
Juan Karlo Urrea Zapata, MD*

“Terapia puente periprocedimiento de cirugía no cardíaca en pacientes anticoagulados con fibrilación auricular: un BRIDGE muy esperado”

PERIOPERATIVE BRIDGING ANTICOAGULATION IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION

BRIDGE Trial investigators (the Bridging Anticoagulation in Patients who Require Temporary Interruption of Warfarin Therapy for an Elective Invasive Procedure or Surgery). This article was published on June 22, 2015, at NEJM.org. DOI: 10.1056/NEJMoa1501035.

Ya en resultados de pequeños estudios e incluso un metaanálisis con cerca de 12000 pacientes que tomaban warfarina e iban a procedimientos quirúrgicos, se mostraba un aumento de las tasas de sangrado en el grupo de suspensión de warfarina y cambio a heparinas de bajo peso molecular (HBPM). Incluso un subestudio del Rely con cerca de 1500 pacientes que tomaban dabigatrán como anticoagulante, y fueron llevados a procedimientos quirúrgicos suspendiendo el medicamento y llevándolos a HBPM, encontró un aumento de las complicaciones hemorrágicas periprocedimiento. Por estas razones este estudio patrocinado por el Instituto Nacional de Salud de los EEUU a través del Instituto de corazón, pulmón y cerebro, quería responder 2 preguntas puntuales: en pacientes con fibrilación auricular, se necesita un puente con heparinas durante la interrupción de la warfarina antes y después de un procedimiento intervencionista o quirúrgico? y qué sucede con los sangrados?. En cabeza de Duke Clinical Research Institute, estos son los resultados del BRIDGE trial:

Tipo de Estudio: Estudio aleatorizado placebo controlado doble ciego

Población: Mayores de 18 años con FA paroxística o permanente incluidos aquellos con enfermedad mitral que tomaran warfarina 3 o más meses anteriores y un INR terapéutico programados para cirugías electivas o procedimientos invasivos que requerían de la interrupción de la anticoagulación y con al menos uno de los factores de riesgo de la escala de CHADS2 (falla cardíaca o disfunción ventricular, hipertensión, edad \geq 75 años, diabetes, ECV/AIT o embolismo previo).

Criterios de exclusión: válvulas mecánicas, ACV/AIT o embolismo sistémico en las últimas 12 semanas, sangrado mayor en las últimas 6 semanas, depuración de creatinina $<$ 30mL/min, trombocitopenia ($<$ 100.000) o programados para cirugía cardíaca, intracerebral o intraespinal.

Desenlace: Primario a 30 días de tromboembolismo arterial (ACV/AIT o embolismo sistémico) y sangrado mayor.

Características de la población del estudio: 1884 pacientes incluidos pero con información completa en 1813, edad media de 71 años, 73% hombres, con CHADS2 promedio de 2,3 (38% con CHADS2 \geq 3), 89% llevados a procedimientos considerados como de bajo riesgo hemorrágico (gastrointestinal, cardiorácico y ortopédico).

Intervención: Suspensión de warfarina 5 días antes del procedimiento, inicio de dalteparina (100UI/kg SC) vs placebo desde 3 días antes hasta 24hr antes del procedimiento reiniciando la medicación en las primeras 24 horas y hasta el día 10 en general.

Resultados: La incidencia de tromboembolismo sistémico fue baja en los 2 grupos (0,3% en grupo placebo y 0,4% en grupo de intervención (p 0,01 para no inferioridad) con una incidencia de sangrado mayor de 1,3% en grupo placebo vs 3,2% en grupo de intervención (RR 0,41 IC 95% 0,2 – 0,78 $p=0.005$ para superioridad).

Conclusiones: En pacientes con FA en manejo con warfarina, interrumpirla para un procedimiento electivo sin llevar a terapia puente fue no inferior en la prevención de tromboembolismo arterial, y disminuye el riesgo de sangrado mayor.

Seguramente este estudio (con limitaciones por el bajo número de desenlaces y la necesidad de recalcular la muestra), si nos da una luz a lo que se venía observando previamente y es:

1. En pacientes llevados a procedimientos de bajo riesgo: extracción dental, biopsia de médula ósea, procedimientos endoscópicos con/sin biopsia, cirugía de cataratas, implante de marcapasos, venografía, cirugías dermatológicas y aspiraciones articulares; definitivamente no es necesaria la suspensión de la anticoagulación
2. En los pacientes que por la recomendación del grupo quirúrgico se requiera de suspender la anticoagulación, si el procedimiento es de bajo riesgo hemorrágico, no es necesario realizar terapia puente.
3. La terapia puente cuando se requiere, está indicada en pacientes con prótesis mecánicas valvulares y en eventos tromboembólicos arteriales en las últimas 12 semanas.

Referencia:

<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1501035>
