

Simposium CSL Behring

Moderador: Dra. Maria José Colomina

Jueves 11 de mayo de 2023, 17:30 - 18:30 | Salón Sevilla 2

1. SANGRADO GASTROINTESTINAL (GI): EVALUACIÓN, ESTABILIZACIÓN Y FACTORES DE RIESGO

Dr. José Aguiar

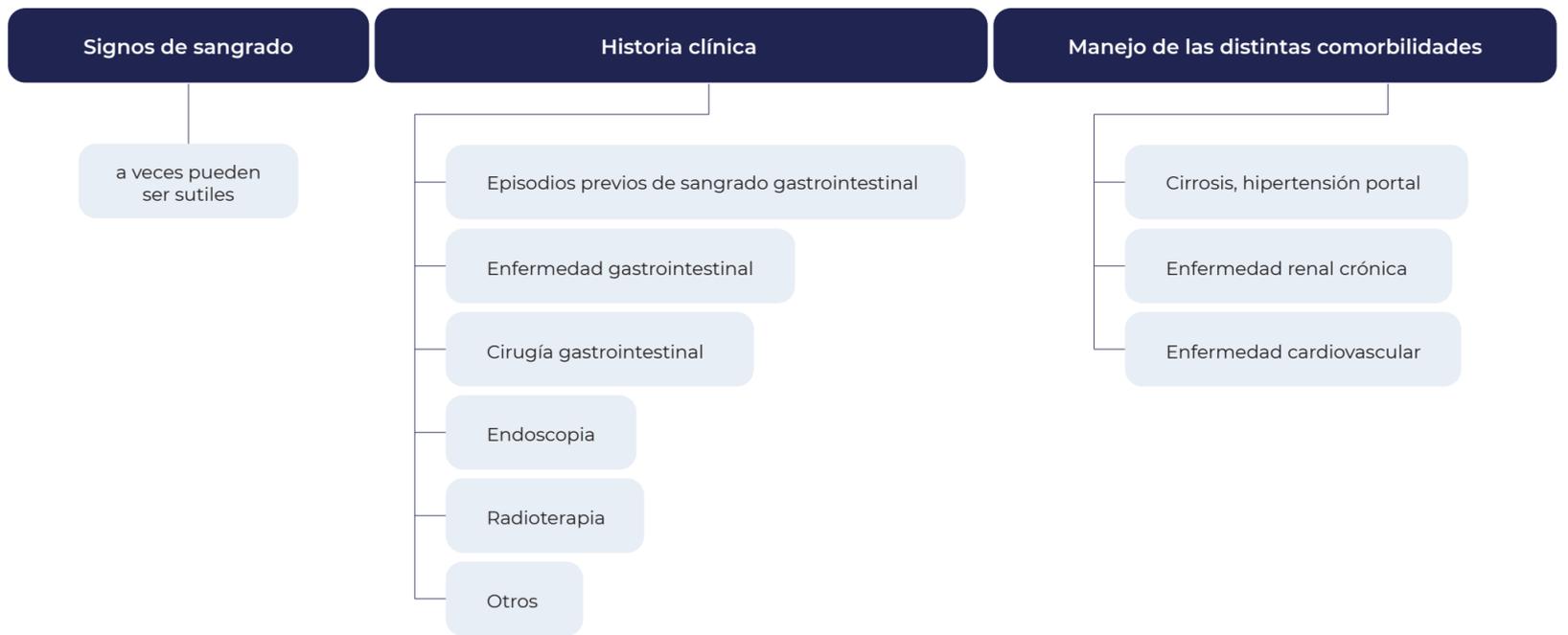
En 2020 se publicó el *manuscrito Interventional Algorithm in Gastrointestinal Bleeding-An Expert Consensus Multimodal Approach Based on a Multidisciplinary Team*. El documento ofrece un compendio de algoritmos para el manejo del sangrado gastrointestinal que están basados en una revisión de la literatura y la experiencia de 14 expertos portugueses que forman parte de un grupo de trabajo multidisciplinar¹.

El trabajo se publicó en la revista *Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis*, y los autores abogan por la adaptación de las recomendaciones a cada situación individual y escenario clínico, a la experiencia y conocimiento de los facultativos, y a los recursos disponibles en el medio.

En el documento se ofrece un enfoque práctico acerca de los siguientes puntos:

1 EVALUACIÓN

¿Por qué está sangrando el paciente y qué podemos hacer para estabilizarlo y controlar los factores de riesgo?

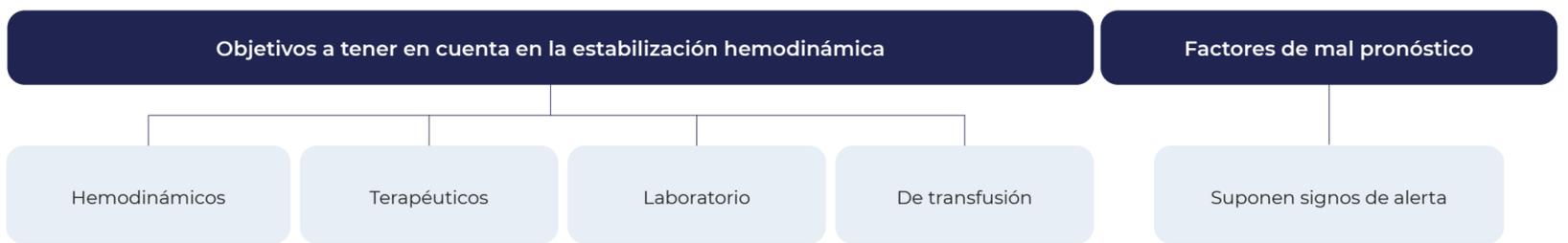


2 MANEJO DE LA ANTICOAGULACIÓN/ANTIAGREGACIÓN

Criterios de suspensión y/o uso de antidotos o inhibidores del FXa.

3 REANIMACIÓN EN EL SANGRADO GRAVE

Se ofrecen recomendaciones sobre los siguientes aspectos:



4 ABORDAJE DIAGNÓSTICO/TERAPÉUTICO A REALIZAR DEPENDIENDO DE LA SOSPECHA DE LOCALIZACIÓN DEL SANGRADO



Simposium CSL Behring

Moderador: Dra. Maria José Colomina

Jueves 11 de mayo de 2023, 17:30 - 18:30 | Salón Sevilla 2

2. MANEJO DE LA COAGULOPATÍA EN EL SANGRADO GI

Dra. Manuela Gomes

Antes de iniciar el manejo de la coagulopatía deben considerarse los siguientes factores:

- Medicación concomitante
- Comorbilidades, poniendo especial atención en la enfermedad hepática:
 - Si existe sangrado variceal (paciente cirrótico con hipertensión portal) ➡ limitar la administración de fluidos para no empeorar la hipertensión portal.

El sangrado masivo se define con el volumen de sangre perdido, el ritmo de sangrado y el número de unidades de sangre transfundidas.

Dependiendo de la gravedad del sangrado puede ser necesaria la administración concomitante de ciertos fármacos y la administración de varias dosis¹

Los autores del documento de consenso proponen:

1 TRANSFUSIÓN DE HEMATÍES si la Hb es < 7 g/dL (< 8 g/dL si hay enfermedad cardíaca) con los siguientes valores objetivo:

7-9 g/dL

8-10 g/dL si enfermedad cardíaca

2 ÁCIDO TRANEXÁMICO si hay evidencia de fibrinólisis (confirmación por ROTEM)

- En el sangrado gastrointestinal el ácido tranexámico reduce la mortalidad, pero no el resangrado.

3 FIBRINÓGENO si hay sospecha de deficiencia (confirmación por ROTEM)

- Niveles < 1,5-2 g/L y/o pérdida de ≥ 1-1,5 L y el sangrado persiste.

4 CONCENTRADO DE PLAQUETAS si hay trombocitopenia:

- Sangrado de tracto gastrointestinal superior y enfermedad hepática con sangrado activo y recuento < 50 x 10⁹/L o test viscoelástico.

5 DESMOPRESINA si hay sangrado activo en pacientes con uremia y función renal alterada o en aquellos con tratamiento antiagregante.

6 COMPLEJO DE PROTROMBINA / VITAMINA K / PLASMA FRESCO CONGELADO si hay sospecha de déficit de otros factores de coagulación (déficit en la formación de trombina).

7 PLASMA FRESCO CONGELADO si existe sangrado variceal y sospecha de déficit de FV.

8 PLASMA FRESCO CONGELADO / FXIII en otros tipos de sangrado y sospecha de déficit de FXIII (inestabilidad del coágulo no relacionada con hiperfibrinólisis).

9 rFVII en pacientes en los que se ha corregido todo lo anterior y continúan con sangrado que amenaza la vida.

Aunque suceda infrecuentemente, pueden ser necesarios cambios en el tratamiento ante ciertas situaciones clínicas y la coagulación debe ser evaluada después de cada episodio terapéutico específico.

Simposium CSL Behring



Moderador: Dra. Maria José Colomina

Jueves 11 de mayo de 2023, 17:30 - 18:30 | Salón Sevilla 2

3. PBM EN EL SANGRADO GI

Dr. Manuel Quintana

El concepto de *patient blood management* (PBM) es mucho más amplio que la optimización del uso de hemoderivados: no sólo hay que mejorar el uso de hemocomponentes (aproximación centrada en los productos) si no mejorar los resultados en salud (aproximación centrada en los pacientes):

Optimizar el manejo del sangrado

Optimizar el manejo de la hemostasia y la coagulopatía

Minimizar del aporte de componentes sanguíneos

En el caso del sangrado gastrointestinal²

- Se calcula que el 15-20% de las transfusiones de hematíes se realizan de manera inadecuada.
- Las características de los pacientes son muy heterogéneas: comorbilidades, medicación, factores de riesgo, etc.
- Se trata de pacientes "pseud quirúrgicos" que, como tal, transitan por momentos pre-, peri- y postoperatorio.
- La anemia se puede deber a una combinación de un factor crónico y uno agudo (más fácil de identificar).
- La transfusión de grandes volúmenes puede derivar en un incremento de la hipertensión portal y empeorar el sangrado.

El documento *Indications and hemoglobin thresholds for red blood cell transfusion and iron replacement in adults with gastrointestinal bleeding: An algorithm proposed by gastroenterologists and patient blood management experts²* se fundamenta en **tres ideas claras**:

Necesidad de un protocolo para el manejo de la anemia y deficiencia de hierro en el sangrado GI

Modelo restrictivo de transfusión de hematíes (política de 1 unidad)

Uso seguro y eficaz del hierro endovenoso

Puntos relevantes incluidos en la publicación:

- Algoritmo que incide en la consideración de los factores de riesgo y la disfunción orgánica. Contempla la posibilidad de transfundir y administrar hierro de manera conjunta.
- Indicación de los test viscoelásticos en el manejo de la coagulopatía exclusivamente en el paciente con shock hemorrágico.
- Uso de ácido tranexámico, fibrinógeno y complejo protrombínico en los casos concretos en los que esté indicado y no de manera rutinaria.

Recursos relevantes para la implementación de un PBM en sangrado gastrointestinal

- Recursos humanos y materiales: endoscopista de guardia, laboratorio de hemodinámica hepática, protocolo de transfusión masiva, radiología intervencionista, etc.
- Documentación referencial, idóneamente a partir de casos clínicos.
- Relación con entes de control y creación de normativas
- Apoyo institucional



BIBLIOGRAFÍA

1. Rodrigues A, Carrilho A, Almeida N, et al (2020) Interventional Algorithm in Gastrointestinal Bleeding-An Expert Consensus Multimodal Approach Based on a Multidisciplinary Team. Clin Appl Thromb Hemost. <https://doi.org/10.1177/1076029620931943>
2. Montoro M, Cucala M, Lanas Á, et al (2022) Indications and hemoglobin thresholds for red blood cell transfusion and iron replacement in adults with gastrointestinal bleeding: An algorithm proposed by gastroenterologists and patient blood management experts. Front Med. <https://doi.org/10.3389/FMED.2022.903739>