

4. Friedenberg FK, Rai J, Vanar V, et al. Prevalence and risk factors for gastroesophageal reflux disease in an impoverished minority population. *Obes Res Clin Pract.* 2010;4:e261–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.orcp.2010.06.001>.
5. Quach DT, Le YT, Mai LH, et al. Short meal-to-bed time is a predominant risk factor of gastroesophageal reflux disease in pregnancy. *J Clin Gastroenterol.* 2021;55:316–20, <http://dx.doi.org/10.1097/mcg.0000000000001399>.

M.N. Luu^{a,b} y D.T. Quach^{a,b,*}

^a *Departamento de Medicina Interna, Universidad de Medicina y Farmacia de la Ciudad de Ho Chi Minh, Ciudad de Ho Chi Minh, Vietnam*

^b *Departamento de Gastroenterología, Hospital Nhan Dan Gia Dinh, Ciudad de Ho Chi Minh, Vietnam*

* Autor para correspondencia. Department of Internal Medicine, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City. 217 Hong Bang Street, District 5, Ho Chi Minh 700000, Vietnam. Teléfono: +84918080225. Correo electrónico: drquachtd@gmail.com (D.T. Quach).

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2024.09.008>

0375-0906/ © 2024 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Estrategias de manejo perioperatorio y periprocedimiento de la anticoagulación en la cirrosis hepática



Periprocedural and perioperative anticoagulation management strategies in liver cirrhosis

A los Editores,

Leímos la declaración de consenso publicada por Velarde-Ruiz Velasco et al.¹ con gran interés y nos gustaría compartir los siguientes pensamientos y preguntas. Es importante enfatizar que existe una prevalencia significativa de condiciones cardiovasculares comórbidas, como la fibrilación auricular no valvular (5%), el tromboembolismo venoso (7%) y el tromboembolismo venoso esplácnico (hasta 24%), según los datos epidemiológicos². Además, en un estudio de cohorte realizado entre 2012 y 2019, se observó un incremento en la prescripción y utilización de anticoagulantes orales directos (ACOD) de un 20 a un 77%, mostrando un incremento significativo en las tendencias de prescripción de ACOD en la población con cirrosis hepática².

Debido a lo anterior, tenemos la fuerte convicción de que se debe considerar proporcionar una atención cuidadosa y meticulosa de índole multidisciplinaria (por ejemplo, incluyendo un hematólogo o un especialista en medicina vascular con experiencia en trombosis y hemostasia), y también se deben incluir recomendaciones razonables en el consenso de Velarde-Ruiz Velasco¹, no solo para la tromboprolifaxis, sino también para pacientes en tratamiento con ACOD para las indicaciones cardiovasculares clínicas mencionadas anteriormente. Diferentes sociedades médicas han publicado recientemente sus lineamientos de práctica clínica en los que incluyen sus propias recomendaciones para el manejo perioperatorio y periprocedimiento de diversas terapias antitrombóticas, incluidas la terapia con ACOD y la antiplaquetaria. Dichas recomendaciones aplican también para nuestra población con cirrosis hepática^{3,4}.

Una omisión importante en el consenso de Velarde-Ruiz Velasco et al. es la falta de recomendaciones detalladas

sobre el manejo de efectos adversos significativos de los anticoagulantes, incluidos los ACOD, como pueden ser eventos hemorrágicos que ponen en peligro la vida del paciente. Esto incluye saber *qué, cuándo, cuál y cómo*, al considerar las indicaciones clínicas potenciales para aplicar estrategias de reversión apropiadas en pacientes cirróticos que estén en tratamiento con ACOD. Por ejemplo, en una situación de sangrado intracraneal, o de sangrado gastrointestinal con choque hemorrágico de riesgo de muerte, o de necesidad de intervención quirúrgica de urgencia imposterizable (por ejemplo, colecistitis aguda o apendicitis), ¿cómo es que los autores del consenso abordan estas desafiantes situaciones clínicas?, ¿considerarían agentes de reversión específicos o no específicos, como los concentrados de complejo de protrombina de 4 factores o el andexanet alfa⁵, ¿en qué circunstancias se debe considerar el uso de concentrados de complejo de protrombina de 4 factores en lugar de andexanet alfa, o viceversa?, ¿es necesario que a partir de un equipo multidisciplinario se tamice mejor, o se estratifique el estado basal de hipercoagulabilidad/protrombosis de alto riesgo de nuestros pacientes (por ejemplo, fibrilación auricular no valvular con puntuación > 7 de CHA₂DS₂-VASc score, o tromboembolismo venoso severo reciente en los últimos 90 días), antes de tomar decisiones tan difíciles? La *International Society on Thrombosis and Haemostasis* publicó recientemente un documento actualizado de guía para estrategias de reversión para ACOD⁵.

Finalmente, Velarde-Ruiz Velasco et al.¹ hicieron la recomendación de utilizar heparina de bajo peso molecular en lugar de heparina no fraccionada para la tromboprolifaxis. Estamos en desacuerdo con dicha recomendación, especialmente en escenarios clínicos en los que coexisten una enfermedad renal crónica (etapa 4 o 5 según la clasificación KDIGO, definida por una TFG < 30 ml/min × 1.73 m²) y cirrosis hepática avanzada (por ejemplo, clase c de Child-Pugh o puntuación MELD > 20). Además, son pocos los datos aleatorizados y prospectivos que hacen referencia a estas advertencias clínicamente relevantes^{6,7}. Nosotros preferimos la heparina no fraccionada debido a que se excreta por medio del sistema reticuloendotelial, incluido el hígado, y, por lo tanto, se evita la bioacumulación y la complicación de sangrado.

Financiación

No se recibió financiamiento alguno con relación al presente artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Referencias

1. Velarde-Ruiz Velasco JA, Crespo J, Montañó-Loza A, et al. Position paper on perioperative management and surgical risk in the patient with cirrhosis. *Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed)*. 2024;89:418–41, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmex.2024.05.001>.
2. Carlin S, Cuker A, Gatt A, et al. Anticoagulation for stroke prevention in atrial fibrillation and treatment of venous thromboembolism and portal vein thrombosis in cirrhosis: Guidance from the SSC of the ISTH. *J Thromb Haemost*. 2024;22:2653–69, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jth.2024.05.023>.
3. Joglar JA, Chung MK, Armbruster AL, et al. 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS guideline for the diagnosis and management of atrial fibrillation: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2024;149:e1–156, <http://dx.doi.org/10.1161/CIR.0000000000001193>.
4. Douketis JD, Spyropoulos AC, Murad MH, et al. Perioperative management of antithrombotic therapy: An American College of Chest Physicians Clinical Practice Guideline. *Chest*. 2022;162:e207–43, <http://dx.doi.org/10.1016/j.chest.2022.07.025>.
5. Levy JH, Shaw JR, Castellucci LA, et al. Reversal of direct oral anticoagulants: Guidance from the SSC of the ISTH. *J Thromb Haemost*. 2024;22:2889–99, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jth.2024.07.009>.
6. Pasta A, Calabrese F, Labanca S, et al. Safety and efficacy of venous thromboembolism prophylaxis in patients with cirrhosis: A systematic review and meta-analysis. *Liver Int*. 2023;43:1399–406, <http://dx.doi.org/10.1111/liv.15609>.
7. Turco L, de Raucourt E, Valla DC, et al. Anticoagulation in the cirrhotic patient. *JHEP Rep*. 2019;1:227–39, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhepr.2019.02.006>.

M. Porres-Aguilar^{a,*}, R. Izaguirre-Ávila^b y M. Uribe^c

^a *Departamento de Medicina Interna, Divisiones de Medicina Trombótica Clínica y Hospitalaria, Texas Tech University HSC, El Paso, Texas, Estados Unidos*

^b *Departamento de Hematología, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Ciudad de México, México*

^c *Unidad de Obesidad y Enfermedades Digestivas, Clínica y Fundación Médica Sur, Ciudad de México, México*

* Autor para correspondencia. Departamento de Medicina Interna, Divisiones de Medicina Trombótica Clínica y Hospitalaria, Texas Tech University HSC, 4800 Alberta Ave., El Paso, TX 79911, EE. UU. Teléfono: +(915) 215 5647. Correo electrónico: maporres@ttuhsc.edu (M. Porres-Aguilar).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmex.2024.08.008>
0375-0906/ © 2024 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Respuesta a Porres-Aguilar et al. «Estrategias de manejo perioperatorio y periprocedimiento de la anticoagulación en la cirrosis hepática»



Response to Porres-Aguilar et al., on “Periprocedural and perioperative anticoagulation management strategies in liver cirrhosis”

A los Editores,

Agradecemos los comentarios y reflexiones de Porres-Aguilar et al., donde enfatizan que existe una prevalencia significativa de comorbilidades cardiovasculares en pacientes con cirrosis y, derivado de ello, la prescripción y el uso de anticoagulantes orales directos (ACOD) ha aumentado del 20 al 77% entre 2012 y 2019. A este respecto, nos gustaría comentar que, en efecto, existen estudios originales de uso de los ACOD en pacientes con cirrosis y fibrilación auricular (FA) como estrategia profiláctica para evitar un evento vascular cerebral que incluyeron: dabigatrán 24 pacientes, rivaroxabán 32 pacientes (8 Child-Pugh A y 16 B, no incluye-

ron Child-Pugh C), apixaban 32 pacientes (8 Child-Pugh A y B y 16 controles sin cirrosis). Con esta información, estas guías recomiendan considerar anticoagular para prevenir eventos vasculares cerebrales en pacientes con cirrosis Child-Pugh A y B que padecen FA y CHA₂DS₂-VASc score de 2 o más en hombres, y de 3 o más en mujeres. No hay evidencia para hacer recomendaciones en cirrosis Child-Pugh C. Se recomiendan ACOD a dosis estándar en pacientes con cirrosis Child-Pugh A y B, en lugar de antagonistas de vitamina K (AVK). También se hace mención de anticoagulación para tromboembolia pulmonar y trombosis venosa profunda como tratamiento, pero no como profilaxis, y además recalcan estas guías que en los estudios pivote (AMPLIFY, RECOVER, EINSTEIN, HOKUSAI) se excluyeron pacientes con cirrosis. Así mismo, recomiendan usar los ACOD en pacientes con cirrosis Child-Pugh A o B, y en pacientes Child-Pugh C usar enoxaparina como puente a AVK (en quien tenga un índice internacional normalizado normal)¹.

Debemos también aclarar que en este consenso que realizamos, sí hay un apartado especial para población con cirrosis para anticoagular en quien tiene FA, y se concluye lo siguiente^{2,3}:

- a) En pacientes con cirrosis y FA con cirrosis Child-Pugh A y B, se recomienda anticoagulación oral en ausencia