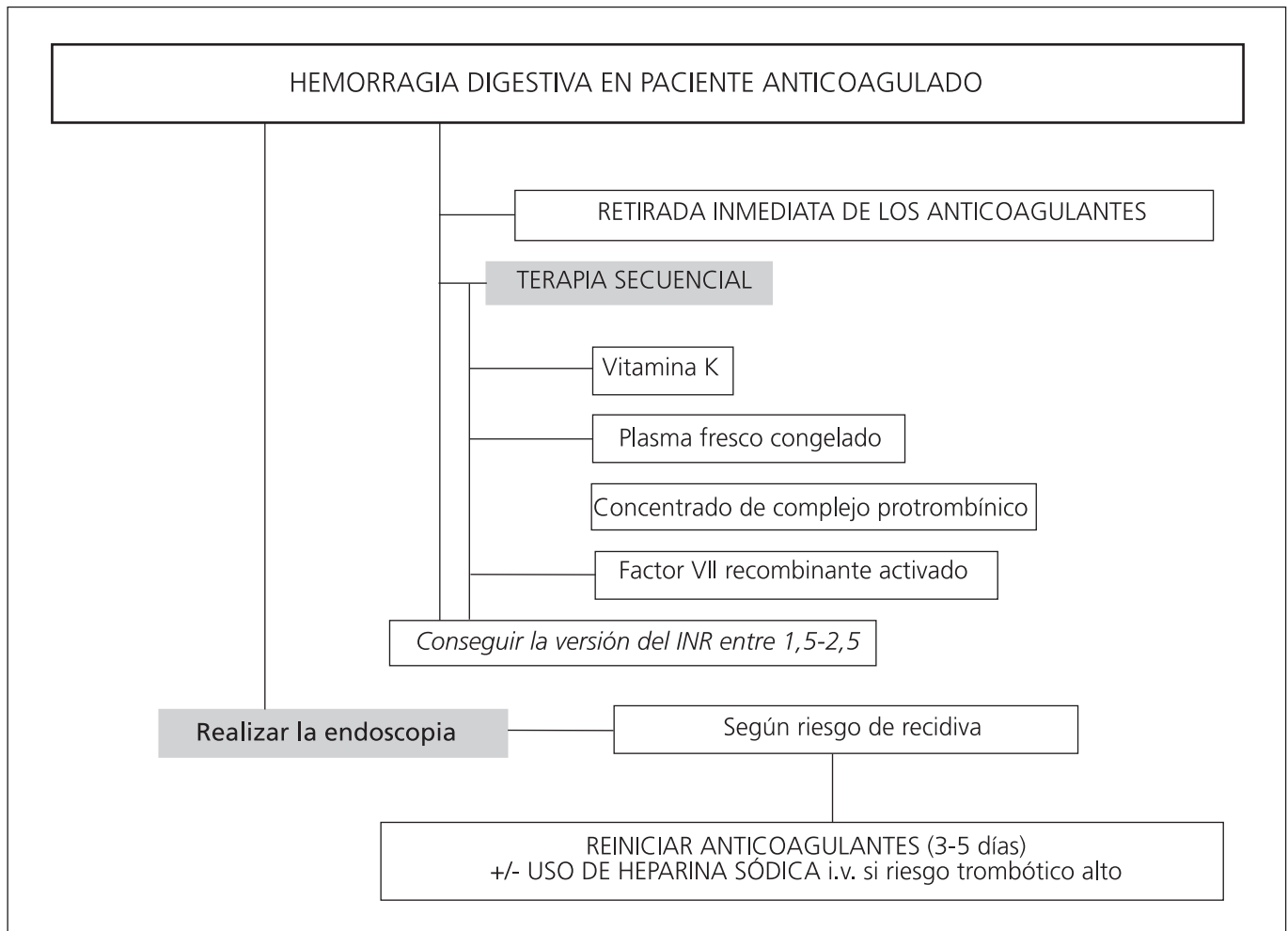


Fig. 1.

¿QUÉ ALTERACIONES EN LA COAGULACIÓN DEBEN TENERSE EN CUENTA ANTE LA REALIZACIÓN DE TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS?

En los pacientes que presentan trombocitopenia la actitud depende del tipo de procedimiento.

— En los procedimientos de riesgo alto es necesario que la cifra de plaquetas sea superior a 50.000/μl.

— Las exploraciones endoscópicas de bajo riesgo se pueden realizar en pacientes con plaquetas > 20.000/μl.

Recomendación D

— *Actividad de protrombina:* cifras de TP menor de 50% vs. INR > 1,5 suponen un aumento del riesgo de sangrado. Se encuentra de forma habitual en las hepatopatías crónicas, así como el uso de anticoagulantes orales (Tabla I).

— *Alteración del tiempo de tromboplastina parcial activado (PTTA):* se mide como una prolongación del PTTA respecto al PTTA tr. Se puede ver en el uso de heparina sódica i.v.

Tabla I

Agente	Normalización de la hemostasia	T. Prot/INR	PTTA
Antiagregantes	2-10 días*	Normal	Normal
AINE**	1-3 días	Normal	Normal
Heparina sódica i.v.	2-4 horas	Alargado (+)	Alargado (+++)
Heparina BPM	Al menos 12 horas	Normal	Normal
Anticoagulantes orales	4-6 días	Alargado (+++)	Alargado (+)

*En página 4; **En página 4.

¿CÓMO SE PUEDEN CORREGIR ESTAS ALTERACIONES PREVIAMENTE A LA REALIZACIÓN DE TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS?

— La *corrección de déficit de plaquetas* se realiza de forma programada, infundiendo durante la técnica endoscópica y en el tramo previo inmediato. Es sufi-

ciente elevar la cuenta de plaquetas entre 40.000 a 50.000/mm³.

- Cada unidad de plaquetas aumenta el recuento en 5.000 a 10.000 por mm³.

- La dosis es de 1 U/10 kg de peso.

- En caso de refractariedad a plaquetas con manifestaciones de sangrado grave se recomienda factor VII activado recombinante (rVIIa) (Novoseven®) con efecto hemostático en pacientes con trombocitopenia grave y trombocitopatías, a una dosis de 90 a 150 µg/kg cada dos horas por vía intravenosa, hasta controlar el sangrado. Por su alto precio el uso profiláctico debe ser limitado a casos muy concretos y urgentes.

—En el caso de *alteraciones del tiempo de protrombina* se aplican las mismas pautas comentadas en pacientes anticoagulados.

—Las *alteraciones del tiempo de tromboplastina parcial activado (PTTA)*, como por ejemplo en pacientes en tratamiento con heparina sódica, suelen revertir al retirar la misma en el plazo de 4 a 6 horas. Sin embargo, si queremos por situación de urgencia una reversión más rápida, se utilizará el sulfato de protamina: 1 mg neutraliza 100 unidades de heparina. Administración lenta en 100 ml de suero fisiológico. No administrar una dosis superior a 100 mg (2 ampollas), ya que dosis altas pueden producir efecto anticoagulante.

¿QUÉ TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS SE CONSIDERAN DE MAYOR RIESGO DE SANGRADO?

El riesgo de sangrado parece definido por consenso, y así se establece en las diferentes guías clínicas (2) y manuales, planteando dos niveles de riesgo (Tabla II).

—*Biopsias*: el riesgo de hemorragia en biopsias es de aproximadamente el 1% (9).

—*Polipectomía*: el riesgo de sangrado mayor de la polipectomía en varias series amplias oscila entre el 0,05 y el 1%, si bien puede ser de hasta el 4,3% en pólipos mayores de 1 cm y del 6,7% en mayores de 2 cm (10-12). Parece ser que dicho riesgo se aumenta con el tamaño mayor de 2 cm de los pólipos y se ha detectado que san-

gran más los pediculados que los sesiles, por lo que en pacientes en tratamiento antiagregante es aconsejable asociar a una técnica que disminuya el riesgo como el uso de adrenalina profiláctica, el endoloop o lazo desechable y los endoclips (11).

- Inmediato, cuando no se coagulan bien los vasos nutricios.

- Tardío, entre 1 y 14 días, más grave; se debe tener en cuenta antes de reintroducir los antiagregantes.

—*CPRE y esfinterotomía*: la incidencia de hemorragia se sitúa entre el 2,5 y el 5% (13). Los diferentes estudios definen la anticoagulación como claro factor de riesgo para el sangrado. Con respecto a la antiagregación sólo dos estudios retrospectivos (14,15) han analizado dicho efecto, con resultados no concluyentes como se plantea en la Guía Clínica de la Sociedad Americana, pero con un riesgo para el sangrado agudo en uno de ellos (14) del 9,7 vs. 3,9% (AAS vs. control, $p < 0,001$) y para el sangrado diferido del 6,5 vs. 2,7% ($p = 0,04$), lo cual sugiere que salvo en situaciones de urgencia es deseable la retirada al menos 7 días antes de la técnica. La esfinteroplastia con balón se ha propuesto como una técnica alternativa en pacientes con necesidad de apertura urgente de la vía biliar y con alteraciones de la coagulación (16), así como el uso de prótesis biliares sin esfinterotomía de forma transitoria.

—*Enteroscopia*: la técnica simple no parece suponer un riesgo, pero si se plantea como técnica terapéutica e intervencionista se debe enfocar como una técnica de riesgo, ya que hasta en el 64% de los casos se realiza terapéutica (17).

¿ES LA ANTIAGREGACIÓN, SIMPLE O DOBLE, UNA CONTRAINDICACIÓN PARA ALGUNA TÉCNICA ENDOSCÓPICA?

No existen datos convincentes que conviertan la *antiagregación simple* en una contraindicación absoluta para ninguna técnica endoscópica.

En cuanto a la *antiagregación doble* no hay trabajos que analicen su efecto, aunque parece razonable con los datos existentes, el intentar evitar realizar intervencionismo mientras sea necesario su uso, o bien plantearse proteger con heparina de bajo peso molecular.

¿EXISTE EVIDENCIA ACERCA DEL AUMENTO DEL SANGRADO INTESTINAL EN PACIENTES ANTIAGREGADOS?

En un estudio en animales de experimentación al realizar lesiones de 7 mm en colon, se demostró un aumento del tiempo de sangrado en los tratados con aspirina frente a los no tratados (155 vs. 169 segundos – $p < 0,05$) (18); así mismo se ha encontrado un aumento del sangrado en los puntos de biopsia en pacientes tratados con aspirina frente a aquellos controles o con AINE (19).

Tabla II

Bajo riesgo de sangrado (< 1%)	Alto riesgo de sangrado (1-6%)
Endoscopia diagnóstica con o sin biopsia	Polipectomía
Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica diagnóstica (CPRE)	Coagulación y ablación con láser
Inserción de stents biliares sin esfinterotomía	Esfinterotomía
Ecoendoscopia	Dilatación estenosis benignas o malignas
Enteroscopia de pulsión	Gastrostomía endoscópica percutánea
	EUS-PAAF
	Tratamiento de varices
	Enteroscopia con balón

Sin embargo estos estudios experimentales no han encontrado traducción clínica en la literatura cuando se trata de su aplicación en pacientes sometidos a técnicas endoscópicas.

La Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación ha elaborado dos recomendaciones de consenso ante la realización de anestesia locorregional y epidural con los siguientes datos (20,21) (Tablas III y IV).

Tabla III. Tiempo de seguridad de antiagregantes

10 d.	Ticlopidina (Tiklid [®] , Ticlodone [®] , Ticlopidina EFG [®])
7 d.	Clopidogrel (Iscover [®] , Plavix [®])
	Ácido acetil salicílico (Ácido Acetilsal Bayer [®] , Adiro [®] , Bioplak [®] , Therasacard [®] , Tromalyt [®]) Trifusal (Disgren [®])
1 d.	Dipiridamol (Persantin [®]) Tirofiban (Aggrastat [®])

Tabla IV. Actividad antiagregante de los AINE

Importante (7 d.):	Aspirina, Piroxicam, Tenoxicam, Indometacina, Ketorolaco
Débil (12 h.):	Meloxicam, Sulindac, Nabumetona, Diflunisal, Paracetamol, Dipirofeno, Flurbiprofeno
Nulo (0 d.):	Coxibs

—La aspirina y los AINE no han demostrado en varios trabajos que aumenten el riesgo de sangrado ante *polipectomías*, aunque se trata de estudios retrospectivos o limitados en su análisis y fueron la base para la guía clínica de la ASGE, la cual no recomienda la retirada de los antiagregantes previa a las técnicas endoscópicas (13,22-24).

Sin embargo, uno de los estudios, prospectivo (22), aunque no presenta un aumento de las complicaciones sí muestra trazas de sangrado en heces hasta en un 6,3% de los pacientes frente a un 2,1% en los placebos. Se ha analizado específicamente la complicación más importante, que es el sangrado tardío en un estudio de casos control (25), confirmando que no existe un aumento del sangrado en el subgrupo que toma aspirina frente al placebo, pero no se analizó el uso de aspirina más allá de 3 días después de la técnica, existiendo episodios de sangrado en diferentes técnicas hasta 19 días después, por lo que el análisis es al menos dudoso.

En esfinterotomías, como ya se ha comentado, sólo existen dos estudios que analizan su efecto, si bien también con limitaciones para su interpretación. Por ello, algunos autores (26) recomiendan la retirada de los antiagregantes de 4 a 7 días antes de las técnicas de riesgo y su reintroducción a los 7 días si se ha puesto por prevención secundaria o, si se trata de prevención primaria, a los 10 días tras esfinterotomía o a los 14 tras polipectomía.

Para pruebas de alto riesgo de sangrado se ha definido que se debe retirar el clopidogrel 5 días antes en pacientes con doble antiagregación (27).

¿QUÉ PATOLOGÍAS TIENEN UN MAYOR RIESGO TROMBÓTICO ANTE LA REVERSIÓN DE LA ANTIAGREGACIÓN?

—*Stents coronarios*: la suspensión de la doble antiagregación (aspirina + clopidogrel) precozmente tiene un riesgo de trombosis del stent del 29% (8-30%) (Fig. 2):

- Stents no recubiertos: mantener 1 mes.
- Stents recubiertos (liberador de antiproliferativos): mantener 1 año (o 18 meses).

—*Prevención secundaria* (tras IAM reciente): no tiene ventajas la asociación AAS + clopidogrel frente a clopidogrel sólo (28).

—*Prevención primaria* de cardiopatía en pacientes de riesgo: no precisan doble antiagregación.

—*Tras artroplastia de cadera o rodilla o cirugía por fractura de cadera*: el riesgo está aumentado en 10 a 35 días, recomendándose prevención con HBPM o flondaparinux.

En todos los casos lo deseable es retrasar la terapéutica hasta que el riesgo trombótico sea el menor posible; en los casos de *doble antiagregación* es posible suspender el clopidogrel 7 días antes y mantener la aspirina según la pauta prevista, o bien proteger con heparina de bajo peso molecular.

¿ES LA ANTICOAGULACIÓN UNA CONTRAINDICACIÓN PARA ALGUNA TÉCNICA ENDOSCÓPICA?

—Sí, para las técnicas endoscópicas de alto riesgo de sangrado.

—En casos urgentes se puede plantear realizar dichas técnicas tras revertir la anticoagulación (vitamina K, plasma fresco o factores de la protrombina) hasta conseguir un INR \leq 1,4.

¿QUÉ PATOLOGÍAS TIENEN UN MAYOR RIESGO TROMBÓTICO ANTE LA REVERSIÓN DE LA ANTICOAGULACIÓN?

La ASGE (2) define el riesgo de trombosis en dos grados que han sido asumidos de forma generalizada por otros autores, en manuales (29) y en revisiones (30), no existiendo en la literatura actual datos en otro sentido (Tabla V):

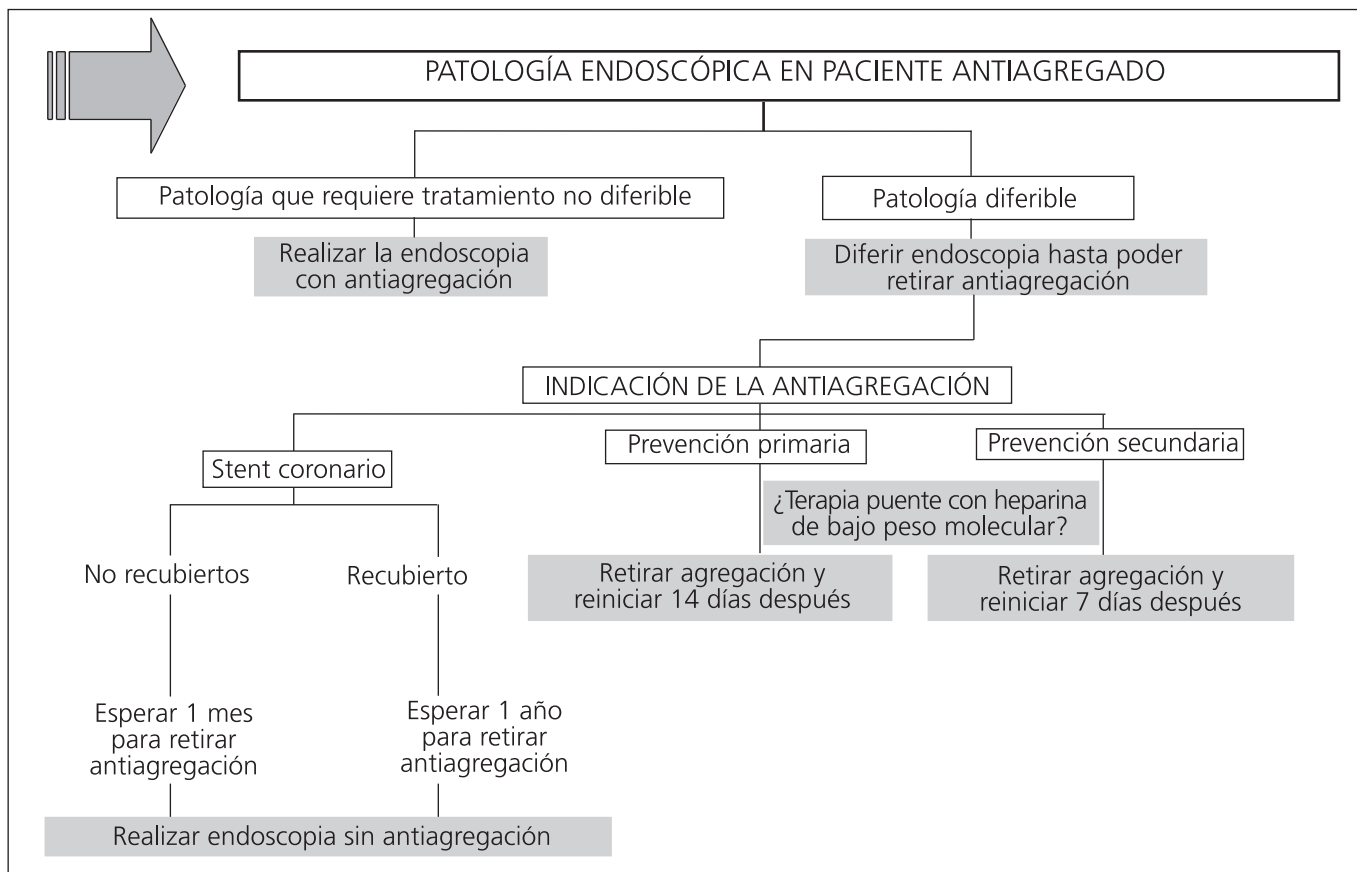


Fig. 2.

Tabla V

Riesgo bajo (1-2% si se interrumpe la anticoagulación de 4 a 7 días)	Riesgo alto
Trombosis venosa profunda	AC x FA con enfermedad valvular
AC x FA paroxística o crónica no complicada con patología valvular	Prótesis mitral metálica
Prótesis valvular biológica	Válvula metálica con episodio trombótico previo
Prótesis aórtica metálica	

¿CUÁL SERÁ LA PAUTA PRÁCTICA PARA LA REVERSIÓN DE LA ANTICOAGULACIÓN? (Fig. 3)

En un análisis de decisión basado en la aplicación de las guías clínicas de la ASGE (5) se definieron como las estrategias más *coste-efectivas* las siguientes:

- En pacientes de riesgo trombótico bajo (por ejemplo, fibrilación auricular sin patología valvular) o si la posibilidad de polipectomía excede el 60%, cesar la warfarina 5 días antes.
- En colonoscopias de *screening* en las que se espera encontrar pólipos en al menos un 35% de los casos, mantener la warfarina con reducción de dosis.
- Si la posibilidad de polipectomía es menor o igual al 1%, continuar con warfarina.

¿CUÁL SERÁ EL PAPEL DE LA HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR EN LA REVERSIÓN DE LA ANTICOAGULACIÓN?

En sus recomendaciones, la ASGE (4) plantea una pauta de manejo con el uso de heparina de bajo peso molecular como puente en pacientes de alto riesgo trombótico; el problema es que no se han definido ni las dosis ni cuál es el momento ideal para la reintroducción de la heparina, aunque se plantea que puede oscilar entre las 2 y las 6 horas tras el procedimiento, debiendo consensuarse con otros especialistas implicados. Otros autores proponen reducción de dosis de la HBPM previo a procedimientos intervencionistas, con reintroducción precoz en pacientes de alto riesgo según la siguiente, aunque está descrita en un ensayo para cateterismos diagnósticos y no para técnicas de alto riesgo de sangrado (31).

Por otro lado faltan datos concluyentes en la literatura para aconsejar el uso de HBPM como terapia puente en pacientes en tratamiento antiagregante y con alto riesgo trombogénico, si bien su uso es habitual en la práctica clínica (Tabla VI y Fig. 3).

El uso de heparina de bajo peso molecular como método puente es una pauta aceptable en pacientes anticoagulados con alto riesgo trombótico, aunque no se han definido las pautas ni las dosis.

Recomendación D

Tabla VI

	-5	-4	-3	-2	-1	0 - PRUEBA	1	2	3
Kovacs (31)	Suspender anticoag.		HBPM, 200 IU/kg	HBPM, 200 IU/kg	INR > 1.4 → Vit. K 1 mg INR < 1,4 → suspender	HBPM, 100 IU/kg	HBPM, 200 IU/kg	HBPM, 200 IU/kg	HBPM, 200 IU/kg
ASGE (4)	Suspender anticoag.		HBPM	HBPM	HBPM	No poner	HBPM	HBPM	HBPM

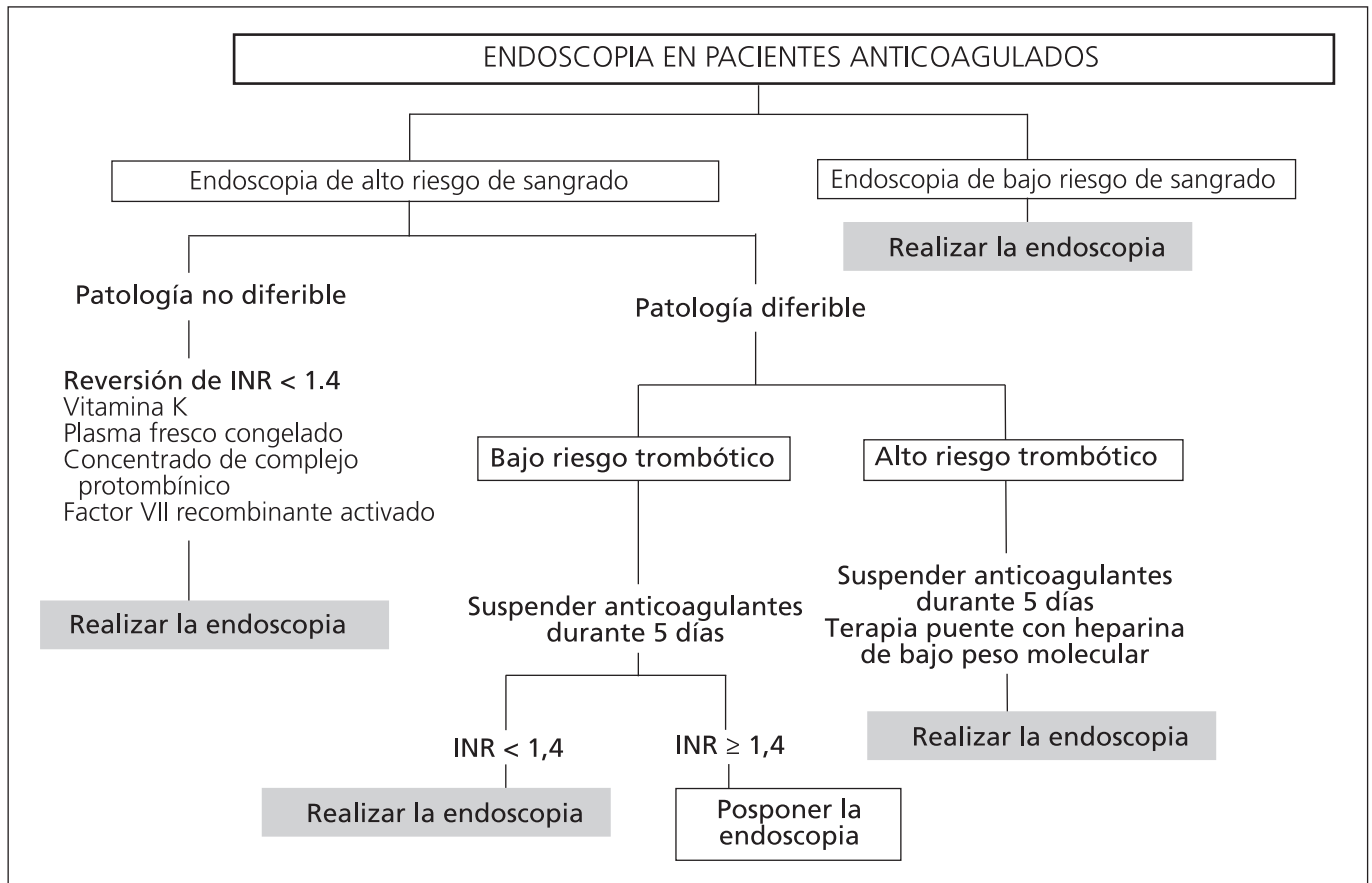


Fig. 3.

El uso de heparina de bajo peso molecular como método puente es una pauta habitual en pacientes antiagregados con alto riesgo trombotico, aunque no se avala por ensayos clínicos.

Recomendación E

CONCLUSIONES

Probablemente falta evidencia suficiente para tomar decisiones y hacer recomendaciones de forma absoluta en cada una de las situaciones planteables, por lo que cada equipo debe elaborar sus propias normas basándose en los datos existentes. En este sentido nosotros

aportamos nuestra propuesta de trabajo (ver anexo al final).

Es necesario realizar un esfuerzo investigador para definir escenarios concretos, siendo necesario realizarlo sobre todo en relación al uso de la doble antiagregación y de las pautas puente con heparina de bajo peso molecular y que definan dosis y momentos del reinicio de la anticoagulación.

En los pacientes con riesgo aumentado por tener alteraciones de la coagulación la técnica endoscópica debe ser más depurada y se debe recomendar de forma explícita el uso de todas aquellas herramientas que nos permitan controlar el sangrado, potenciando medios mecánicos y térmicos coadyuvantes como clips, suturas, argón, endo-loops, etc.

Anexo 1. Guía para la reversión de anticoagulación o antiagregación en pacientes sometidos a técnicas digestivas

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Usted se va a someter a una exploración, _____ con intención terapéutica o diagnóstica el día _____ y solicitada por el Dr/a. _____ en la Consulta de _____.

Dado que está usted en tratamiento con los siguientes fármacos _____ existe un riesgo aumentado de sangrado al someterse a dicha técnica, por lo que es conveniente ajustar su uso para disminuir dicho riesgo.

Por otro lado no hay que olvidar que usted toma estos fármacos para evitar la formación de una trombosis, por lo que el ajuste que se debe realizar debe ser evaluado y programado por su médico.

—PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTIAGREGANTES

1. Se va a realizar endoscopias o técnicas con *bajo riesgo de sangrado* (gastroscopias o colonoscopias con o sin biopsia, polipectomías simples, ecoendoscopia sin punción, PAAF por ecografía):

No es necesario suspender el fármaco ni ajustar la dosis.

Si durante la prueba se encontrasen lesiones que fuesen susceptibles de tratamiento (como pólipos) podrían ser extirpados si a juicio del médico no fuesen de alto riesgo de sangrado.

2. Se van a realizar endoscopias o técnicas con *alto riesgo de sangrado* (polipectomías complejas, esfinterotomía y CPRE, dilataciones, gastrostomía endoscópica percutánea, ecoendoscopia con punción, tratamiento de varices, enteroscopia con balón, biopsia hepática).

Pacientes con alto riesgo de trombosis. Stents no recubiertos (18 meses) y stents recubiertos (18 meses): intentar diferir la técnica, y si no es posible, realizarla con heparina de bajo peso molecular (Clexane®) según la siguiente pauta:

Día	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	Prueba	+1	+2
Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Antiagregante	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	Sí
Clexane® 60 mg s.c.	No	9 h 21 h	9 h 21 h	9 h 21 h	9 h 21 h	9 h 21 h	9 h	No	9 h 21 h	9 h 21 h

Pacientes con bajo riesgo de trombosis –prevención primaria (tras infarto) o secundaria–:

Día	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	Prueba	+1	+2
Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Antiagregante	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	Sí
Clexane® 40 mg s.c.	No	9 h 21 h	9 h 21 h	9 h 21 h	9 h 21 h	9 h 21 h	9 h	No	9 h 21 h	9 h 21 h

La última dosis de Clexane se pondrá 24 horas antes de la prueba (ajustar si se cita por la tarde)

—PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES (SINTRON®)

1. Se va a realizar endoscopias con *bajo riesgo de sangrado* (gastroscopias o colonoscopias con o sin biopsia, ecoendoscopia diagnóstica): la endoscopia se puede realizar sin riesgo, e incluso la toma de biopsias.

Sin embargo, si quiere asegurarse, puede realizar la *pauta 2*, en el grupo que le corresponda, por si durante a prueba se detectase un pólipo u otra lesión potencialmente tratable y no quisiese repetírsela en otra ocasión.

2. Se va a realizar endoscopias con *alto riesgo de sangrado* (polipectomía, esfinterotomía y CPRE, dilataciones, gastrostomía endoscópica percutánea, ecoendoscopia con punción, tratamiento de varices, enteroscopia).

Pacientes con alto riesgo de trombosis (AC x FA asociada a valvulopatía, prótesis mitral mecánica, válvula mecánica con tromboembolismo previo, síndrome antifosfolípido, trombosis previas múltiples).

Día	-3	-2	-1	Prueba	+1	+2	+3	+4
Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Sintron®	No	No	No	No	Dosis previa	Dosis previa	Dosis previa	Dosis previa
Clexane® 60 mg s.c.	No	9 h 21 h	9 h	No	9 h 21 h	9 h 21 h	9 h 1 h	9 h 1 h

– Pacientes con bajo riesgo de trombosis (TEP, AC x FA simple, valvulopatía aórtica).

Día	-3	-2	-1	Prueba	+1	+2	+3	+4
Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Sintron®	No	No	No	No	Dosis previa	Dosis previa	Dosis previa	Dosis previa
Clexane® 40 mg s.c.	No	9 h 21 h	9 h	No	9 h 21 h	9 h 21 h	9 h 1 h	9 h 1 h

La última dosis de Clexane se pondrá 24 horas antes de la prueba (ajustar si se cita por la tarde).

En aquellos pacientes que tuviesen un mal control previo se aconseja el ajuste en la *Consulta de Anticoagulación* previa concertación de cita.

DETECCIÓN DE PROBLEMAS TRAS LA PRUEBA

Ante la sospecha de cualquier episodio de sangrado (sangre en las heces o en el vómito, heces negras malolientes o episodios de mareos mantenidos con tensión baja, así como cuadros de dolor abdominal importante), acudir a Urgencias de su Centro de Salud o en su defecto de su Centro Hospitalario, aportando tanto esta hoja como los resultados de las pruebas realizadas.

Fecha: _____ Fdo: Dr/a. _____

Ante cualquier duda, contactar con la Unidad de Endoscopia Digestiva del Hospital _____.

Teléfono: _____