

Reversión inhibidores de la hemostasia (sangrado o cirugía urgente)

ANTIAGREGANTES

**Valorar siempre diferir cirugía
Individualizar siempre transfusión plaquetas**

AAS

Plaquetas $\approx$ 1 pool
TXA: 10 mg/Kg + 1 mg/Kg/h x 10 h
DDAVP: 0,3 μ g/Kg

Clopidogrel

Diferir cirugía > 8 h
Plaquetas $\approx$ 2-3 pool
TXA: 10 mg/Kg + 1 mg/Kg/h x 10 h
DDAVP: 0,3 μ g/Kg

Prasugrel

Diferir cirugía > 6 h
Plaquetas $\approx$ 2-3 pool

Ticagrelor

Diferir cirugía > 24 h
Valorar albúmina: 20 g
Plaquetas:
0-24 h: $\approx$ 5 pool; 24-48 h: $\approx$ 3 pool
48-72 h: $\approx$ 2 pool; > 72 h: no transfundir
Valorar fibrinógeno: 70-90 mg/Kg
Valorar rFVIIa: 90 μ g/Kg
Antídoto (investigación)

ANTICOAGULANTES INTRAVENOSOS

HNF:

Si demorable, suspender y esperar 4 h
Si no demorable: Protamina: 1 mg x 100 UI últimas 2-3 h
Administrar en 15-20 min
Monitorizar con TPTa o TCA
Vigilar reheparinización
Evitar sobredosificar
Ciraparantag (investigación)

Fondaparinux:

No antídoto.
Diferir cirugía si es posible (36 h)
Monitorizar si es posible con actividad antiXa
Valorar CCP (50 UI/Kg) o rFVIIa (90 μ g/Kg)
Ciraparantag (investigación)

HBPM:

No antídoto. Diferir cirugía si es posible 12-24 h (profiláctica/terapéutica)
Protamina reversión parcial (1 mg x 100 UI últimas 8 h)
Monitorizar si es posible con actividad antiXa
Andexanet α y Ciraparantag (investigación)

Argatroban y Bivalirudina:

No antídoto.
Diferir cirugía:
• 2 h bivalirudina
• 4-6 argatroban
Monitorizar con TPTa y TCA
Valorar rFVIIa (90 μ g/Kg)

ANTIVITAMINAS K

Sangrado no vital o cirugía demorable (> 24 h):

Suspender AVK
Vit K iv (5-10 mg)
Monitorizar con INR
Control sangrado con medidas físicas

Sangrado vital o cirugía emergente:

Como en sangrado no vital +
CCP (20-50 UI/Kg) o PFC (15-30 ml/Kg)
CCP (UI/Kg) $\approx$ INR 2,5 (20), INR 3,5 (25), INR 4,5 (30)

TROMBOLÍTICOS

Cirugía demorable: Diferir 48 h
Cirugía no demorable:
• Revertir HNF si presente
• No recomendable locoregional
• TXA (1-2 g iv) Si hiperfibrinolisis:
• $\uparrow$ Dímeros D
• TEG/ROTEM)
• Valorar administrar fibrinógeno

ACODs

Sangrado menor:

Suspender ACOD. Medidas físicas. Valorar TXA local

Sangrado moderado:

Lo anterior + Valorar TXA (1 g/6-8 h). Hemostasia quirúrgica.
Soporte transfusional: Hb > 7 g/dL; Pla $>$ 100.10⁹ si HIC
Lavado gástrico o carbón activo si < 2-3 h ingesta
Valorar hemodiálisis si dabigatran

Sangrado grave/riesgo vital

- Idarucizumab (2,5 g/50 ml 5-10 ml) x 2 si:
 - Toma dabigatran < 24 h + riesgo vital
 - Toma dabigatran < 24 h + sangrado grave + $\uparrow$ TPr/TPTar
- En ausencia de idarucizumab usar CCPa (FEIBA) 50 UI/Kg si hay disponibilidad
- Andexanet alfa (400-800 μ g) + 4-8 mg/min durante 120 min
- CCP (25-50 UI/Kg) si:
 - Andexanet alfa no disponible
 - ACOD implicado es rivaroxaban, apixaban o edoxaban
- TXA (1-2 g iv) en todos los casos
- rFVIIa (90 μ g/Kg) como último recurso

Cirugía (o técnica diagnóstica/terapéutica) emergente:

- Aplicar medidas de sangrado moderado si es posible
- Si última toma dabigatran > 48 h o antiXa > 24 h posiblemente efecto mínimo en coagulación
- Si última toma ACOD < 48 h (dabigatran) o < 24 h (anti Xa):
 - TPr/TPTar $\leq$ 1,2: intervenir (valoración individualizada para apixaban)
 - TPr/TPTar > 1,2:
 - Cirugía diferible (> 8 h): Repetir TPr/TPTar y valorar
 - Cirugía no diferible (< 8 h): intervenir +
 - RH bajo: intervenir sin tratamiento
 - RH moderado: individualizar
 - RH alto: **actuar en función del tipo de ACOD**

Dabigatran

- Idarucizumab (2,5 g/50 ml 5-10 ml)
- Si no disponible, valorar CCPa o CCP (25-50 UI/Kg) en función del sangrado quirúrgico.
- Valorar idarucizumab si cirugía emergente + última toma > 48 h + ClCr < 30 ml/min + TPr/TPTar $\uparrow$

Rivaroxaban apixaban, edoxaban

- Andexanet alfa (400-800 μ g) + 4-8 mg/min durante 120 min
- Alternativa CCP (25-50 UI/Kg)