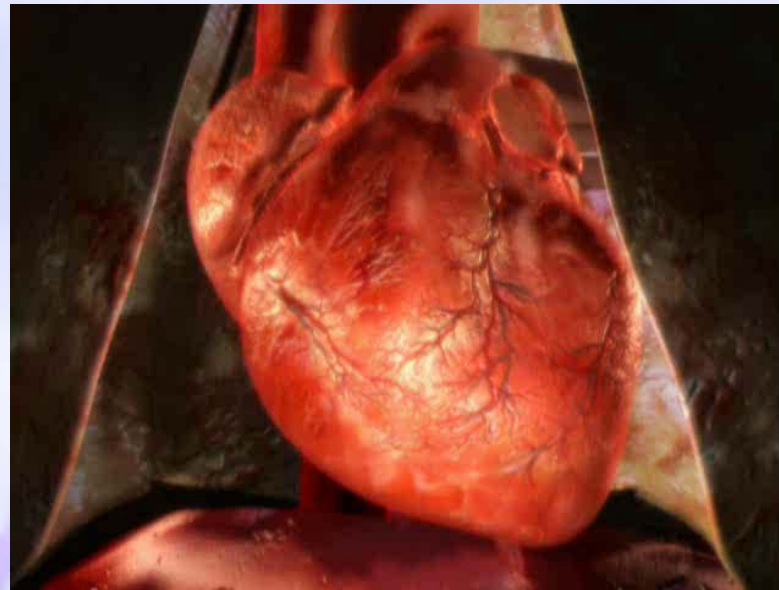




# Manejo Antitrombótico Post Stent Coronario en Pacientes con Anticoagulación Oral

## Dilucidando un Problema Real



**Dr. Mario A. Benavides Gzz.**

Jefe del Servicio de Cardiología  
Hospital Universitario U.A.N.L.





# AGENDA

- Introducción
- Evidencias Recientes
- Recomendaciones Actuales
- Conclusiones





# Fibrilación Auricular y Anticoagulación

- Pacientes con Fibrilación Auricular e Intervención Coronaria Percutánea más colocación de stent representan un grupo de alto riesgo debido a la edad, presencia de comorbilidades, y factores de riesgo para EVC.
- Presentan tasas elevadas de Mortalidad y de Eventos Adversos Cardiovasculares, que se disminuye con la anticoagulación.





# Anticoagulantes Orales

- Antagonistas de la Vitamina K
  - Warfarina
- Inhibidor Directo de Trombina
  - Dabigatran
- Inhibidor Directo de Factor Xa
  - Rivaroxaban



# Tratamiento Anticoagulante Periintervencionismo Coronario

- El tratamiento con Warfarina provee la suficiente Anticoagulación en caso de Intervención Coronaria Percutánea (ICP).
- El uso adicional de Heparina no es necesario y puede incrementar las complicaciones en el sitio de acceso vascular.



# Doble Terapia Antiplaquetaria en ICP

- En pacientes con stent coronario y doble terapia antiplaquetaria se recomienda diferir procedimientos quirúrgicos electivos por lo menos 6 semanas después del implante de stent desnudos y hasta 6 meses después con stent liberador de fármaco.





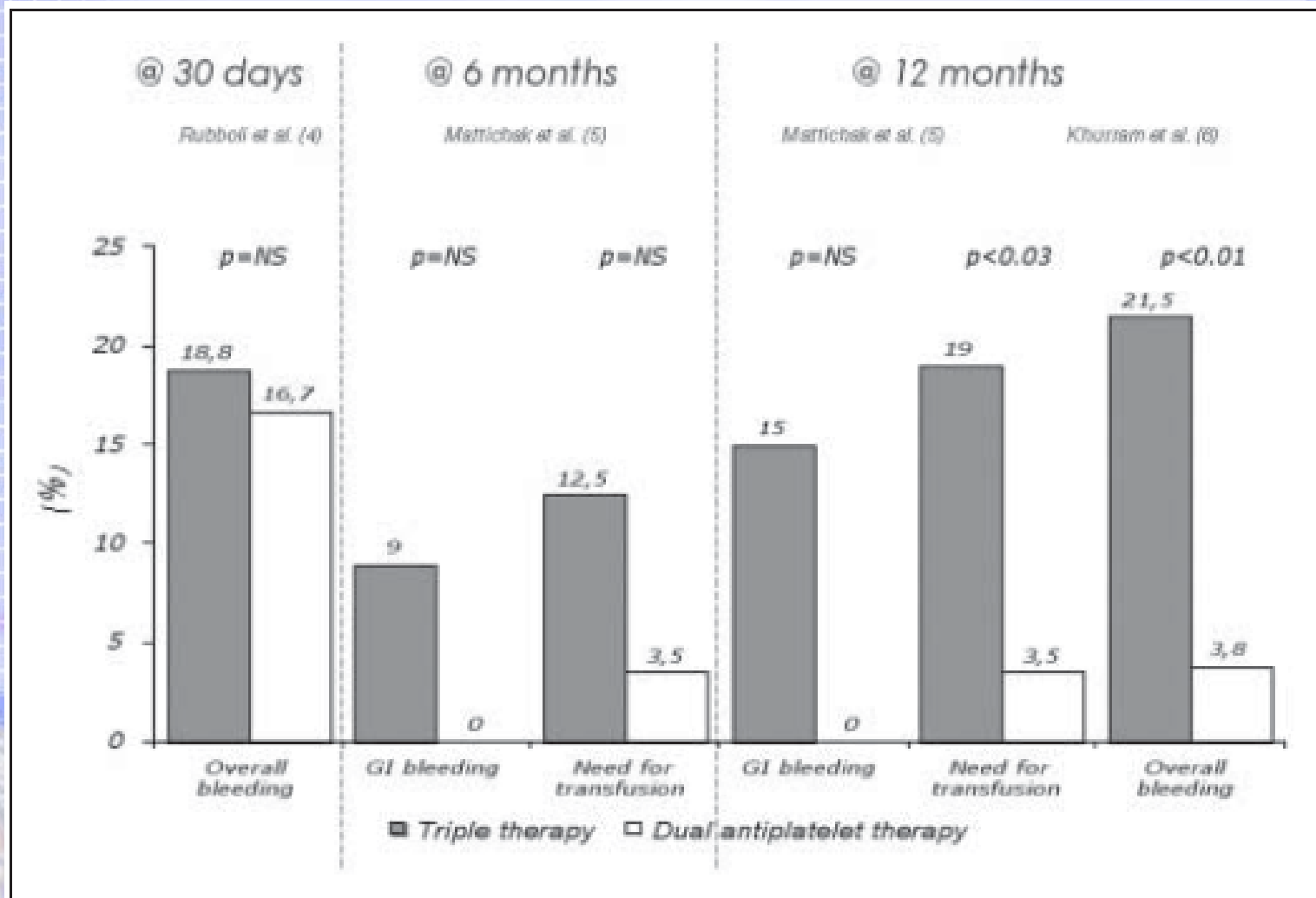
# Terapia Triple

- La triple terapia antitrombótica con ant. vit. K, Aspirina y Clopidogrel es el régimen terapéutico recomendado posterior a angioplastia coronaria con stent en pacientes con tratamiento previo de ant. vit. K aunque el riesgo de sangrado es mayor, incrementándose el riesgo si se prolonga el rango de tiempo utilizado





# Incremento del Riesgo de Hemorragia Gastrointestinal





# Incidencia de Hemorragia Mayor/Menor en Diferentes Periodos de Tiempo de Seguimiento con Tratamiento Antitrombótico Triple

	Sangrado Mayor (%)	Sangrado Menor (%)
Intrahospitalario	3.3 ± 1.9	NR
≤ 1 mes	5.1 ± 6.7	5.2 ± 3.1
6 meses	8.0 ± 5.2	13.1 ± 2.6
12 meses	9.0 ± 8.0	3.6 ± 5.1
≥ 12 meses	6.2 ± 7.8	9.5 ± 7.5

Adaptado de Rubboli A.

Journal of Geriatric Cardiology (2011) 8: 207–214

## Eventos Adversos a 12 meses de Seguimiento después de ICP en 591 pacientes con Fibrilación Auricular Recibiendo Triple Terapia, Terapia Dual, Anticoagulación Oral + Un Antiplaquetario

Evento	TT (n=136)	AO + AP (n=121)	Terapia Dual (n=334)	Valor P
<b>MACCE</b>				
Muerte	4.4	5.8	9.0	.174
IM	2.9	5.8	5.4	.474
Revascularización	3.7	4.1	4.5	.922
Trombosis de Stent	0.7	1.7	0.9	.726
EVC	0.7	0.8	3.6	.083
Total MACCE	8.8	14.9	20.1	.010
<b>Eventos Hemorrágicos</b>				
Hemorragia Mayor	2.9	2.5	1.8	.725
Hemorragia Menor	8.8	5.0	3.3	.042
Hemorragia Total	11.8	7.4	5.1	.038
Resultado Neto	11.0	16.5	21.6	.024

Adaptado de Gao, et al. *Circ J.* 2010; 74 (4): 701-708

**CHEST 2011; 139(5):981-987**





## Resultados a 6 Meses para 405 Pacientes del Estudio MUSICA comparando los Desenlaces después de ICP en Pacientes Crónicamente Anticoagulados

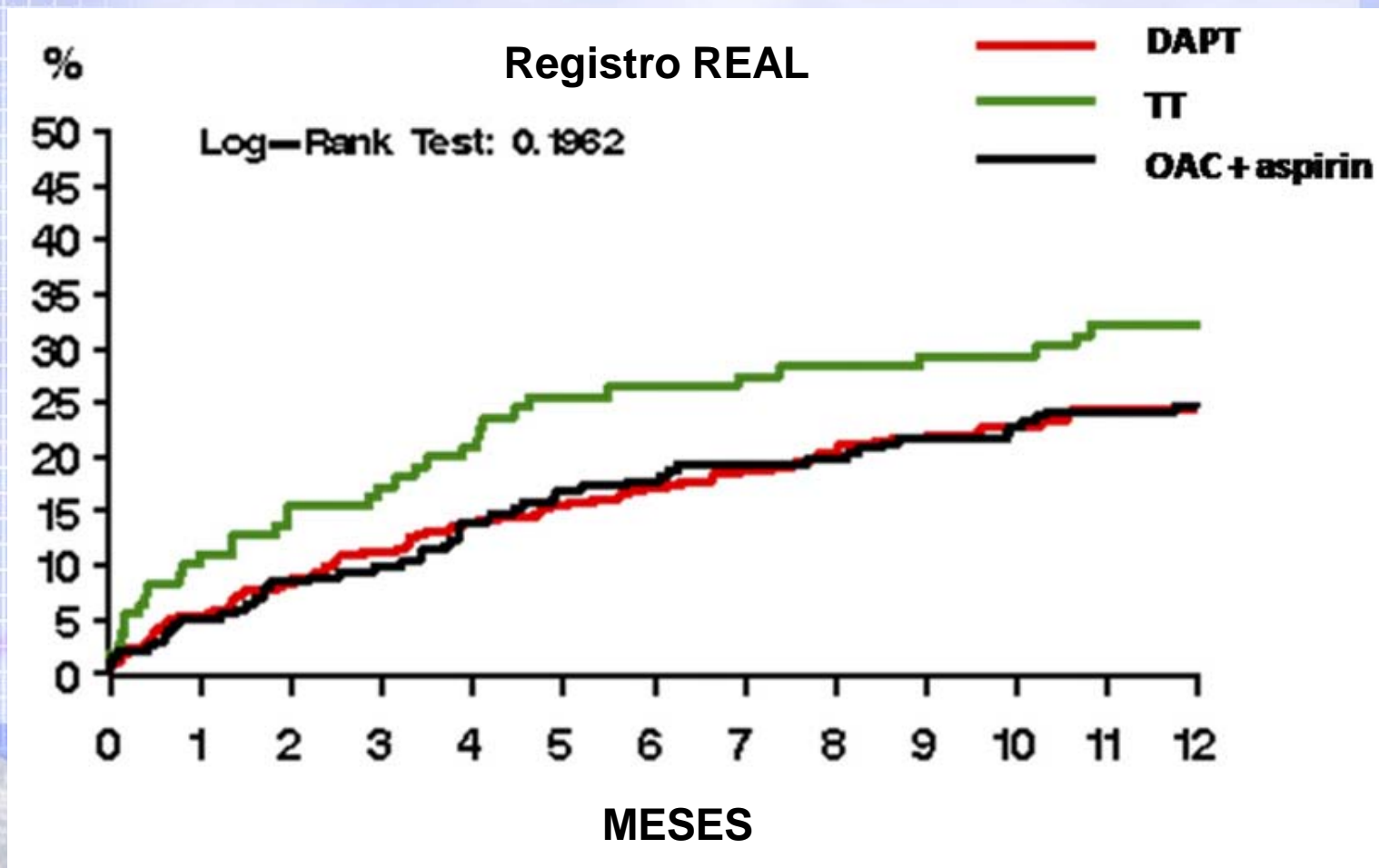
Desenlace	TT (n=278)%	AO + AP (n=46)%	Terapia Dual (n=81)%	Valor P
Eventos Hemorrágicos	43 (15.5)	6 (13.0)	3 (3.7)	.020
Hemorragia Mayor	12 (4.3)	3 (6.5)	1 (1.2)	.290
Hemorragia Menor	31 (11.2)	3 (6.5)	2 (2.5)	.044
Eventos Cardiovasculares	22 (7.9)	7 (15.2)	1 (1.2)	.01
Trombosis de Stent	11 (4.0)	4 (8.7)	0	.041
SCA/Revascularización	10 (3.6)	2 (4.3)	0	.185
Eventos Tromboembolicos	1 (0.3)	1 (2.2)	1 (1.2)	.349
Muerte Cardiovascular	12 (4.3)	4 (8.7)	0	.046
Mortalidad Total	19 (6.8)	5 (10.9)	1 (1.2)	.060
Total de Eventos Adversos	66 (23.7)	12 (26.1)	4 (4.9)	.001

Adaptado de Sambola, et al. *Heart*. 2009; 95 (18): 1483-1488

*CHEST* 2011; 139(5):981-987



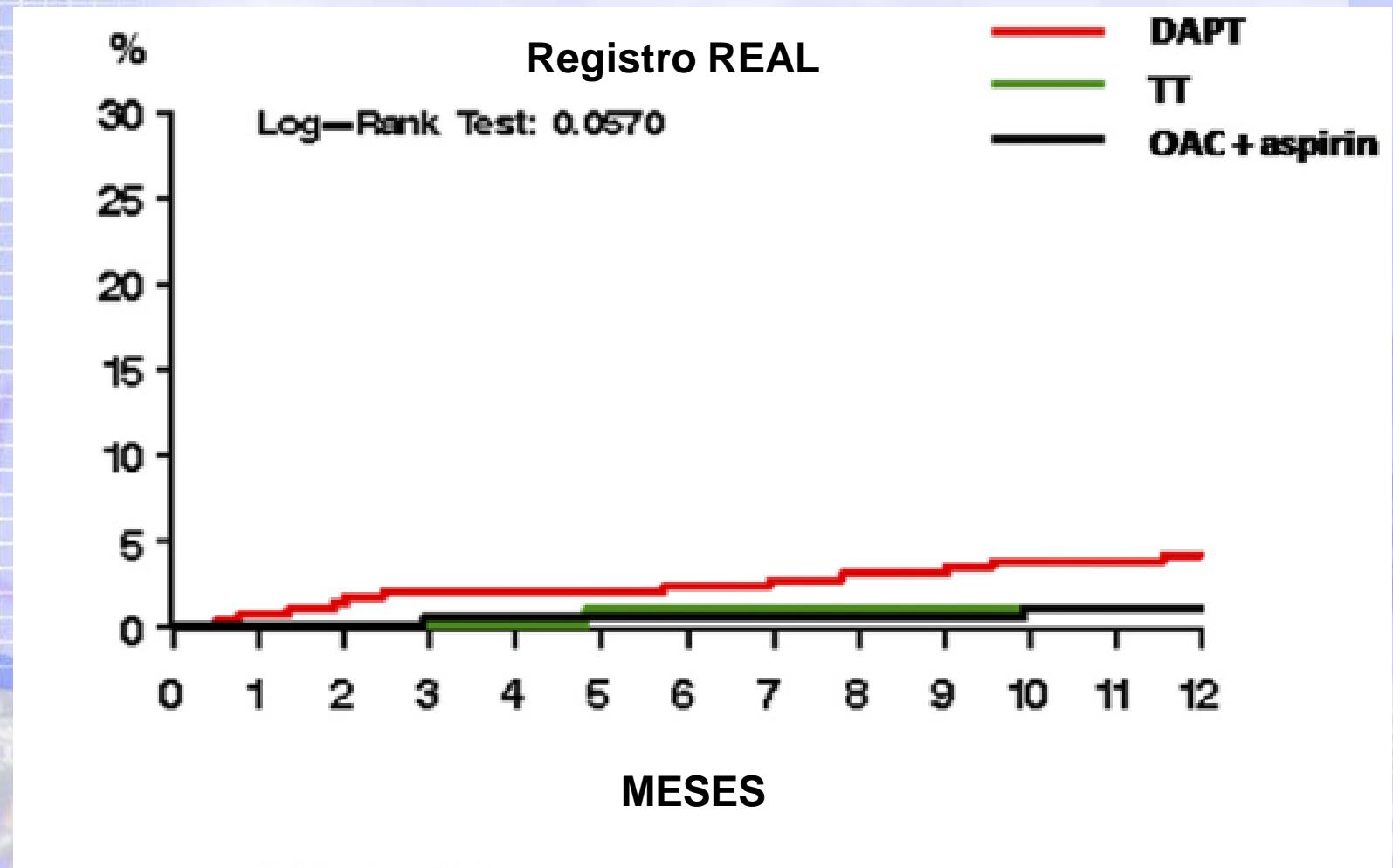
# PROBABILIDAD ACUMULADA DE EVENTOS COMBINADOS A 12 MESES



Adaptado de A. Rubboli



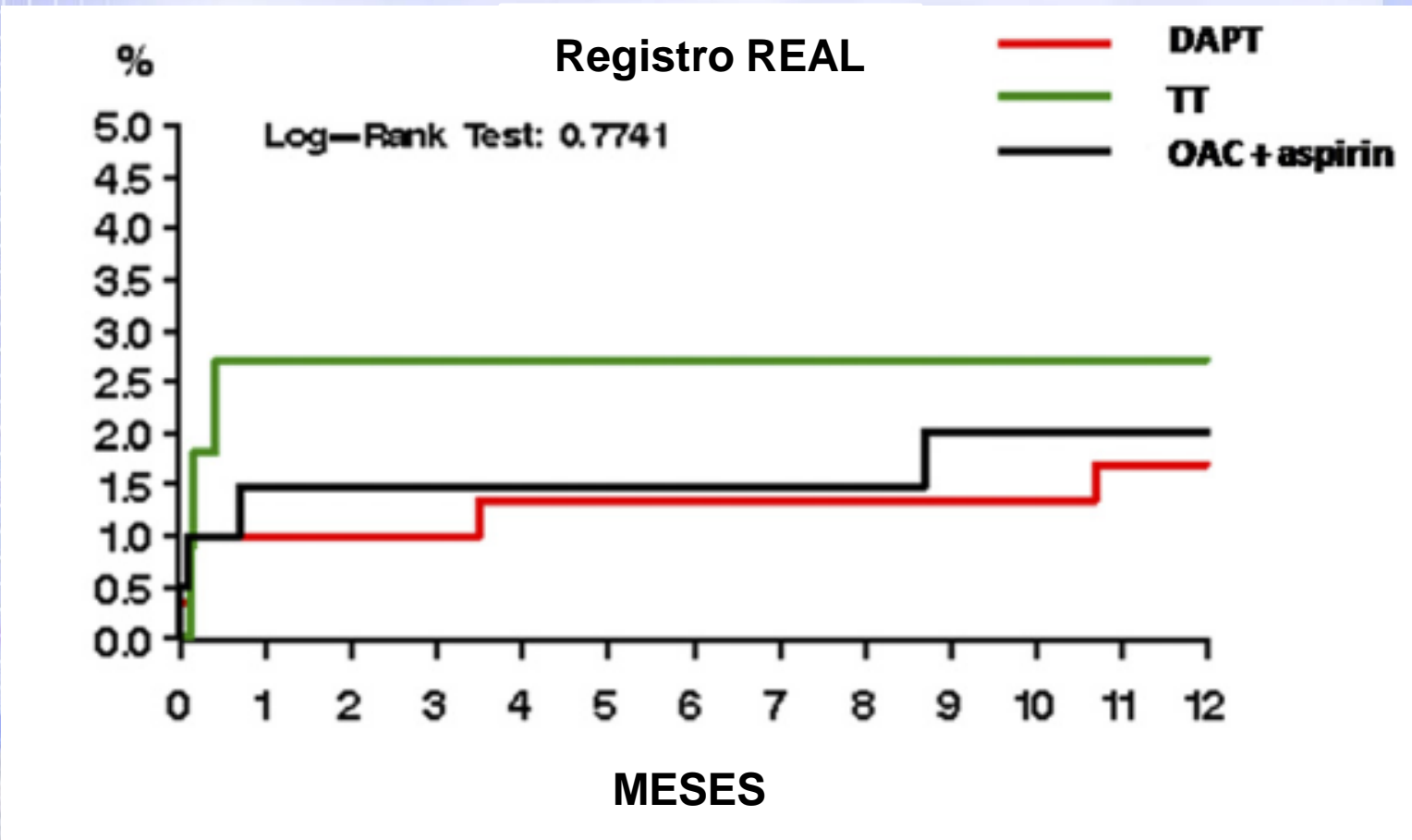
# PROBABILIDAD ACUMULADA DE EVC A 12 MESES







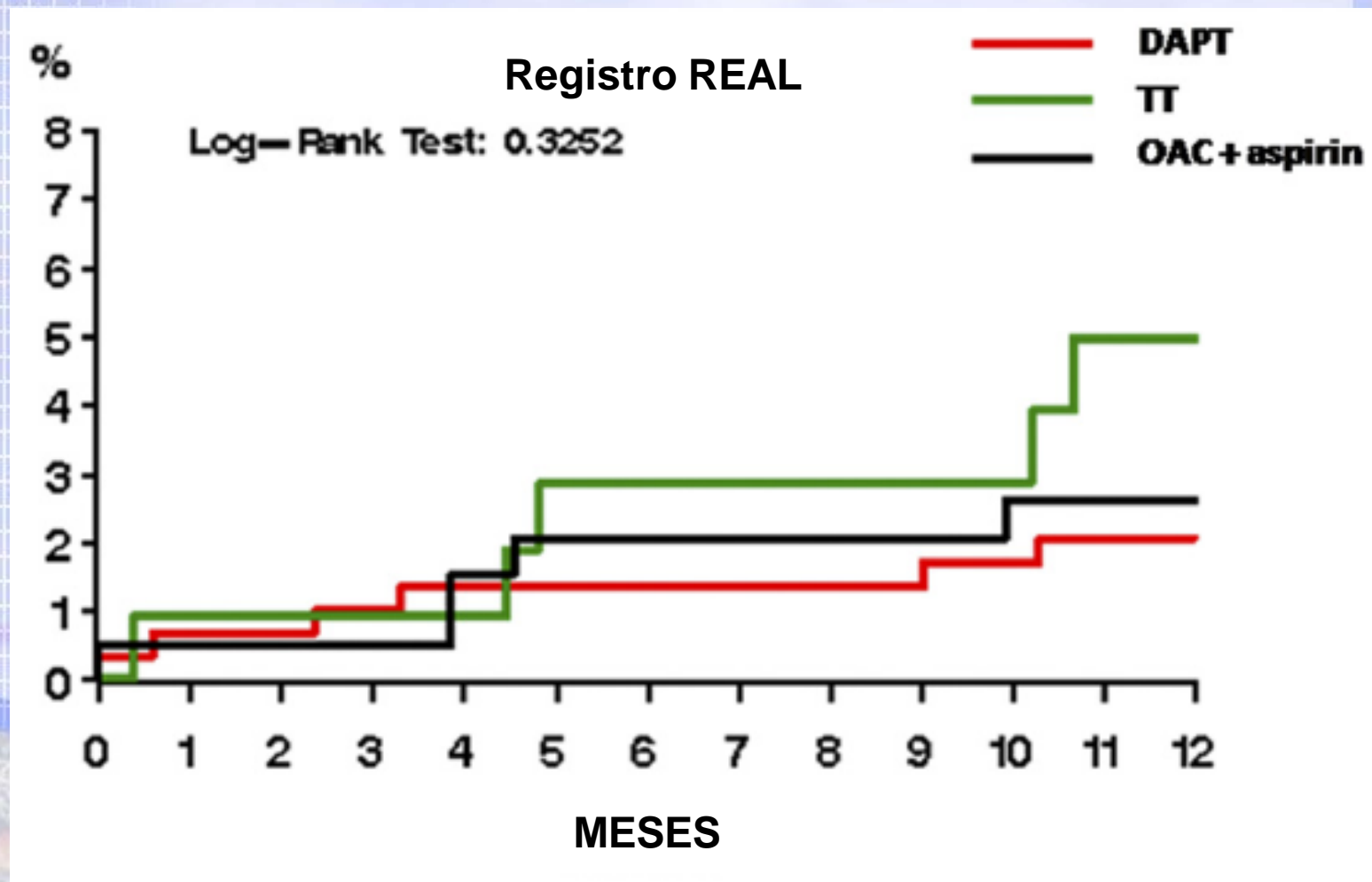
# PROBABILIDAD ACUMULADA DE TROMBOSIS INTRASTENT A 12 MESES



Adaptado de A. Rubboli



# PROBABILIDAD ACUMULADA DE HEMORRAGIA MAYOR A 12 MESES





# Recomendaciones

- Para pacientes con anticoagulación oral con ant. vit. K no se recomienda el tratamiento concomitante con antiplaquetarios, excepto en aquellas situaciones en que el beneficio sea superior que el riesgo de sangrado.
- SICA o intervencionismo coronario (2C)





# Recomendaciones

- La combinación de Anticoagulación Oral y un solo Antiplaquetario (aspirina o clopidogrel) no debería de prescribirse en pacientes con ICP más Stent
  - ↑ Trombosis de Stent
  - ↑ Tromboembolismo
  - ↑ Hemorragia



# Recomendaciones

- Existen limitaciones para los Stents Liberadores de Fármaco en pacientes con necesidad de Anticoagulación Oral.
- Si es necesario su uso, se requiere Stents Liberadores de Nueva Generación (Libres de Polímero) por su Reendotelización más temprana



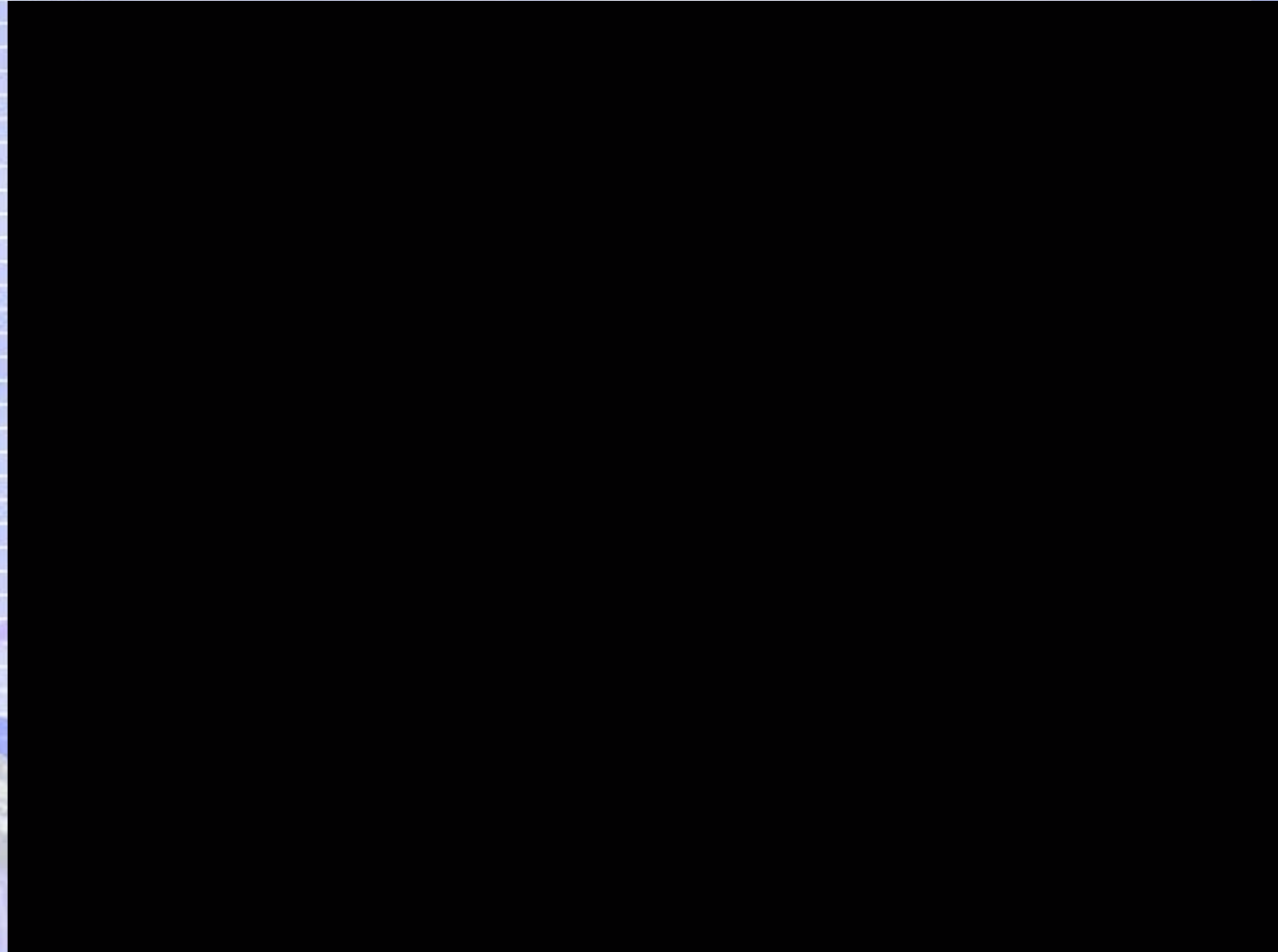
# Recomendaciones

- El tratamiento triple antitrombótico actualmente es la mejor opción para la mayoría de los pacientes, aunque aumenten el riesgo de sangrado.
- La suspensión del mismo incrementa el riesgo de trombosis del stent y EVC / Tromboembolismo.





# Resolución de Problemas en la Vida Real





# Conclusiones

- La Triple Terapia con Warfarina, Aspirina y Clopidogrel, debería prescribirse a pacientes con riesgo tromboembólico Moderado – Alto
- La sustitución de la Anticoagulación Oral e inicio de Terapia Dual es la estrategia ideal en pacientes de riesgo Bajo

GRACIAS

