



Rincón del Clínico

Tratamiento antitrombótico del paciente con fibrilación auricular y síndrome coronario agudo



Antithrombotic therapy in a patient with atrial fibrillation and acute coronary syndrome

Eduardo Vázquez Ruiz de Castroviejo*, Enrique Quesada Pérez, Víctor Aragón Extremera y Miriam Padilla Pérez

Unidad de Gestión Clínica de Cardiología, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

Caso clínico

Paciente de 54 años de edad, hipertenso e intervenido de una embolia en miembro inferior derecho, acude a urgencias por síndrome coronario agudo (SCA) sin elevación del segmento ST y marcadores de daño miocárdico elevados. El paciente presenta fibrilación auricular (FA) ya conocida hace un año en tratamiento con un nuevo anticoagulante oral desde hace 5 meses junto con losartán 100 mg/24 h. Se realiza coronariografía y el paciente presenta lesión severa monovaso del 90% en tercio medio de descendente anterior. ¿Qué actitud realizarías durante el ingreso y tras el alta hospitalaria?

Comentarios

El tratamiento antitrombótico del paciente con enfermedad coronaria y FA es un importante reto al que tiene que enfrentarse con gran frecuencia el cardiólogo clínico. Este reto es aún mayor si la forma clínica de presentación de la enfermedad coronaria es un SCA.

El evidente beneficio del tratamiento antiagregante en el paciente con enfermedad coronaria y del tratamiento anticoagulante en el paciente con FA hay que balancearlo con el también riesgo evidente de la asociación antiagregante y anticoagulante. La reciente introducción de los nuevos anticoagulantes orales (NACO) y de los nuevos antiagregantes en

el arsenal farmacológico disponible ha hecho que las posibles combinaciones se amplíen y con ello la necesidad de una cuidadosa valoración de las diferentes opciones terapéuticas.

A la hora de enfrentarnos al enfoque terapéutico de un paciente con FA y enfermedad coronaria que va a ser sometido a revascularización percutánea creemos que es útil seguir un análisis sistemático que tenga en cuenta en primer lugar algunas consideraciones básicas sobre las que existe un importante nivel de consenso:

- Todo paciente sometido a revascularización percutánea requiere tratamiento con doble terapia antiagregante que no debe suspenderse durante un período de tiempo variable en función de la forma clínica de presentación de la enfermedad coronaria y del tipo de stent implantado.
- La asociación de doble antiagregación con anticoagulación incrementa de forma considerable el riesgo de hemorragia y debe mantenerse el menor tiempo posible.
- Las asociaciones de los nuevos antiagregantes con anticoagulantes y de los NACO con doble antiagregación debe evitarse al no disponer hasta el momento de información que avale su seguridad.

Tras estas consideraciones básicas debe realizarse una planificación del tratamiento que incluya una detenida valoración del perfil del paciente, proponiendo para ello el esquema que figura en la [tabla](#).

* Autor para correspondencia.

Tabla – Protocolo de valoración del tratamiento antitrombótico en los pacientes con síndrome coronario agudo y fibrilación auricular

Antes del procedimiento	Durante el procedimiento	Tras el procedimiento	
		Tratamiento provisional	Tratamiento definitivo
Perfil de riesgo embólico (CHA ₂ DS ₂ -VASC)	Vía de acceso vascular	Período de triple terapia (1-6 meses)	Tratamiento antitrombótico (monoterapia o doble terapia)
Perfil de riesgo hemorrágico (HAS-BLED)	Tipo de anticoagulación Tipo de stent a implantar (convencional o farmacoactivo)	Período de doble terapia (1-12 meses)	
Patrón clínico que indica la revascularización (¿síndrome coronario agudo?)			

Antes del procedimiento

El análisis del perfil de riesgo embólico y hemorrágico previo al inicio del tratamiento de revascularización va a condicionar las decisiones posteriores. Es evidente que un paciente con un perfil de riesgo tromboembólico bajo y riesgo hemorrágico alto puede ser tratado, al menos temporalmente, con una pauta basada en antiagregantes y evitar la anticoagulación, si bien es cierto que este perfil de paciente es poco frecuente en el contexto clínico que estamos comentando, por lo que las mayoría de las recomendaciones van dirigidas al perfil de paciente con riesgo tromboembólico elevado y riesgo hemorrágico normal.

El patrón clínico de la arritmia es un determinante según todas las recomendaciones del tiempo que debe mantenerse la doble antiagregación^{1,2} según comentaremos en el apartado de tratamiento posprocedimiento.

Durante el procedimiento

La primera consideración antes de llevar al paciente a la sala debe ser también el patrón clínico del cuadro coronario y el tratamiento anticoagulante previo. Si se trata de un SCA sin elevación de ST, y el paciente se encuentra con tratamiento anticoagulante previo las recomendaciones son demorar el procedimiento hasta que haya desaparecido o disminuido el efecto anticoagulante. En caso de un SCA con elevación de ST con indicación de angioplastia primaria o que no se deba retrasar el procedimiento, se aconseja la utilización de la vía radial y que la anticoagulación periprocedimiento se haga con heparina no fraccionada o bivalirudina³, aunque siempre debe primar la experiencia y práctica habitual del laboratorio realizador.

Sí existe acuerdo en la recomendación de evitar siempre que sea posible los stents farmacoactivos¹⁻³.

Tras el procedimiento

Durante el primer año

Cuando el procedimiento es electivo y el stent convencional, el período de triple terapia puede reducirse a un mes, y continuar con antivitaminas (AVK) más un antiagregante (clopidogrel o AAS) hasta completar un año. Si el perfil del paciente muestra un alto riesgo hemorrágico, la anticoagulación como monoterapia puede incluso iniciarse transcurrido un mes. En el caso de SCA o alto riesgo de trombosis del stent las recomendaciones del período de triple terapia se extienden a los 6 primeros

meses continuando con un antiagregante y AVK hasta completar el año^{1,2}.

Transcurrido el primer año

No existen discrepancias en que transcurrido un año del procedimiento, independientemente del patrón clínico que ha condicionado el procedimiento (electivo o SCA) o del tipo de stent implantado, el tratamiento de elección debe ser anticoagulación en monoterapia¹⁻³.

La discusión actual se centra en qué tipo de anticoagulación debe utilizarse. El documento europeo sobre el uso de los nuevos anticoagulantes³ es, en nuestra opinión, confuso en algunos aspectos. Reconoce que el efecto protector antitrombótico de los NACO en monoterapia necesita ser probado. Puntualiza, sin embargo, que como las ventajas de los NACO sobre las AVK están probablemente preservadas en pacientes con enfermedad coronaria, estos nuevos fármacos pueden ser una alternativa segura y eficaz a las AVK. Añade que, en general, no hay preferencias entre los distintos NACO porque el pequeño incremento en la tasa de eventos coronarios que se ha observado con el dabigatrán no ha tenido impacto en el beneficio clínico global. Finaliza, no obstante, recomendando que si se utiliza dabigatrán una opción sensata es utilizar la dosis de 110 mg y añadir aspirina.

En nuestra opinión, dado que existe un aceptable nivel de evidencia del beneficio de las AVK como monoterapia que los NACO no han demostrado aún y que el incremento de riesgo hemorrágico que supone cualquier asociación de anticoagulación y antiagregación es innegable, lo sensato en el momento actual es continuar utilizando las AVK como monoterapia en los pacientes con enfermedad coronaria crónica estable y FA hasta que dispongamos de estudios que establezcan una eficacia al menos similar de los nuevos fármacos, si bien admitimos que la utilización de los NACO en monoterapia puede ser una opción.

En base a todas las consideraciones previas, nuestra posición ante el caso clínico que se nos plantea sería la siguiente:

1. Considerar al paciente con un perfil de riesgo embólico elevado (hipertensión arterial y fenómeno tromboembólico previo) sin datos que sugieran alto riesgo hemorrágico.
2. Suspender el tratamiento con el nuevo anticoagulante en el momento del ingreso, iniciar tratamiento con aspirina y clopidogrel y, al tratarse de un SCA sin elevación de ST, demorar la realización del cateterismo hasta que el efecto

del NACO hubiera desaparecido o disminuido (al menos 12 h).

3. Aconsejar revascularización percutánea con stent convencional.
4. Mantener tratamiento con triple terapia (aspirina, clopidogrel y AVK) durante 6 meses y, posteriormente, clopidogrel y AVK hasta completar un año.
5. A partir del año recomendar tratamiento con AVK como monoterapia antitrombótica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lip GYH, Huber K, Andreotti F, Arnesen H, Airaksinen JK, Cuisset T, et al., Consensus Document of European Society of

- Cardiology Working Group on Thrombosis. 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;31:1311–8.
2. Faxon DP, Eikelboom JW, Berger PB, Holmes Jr DR, Bhatt DL, Moliterno DJ, et al. Antithrombotic therapy in patients with atrial fibrillation undergoing coronary stenting: A North American perspective: executive summary. *Circ Cardiovasc Interv*. 2011;4:522–34.
3. Heidbuchel H, Verhamme P, Alings M, Antz M, Hacke W, Oldgren J, et al., European Heart Rhythm Association. European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. *Europace*. 2013;15:625–51.