

Bleeding news



Treating periprocedural bleeding in patients with cirrhosis

Antoni Sabate, Ecaterina Scarlatescu

PMID: 38281228 PMCID: PMC10961284 DOI: 10.1007/s11239-023-02941-4

Autora del comentario: *Dra. Raquel Ferrandis Comes. Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia. Miembro del grupo de trabajo SEDAR-COVID.*

El déficit de factores, tanto procoagulantes como anticoagulantes, de síntesis hepática que se produce en la insuficiencia hepática, conduce al paciente cirrótico a una situación de difícil equilibrio, con aumento tanto del riesgo trombotico como hemorrágico. Además, los casos más avanzados se acompañan de plaquetopenia, en diferente grado. Esta situación es muy difícilmente valorable con los test de laboratorio, por lo que los test viscoelásticos (TVE) pueden jugar un papel importante. En este contexto, los autores ofrecen, como opinión de experto, un manejo perioperatorio (y peri trasplante) del sangrado, basado en los principios del PBM (*Patient Blood Management*).

En la evaluación preoperatoria del paciente cirrótico, se considerará la medicación y las comorbilidades que pueda presentar y sean potencialmente optimizables. También la cifra de plaquetas y la coagulación de laboratorio, aunque no sean predictores del sangrado, deben conocerse como estado basal. Un factor importante en el sangrado del paciente cirrótico será la hipertensión portal, que deberá siempre valorarse en el preoperatorio, especialmente en las cirugías o intervenciones de mayor riesgo de sangrado. En esta línea no se recomienda la corrección de la coagulopatía de forma profiláctica con plasma fresco congelado (por la sobrecarga de volumen que supone). También con el objetivo de no aumentar la presión portal, el paciente se beneficia de una fluidoterapia muy controlada (restrictiva, aunque sin llegar a la hipovolemia), así como de una transfusión restrictiva con umbrales de hemoglobina 7-8 g/dl, durante todo el procedimiento. Las guías actuales recomiendan la optimización de la anemia preoperatoriamente (hierro, fólico, B6, B12)

De forma individual, sí se recomienda valorar el TVE y considerar corregir la cifra de plaquetas o fibrinógeno, o el aporte de concentrado de factores, según el procedimiento, pues ha demostrado disminuir la necesidad transfusional posterior. De hecho, se recomienda basar el manejo del sangrado, tanto intra- como postoperatorio, en TVE que, también estudia la fibrinólisis. No se recomienda el uso de antifibrinolíticos de forma rutinaria, sólo en caso de sangrado con sospecha clínica o diagnosticada por TVE de hiperfibrinólisis.

Respecto al trasplante hepático, la hemostasia se deberá evaluar mediante TVE, idealmente basal, tras la reperfusión y antes del cierre, así como si hay sangrado y tras la administración de tratamiento. La monitorización estrecha de la hemostasia se seguirá en el postoperatorio por el riesgo de sangrado, trombosis,

Bleeding news



disfunción hepática. Como ya hemos comentado, el manejo de volemia del paciente debe ser exquisito, evitando la sobrecarga y la congestión, pero asegurando una óptima hemodinámica y perfusión, con mantenimiento de niveles de hemoglobina en 7-8 g/dl.

En conclusión, el paciente cirrótico requiere una estrecha monitorización de la hemostasia, a ser posible mediante test viscoelásticos, con cuyo uso se ha disminuido considerablemente las transfusiones. No obstante, son necesarios estudios de mayor calidad en los que basar recomendaciones para el manejo de la anemia y el sangrado en este escenario.