

SITUACIONES ESPECIALES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS.

Dr. Pablo Asadurian.

Cardiólogo – Internista.

Ex. Prof. Adj de Cardiología H. Clínicas.

Ex. Prof Adj. Clínica Médica 1. H. Maciel.

Miembro responsable de la Comisión de Hemostasis, Trombosis y Salud Cardiovascular del Sindicato Médico del Uruguay.

Miembro del grupo CLATH.

Miembro de la ICTH.

El escenario que analizaremos, es el de un paciente con fibrilación auricular (FA) crónica que ingresa con un síndrome coronario agudo de alto riesgo. La FA es la arritmia más frecuente, y su incidencia aumenta con la edad. El 70 – 80 % de los pacientes en FA tienen indicación clara de anticoagulación, y 20 a 30% de los pacientes en FA tienen enfermedad coronaria asociada, por lo que esta presentación clínica no es infrecuente.

El manejo clínico de esta situación merece un análisis especial e individualizado. Sabemos que la terapia antiplaquetaria dual reduce la trombosis del stent temprana y tardía, pero no previene adecuadamente el stroke cardioembólico. La estratificación de riesgo en este contexto, requiere al equilibrio de 4 aspectos:

Riesgo tromboembólico por su FA.

Riesgo hemorrágico del paciente.

Riesgo de isquemia recurrente y/o trombosis del stent.

Necesidad de una angioplastia de urgencia o coordinación.

1 . El riesgo tromboembólico de la FA la evaluamos en base al score CHADS2, sabiendo que un score de riesgo mayor o igual a 2 puntos nos posiciona en una situación de riesgo tromboembólico elevado y merece mantener el tratamiento anticoagulante (es decir que debe mantenerse una triple terapia, warfarina + AAS + Clopidogrel); en cambio si el score es menor, el riesgo TE es leve moderado y allí podremos manejar al paciente con doble antiagregación. Existe un nuevo score CHA2DS2vasc, que se aplica a paciente con score de CHADS de 1 o menos, y sirve para estratificar mejor el riesgo TE, pero debe considerarse para pacientes fuera de una situación de urgencia como esta.

2 . Para el riesgo hemorrágico utilizamos el score de HASBLED. Cuando el score es igual o menor a 2 el paciente es de bajo a moderado riesgo. Si el score es igual o mayor a 3, el paciente debe considerarse como de riesgo alto, elemento fundamental para definir la conducta respecto a la terapia antitrombótica y antiplaquetaria. (Fig 1)

figura 1. Tomado de Guías de práctica clínica para el manejo de la fibrilación auricular. SEC 2010.

3 . La colocación de un stent en este contexto clínico agrega el riesgo trombótico del stent, recordemos que los stent liberadores de fármacos tienen un riesgo trombótico que se mantiene por más tiempo y requieren mayores tiempos de terapia antiplaquetaria dual. Es por ello que la indicación de stent en estos pacientes debe ser preferiblemente con stent metálicos y solo utilizar los liberadores de fármacos cuando ello sea extremadamente necesario y el riesgo de reestenosis supere al riesgo trombótico-hemorrágico.

4 . Por último la necesidad de urgencia de un procedimiento endovascular en paciente que viene recibiendo terapia anticoagulante siempre ofrece dificultades y riesgos.

Con respecto al rango de INR que el paciente trae, si está **entre 2 – 3** se mantiene la anticoagulación oral ; **por debajo de 2** se suplemente con heparina Sódica de 3000 – 5000 u , y se ajusta dosis de warfarina, **si está muy por encima del rango**, se suspende ACO transitoriamente , puede utilizarse plasma fresco para el manejo agudo, es deseable no utilizar vit K pues ello producirá resistencia a la warfarina.

Para aquellos pacientes que llegan con SCA con elevación del ST, y la angioplastia debe realizarse de urgencia, aún antes de conocer el INR, igualmente puede realizarse suplemento con Heparina.

Hay evidencia de tratamientos invasivos con INR entre 2,1 – 4,8 demostraron menor tasa de eventos y escaso sangrado local a pesar de haberse realizado por acceso femoral. Vale la pena resaltar además que aquellos pacientes en los que se suspendió la warfarina, para lograr el rango se requerirán de 9 – 10 días.

La conducta en el escenario planteado es el de una terapia invasiva precoz, debiendo coordinar una angioplastia de urgencia, realizando carga de AAS 325 v/o y Clopidogrel 300 mg v/o, previo al procedimiento, manteniendo la triple terapia en base a Warfarina + AAS + clopidogrel luego del mismo. Siempre que se tome esta medida debe realizarse abordaje radial (no femoral) y debe evitarse el uso de inhibidores de la glicoproteína IIb/IIIa, a menos que sea estrictamente necesario y el INR inicial esté por debajo del rango. Siempre que sea posible, debe mantenerse la terapia con warfarina y evitar la terapia puente con heparina si el rango de INR lo permite. Fig 2 . Fig 3.

Recomendaciones para pacientes con alto riesgo TE y Bajo riesgo de sangrado:

Riesgo Hematológico	Situación clínica	Tipo de STENT	Recomendación
Bajo a intermedio riesgo de sangrado HASBLED ≤ 2	Electiva	DES	Triple terapia por 3 – 6 m (1 mes BMS). (INR 2-2,5; AAS 100; clopidogrel 75/d) Doble terapia hasta 12 meses. (INR 2-2,5; AAS o Clopidogrel) Luego trat indefinido con Warfarina. (INR 2-3)
HASBLED ≤ 2	SCA	BMS/ DES	Triple terapia por 6 m . (INR 2-2,5; AAS 100; clopidogrel 75/d) Doble terapia hasta 12 meses. (INR 2-2,5; AAS o Clopidogrel) Luego trat indefinido con Warfarina. (INR 2-3)

Figura 2. Tomado de Consensus Document of the European Society of Cardiology Working Group on Thrombosis

Pacientes con bajo riesgo de sangrado potencialmente podrían recibir stent liberadores de fármacos (si la indicación es clara).

Recomendaciones para pacientes con alto riesgo TE y alto riesgo de sangrado:

Riesgo Hematológico	Situación clínica	Tipo de STENT	Recomendación
ALTO riesgo de sangrado HASBLED ≥ 3	Electiva	BMS	<p>Triple terapia por 2 - 4 semanas.</p> <p>(INR 2-2,5; AAS 100; clopidogrel 75/d)</p> <p>Doble terapia hasta 12 meses.</p> <p>(INR 2-2,5; AAS o Clopidogrel)</p> <p>Luego trat indefinido con Warfarina. (INR 2-3)</p>
HASBLED ≥ 3	SCA	BMS	<p>Triple terapia por 4 semanas.</p> <p>(INR 2-2,5; AAS 100; clopidogrel 75/d)</p> <p>Doble terapia hasta 12 meses.</p> <p>(INR 2-2,5; AAS o Clopidogrel)</p> <p>Luego trat indefinido con Warfarina. (INR 2-3)</p>

Figura 3. Tomado de Consensus Document of the European Society of Cardiology Working Group on Thrombosis

Pacientes con alto riesgo de sangrado, no deben recibir stent liberadores fármacos, porque requieren triple terapia más prolongada.

Cuando se utiliza la triple terapia, se debe reducir la dosis de AAS a 100 mg/día y el rango de INR

debe mantenerse entre 2 - 2,5 y solo pasado los 12 meses el paciente puede quedar solo con warfarina, (sin AAS ni Clopidogrel) allí se vuelve al rango clásico entre 2 y 3, minimizando un poco el riesgo hemorrágico.

EMBED PowerPoint.Template.12

No debemos olvidar que cada paciente tendrá su traje a medida y que las guías nos ayudan a tomar una mejor decisión clínica.

BIBLIOGRAFIA.

1 . Fei Gao; Yu Jie Zhou; Zhi Jian Wang; Hua Shen; et all. Comparison of Different Antithrombotic Regimens for Patients With Atrial Fibrillation Undergoing Drug-Eluting Stent Implantation. *Circulation Journal* Vol.74, April 2010.

2 . HYPERLINK "<http://chestjournal.chestpubs.org/search?author1=Hong-Jin+Zhao&sortspec=date&submit=Submit>" Hong-Jin Zhao; HYPERLINK "<http://chestjournal.chestpubs.org/search?author1=Zhao-Tong+Zheng&sortspec=date&submit=Submit>" Zhao-Tong Zheng; HYPERLINK "<http://chestjournal.chestpubs.org/search?author1=Zhi-Hao+Wang&sortspec=date&submit=Submit>" Zhi-Hao Wang; HYPERLINK "<http://chestjournal.chestpubs.org/search?author1=Shao-Hua+Li&sortspec=date&submit=Submit>" Shao-Hua Li; HYPERLINK "<http://chestjournal.chestpubs.org/search?author1=Yun+Zhang&sortspec=date&submit=Submit>" Yun Zhang; HYPERLINK "<http://chestjournal.chestpubs.org/search?author1=Ming+Zhong&sortspec=date&submit=Submit>" Ming Zhong; et al. "Triple Therapy" Rather Than "Triple Threat".A Meta-analysis of the Two Antithrombotic Regimens After Stent Implantation in Patients Receiving Long-term Oral Anticoagulant Treatment. *CHEST January 2011 vol. 139 no. 2 260-270* .

3. HYPERLINK "<http://eurheartj.oxfordjournals.org/search?author1=Pasi+P.+Karjalainen&sortspec=date&submit=Submit>" Karjalainen P; HYPERLINK "<http://eurheartj.oxfordjournals.org/search?author1=Saila+Vikman&sortspec=date&submit=Submit>" Vikman S, HYPERLINK "<http://eurheartj.oxfordjournals.org/search?author1=Matti+Niemel%C3%A4&sortspec=date&submit=Submit>" Niemelä M; HYPERLINK "<http://eurheartj.oxfordjournals.org/search?author1=Pekka+Porela&sortspec=date&submit=Submit>" Porela P; HYPERLINK "<http://eurheartj.oxfordjournals.org/search?author1=Antti+Ylitalo&sortspec=date&submit=Submit>" Ylitalo A; et al. Safety of percutaneous coronary intervention during uninterrupted oral anticoagulant treatment. *Eur Heart J (2008) 29 (8): 1001-1010*.

4 . Lip G, Huber K, Andreotti F, Arnesen H, Airaksinen J, et al. Antithrombotic management of atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome and/or undergoing coronary stenting: executive summary—a Consensus Document of the European Society of Cardiology Working Group on Thrombosis, endorsed by the European Heart Rhythm Association (EHRA) and the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). *Eur Heart J*. 2010; 31:1311–1318.

5 . Pipilis A, Lazaros G, Tsakonas G, Stefanadis Ch. Triple Antithrombotic Therapy with Aspirin, a Thienopyridine Derivative Plus Oral Anticoagulation in Patients with Atrial Fibrillation Undergoing Coronary Stenting. Hellenic J Cardiol 2010; 51: 330-337.

6 . Camm A, J; Kirchhof P; Lip G.; Schotten U.; Savelieva i.; Ernst S.; et al. Guías de práctica clínica para el manejo de la fibrilación auricular. Grupo de Trabajo para el Manejo de la Fibrilación Auricular de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Desarrolladas con la contribución especial de European Heart Rhythm Association (EHRA) Aprobado por European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Rev Esp Cardiol. 2010;63(12):1483.e1-e83