

Juan Guillermo Echeverri Sierra MD.

Cardiología y Ecocardiografía. CEMDE, Clínica Las Américas, Medellín.

“Fibrilación auricular después de implante de STENT coronario: Warfarina o anticoagulantes orales no vitamino K antagonistas agregados a la aspirina y el clopidogrel? Un punto de vista”

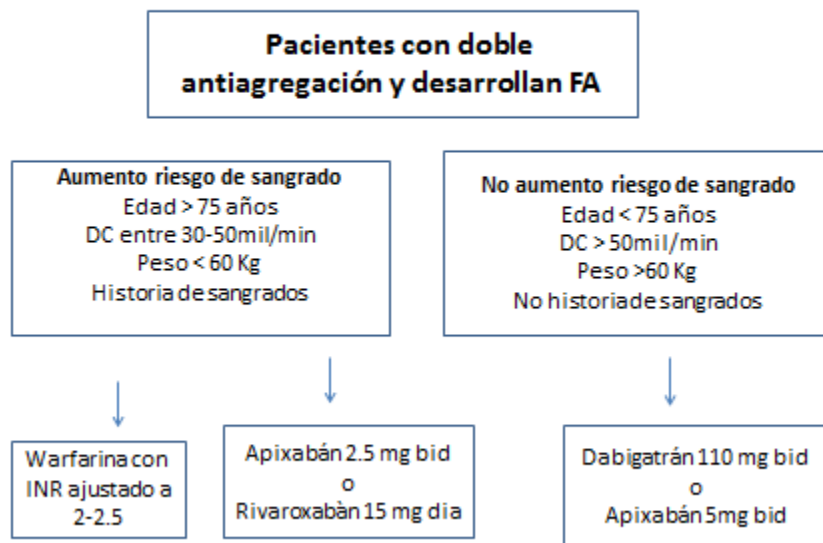
NEW-ONSET ATRIAL FIBRILLATION AFTER RECENT CORONARY STENTING: WARFARIN OR NON-VITAMIN K-ANTAGONIST ORAL ANTICOAGULANTS TO BE ADDED TO ASPIRIN AND CLOPIDOGREL? A VIEWPOINT

Este punto de vista nos ofrece una aproximación a este dilema clínico que es el uso de nuevos anticoagulantes (NOAC) como triple terapia en los pacientes con SCA que requieren intervención coronaria percutánea e implante STENT y desarrollan fibrilación auricular, considerándose que lo más importante es individualizar según las características clínicas de los pacientes para elegir entre warfarina o NOAC:

- El manejo de la terapia antitrombótica seguida de la intervención coronaria percutánea en pacientes con fibrilación auricular, la necesidad de la triple terapia esta dirigida a la utilización de warfarina, según lo recomendado por las diferentes sociedades científicas: Sociedad Europea de Cardiología, Grupo de trabajo en trombosis, Asociación Europea de Intervenciones Cardiovasculares Percutáneas, Asociación Europea del Ritmo, entre otras.
- De acuerdo a la triple terapia (TT) de warfarina, aspirina y clopidogrel, esta debe ser administrada como terapia inicial y la duración debe ser lo más corto posible basado en el tipo de STENT y el riesgo de sangrado.
- El rango del INR debe ser reducido con metas entre 2-2.5 como máximo y nunca utilizar inhibidores de receptores P2Y12 diferentes al clopidogrel como ticagrelor o prasugrel, y el uso de inhibidores de bomba de protones como protección gástrica debe ser extensamente utilizados.
- Casi la totalidad de la evidencia disponible sobre la eficacia y seguridad de la triple terapia en pacientes con FA sometidos a ICP e implante de STENT se ha obtenido con la warfarina, apoyando la TT con warfarina, ASA y clopidogrel como el régimen antitrombótico más efectivo para la prevención de los principales eventos cardiovasculares mayores como muerte, infarto de miocardio, necesidad de revascularización, trombosis de STENT y ACV, pero esto tiene un costo mayor de riesgo de hemorragias y complicaciones por sangrados.
- Actualmente no se dispone de datos para TT con NOAC mas aspirina y clopidogrel, por lo que se considera que la warfarina es el agente preferido cuando se requiere TT dada la gran experiencia que existe en su manejo y la disponibilidad de antídotos existentes, sin embargo requiere de varios días para ser efectiva.

- El uso de dabigatrán (dosis de 110mg y 150 mg cada 12 horas) mostró estar asociado con un incremento en un 30% del riesgo de IAM comparado con la warfarina, el cual podría estar atribuido al efecto cardioprotector de la warfarina, pero con los datos actuales esto se ha desmentido y no debe ser considerado como un factor para definir la selección de NOAC en pacientes con ICP e implante de STENT.
- La elección de NOAC o warfarina en el régimen de TT debe ser individualizado y escogido según el riesgo de evento cerebrovascular y sangrado (estimarlos según las escalas del CHADSVASc2 y el HAS BLED), la función renal y de la calidad de la anticoagulación con la warfarina (tiempo en rango terapéutico del INR y estimar el SAME-TT2R2 score), los cuales deben ser realizados antes de tomar la decisión en la elección entre warfarina y NOAC.
- Si el paciente viene tomando ticagrelor o prasugrel deben ser cambiados a clopidogrel para la triple terapia.

Se propone el siguiente esquema de manejo:



Referencia:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.06.006>

EDITOR

*: Juan Karlo Urrea Zapata, MD, FsASE
Medicina y Cirugía, Universidad Libre, Cali

Medicina Interna, Cardiología, Diagnóstico No Invasivo, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá

Fellow Student, American Society of Echocardiography, Miembro de número Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Profesor adscrito, Universidad Libre, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Master Universitario en proceso, Avances en Cardiología, Sociedad Española de Cardiología, Sociedad Colombiana de Cardiología, Grupo Menarini, Universidad Católica San Antonio, España.

Subinvestigador TIMI Study Group, Harvard Medical School, Boston, Mass.

Par Académico, Universidad Nacional de Colombia.

Editor Asociado, PLM América Latina.

International Instructor Network, American Heart Association, USA.

Instructor Internacional avalado, Operation Smile, Centro de Entrenamiento Salamandra, AHA en BLS-ACLS, ACLS-EP.

Unidad de Cardiología, Clínica Rey David, Cali, Colombia.