

IRT, pero no en otros contextos. Un estudio de cohortes retrospectivo no mostró diferencias en el riesgo de accidente cerebrovascular entre el apixabán y la warfarina, aunque el primero se asoció con un menor riesgo de hemorragias mayores⁷. Como se indica en el artículo de Mahmood y Lip, están en marcha 3 ensayos clínicos controlados y aleatorizados⁴, RENAL-AF y AXADIA, que evalúan la seguridad y la eficacia del apixabán frente a la warfarina o el fenprocumón respectivamente. No obstante, ninguno de los ensayos mencionados ha incluido un grupo de control sin anticoagulación oral, lo cual es necesario para comprobar si el tratamiento anticoagulante resulta beneficioso a tales pacientes. Se considera esencial esperar al análisis de los resultados que se obtengan del estudio *Oral Anticoagulation in Haemodialysis Patients* (AVKDIAL), donde se evaluarán los riesgos hemorrágico y trombótico de los antagonistas de la vitamina K comparados con la ausencia de anticoagulación entre los pacientes con FA que se encuentran en hemodiálisis.

En conclusión, atendiendo a la gran incertidumbre y los resultados contradictorios acerca de la anticoagulación en los pacientes con FA e IRT, se reivindica: a) el diseño de sistemas de puntuación destinados específicamente a la predicción de accidentes cerebrovasculares y hemorragias, y b) la necesidad de ensayos clínicos controlados y aleatorizados que evalúen la relación beneficio-riesgo de la anticoagulación comparada con el placebo, en vez de comparar varios anticoagulantes orales entre sí en dicha población de pacientes.

CONFLICTO DE INTERESES

Y. Huang ha recibido ayudas a la investigación de la Fundación Nacional de Ciencias Naturales de China (n.º: 81600239) y del Fondo de Investigación Científica de Foshan (China) (n.º: 2016AB003353). Los demás autores no manifiestan ningún conflicto de intereses.

Jun Li, Xinyue Liu, Sulin Zheng e Yuli Huang*

Anticoagulación oral en pacientes con fibrilación auricular e insuficiencia renal terminal: ¿qué es lo más apropiado? Respuesta



Use of Oral Anticoagulation in Patients With Atrial Fibrillation and End-stage Renal Disease: What Is Needed Nowadays? Response

Sr. Editor:

Agradecemos a Huang et al. su interés en nuestra revisión¹. Los pacientes en diálisis de todos los estratos de riesgo de la puntuación CHA₂DS₂-VASC tienen mayor riesgo de ictus², pero esta puntuación validada sigue siendo la más exacta en la predicción del ictus isquémico, y puede considerarse el uso de warfarina, en especial para los pacientes con alto riesgo³. Es preciso encontrar un equilibrio con los factores de riesgo hemorrágico, pero el beneficio neto suele ser favorable, sobre todo con un buen uso de la warfarina.

Los pacientes con fibrilación auricular y enfermedad renal terminal (ERT) han sido excluidos de los ensayos de los anticoagulantes orales no antagonistas de la vitamina K; por consiguiente, toda posible recomendación de las autoridades reguladoras carece de evidencia basada en ensayos clínicos. La warfarina puede reducir el riesgo de ictus isquémico, si bien esta es una cuestión controvertida⁴, ya que la hemorragia grave es frecuente en la ERT. Una advertencia importante es que en los estudios previos se tuvo en cuenta de manera diversa la calidad del control de la anticoagulación, como se aprecia en la permanencia en rango terapéutico, y una larga permanencia en rango terapéutico se asocia con buena evolución en la ERT.

Por lo tanto, es necesario un enfoque individualizado de la asistencia al paciente, si bien los beneficios de reducción de los

Department of Cardiology, Shunde Hospital (First People's Hospital of Shunde), Southern Medical University, Shunde District, Foshan, China

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: hyuli821@163.com (Y. Huang).

On-line el 31 de octubre de 2018

BIBLIOGRAFÍA

- Mahmood M, Lip GYH. Nonvitamin K Oral Anticoagulants in Patients With Atrial Fibrillation and Severe Renal Dysfunction. *Rev Esp Cardiol*. 2018;71:847-855.
- Roldán V, Marín F, Manzano-Fernandez S, et al. Does chronic kidney disease improve the predictive value of the CHADS₂ and CHA₂DS₂-VASC stroke stratification risk scores for atrial fibrillation? *Thromb Haemost*. 2013;109:956-960.
- Chao TF, Liu CJ, Wang KL, et al. Incidence and prediction of ischemic stroke among atrial fibrillation patients with end-stage renal disease requiring dialysis. *Heart Rhythm*. 2014;11:1752-1759.
- Van Der Meersch H, De Bacquer D, De Vriese AS. Vitamin K antagonists for stroke prevention in hemodialysis patients with atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis. *Am Heart J*. 2017;184:37-46.
- Heidbuchel H, Verhamme P, Alings M, et al. Updated European Heart Rhythm Association practical guide on the use of non-vitamin-K antagonist anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation: Executive summary. *Eur Heart J*. 2017;38:2137-2149.
- Herzog CA, Asinger RW, Berger AK, et al. Cardiovascular disease in chronic kidney disease. A clinical update from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney Int*. 2011;80:572-586.
- Siontis KC, Zhang X, Eckard A, et al. Outcomes Associated with Apixaban Use in End-Stage Kidney Disease Patients with Atrial Fibrillation in the United States. *Circulation*. 2018. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.118.035418>

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.03.023>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.07.023>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.07.015>

0300-8932/

© 2018 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

ictus y la mortalidad suelen ser superiores al riesgo de hemorragias graves⁵. Por ejemplo, si un paciente con una ERT estable puede mantenerse en rango terapéutico en al menos el 70% (lo cual es difícil de alcanzar, pero no imposible) y tiene importantes factores de riesgo de ictus (CHA₂DS₂-VASC ≥ 2) y un riesgo hemorrágico bajo (puntuación HAS-BLED < 3), se puede considerar el uso de warfarina tras un análisis en profundidad de la relación riesgo/beneficio⁶. Debe analizarse por separado a los pacientes en diálisis peritoneal y en hemodiálisis debido a las posibles diferencias en la eliminación de fármacos entre estas 2 modalidades de terapia de sustitución renal.

CONFLICTO DE INTERESES

G.Y.H. Lip es consultor de Bayer/Janssen, BMS/Pfizer, Medtronic, Boehringer Ingelheim, Novartis, Verseen y Daiichi-Sankyo y ha dictado conferencias para Bayer, BMS/Pfizer, Medtronic, Boehringer Ingelheim y Daiichi-Sankyo; declara no recibir directamente honorario personal alguno derivado de estas actividades.

Maria Mahmood^a y Gregory Y.H. Lip^{a,b,*}

^aInstitute of Cardiovascular Sciences, University of Birmingham, Birmingham, Reino Unido

^bAalborg Thrombosis Research Unit, Department of Clinical Medicine, Aalborg University, Aalborg, Dinamarca

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: g.y.h.lip@bham.ac.uk (G.Y.H. Lip).

On-line el 5 de octubre de 2018

BIBLIOGRAFÍA

1. Mahmood M, Lip GYH. Nonvitamin K Oral Anticoagulants in Patients With Atrial Fibrillation and Severe Renal Dysfunction. *Rev Esp Cardiol.* 2018;71:847–855.
2. Bonde AN, Lip GYH, Kamper AL, et al. Renal Function Time in Therapeutic Range and Outcomes in Warfarin-Treated Atrial Fibrillation Patients: A Retrospective Analysis of Nationwide Registries. *Thromb Haemost.* 2017;117:2291–2299.
3. Chao TF, Liu CJ, Wang KL, et al. Incidence and prediction of ischemic stroke among atrial fibrillation patients with end-stage renal disease requiring dialysis. *Heart Rhythm.* 2014;11:1752–1759.
4. Dahal K, Kunwar S, Rijal J, Schulman P, Lee J. Stroke, major bleeding, and mortality outcomes in warfarin users with atrial fibrillation and chronic kidney disease: a meta-analysis of observational studies. *Chest.* 2016;149:951–959.
5. Lip G, Freedman B, De Caterina R, Potpara TS. Stroke prevention in atrial fibrillation: Past, present and future. Comparing the guidelines and practical decision-making. *Thromb Haemost.* 2017;117:1230–1239.
6. Potpara TS, Ferro CJ, Lip GYH. Use of oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation and renal dysfunction. *Nat Rev Nephrol.* 2018;14:337–351.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.07.015><https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.07.023>

0300-8932/

© 2018 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Uso de estatinas de alta potencia tras revascularización percutánea



Use of High-potency Statins After Percutaneous Revascularization

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el editorial de Parikh y Kirtane¹ sobre la indicación de intensificar el tratamiento hipolipemiente tras el implante de un *stent* farmacológico. Es conocido que el uso de estatinas reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica y mejora el pronóstico tras un síndrome coronario. La eficacia del tratamiento se ha relacionado con la magnitud de la reducción de las lipoproteínas de baja densidad producida por estos fármacos. Así, las estatinas de alta potencia aportan un beneficio aún mayor que el tratamiento con estatinas de menor potencia².

Recientemente nuestro grupo comparó la estrategia de revascularización percutánea de lesiones graves en ramas coronarias secundarias (diámetro ≥ 2 mm) de arterias epicárdicas mayores frente al tratamiento conservador en 589 pacientes y, tras un seguimiento medio de 24 meses, no se apreciaron diferencias significativas en la aparición de eventos cardiovasculares entre el tratamiento percutáneo (376 pacientes; 63,8%) y el conservador (213 pacientes; 36,2%)³.

Se analizó si el uso de estatinas de alta potencia (atorvastatina, rosuvastatina, pitavastatina y simvastatina 80 mg) frente a las de baja potencia era diferente en función de la estrategia de revascularización adoptada. En el total de pacientes no se apreciaron diferencias respecto a los eventos cardiovasculares en el seguimiento según recibieran revascularización percutánea o tratamiento médico óptimo en general o estratificando por subgrupos en función del tratamiento recibido.

Creemos que hay 2 aspectos importantes que se debería tratar cuando se quiere evaluar el beneficio del uso de estatinas de alta potencia tras la revascularización percutánea. El primero sería el posible sesgo de prescripción que tenemos los profesionales para indicar tratamientos más intensivos tras el implante de *stent* frente al tratamiento médico óptimo⁴ y el segundo, la mayor adherencia al tratamiento hipolipemiente de los pacientes que reciben tratamiento percutáneo comparados con los que no⁵.

Mercedes Millán Gómez^{a,*}, Macarena Cano García^b,
Carlos Sánchez González^b y Manuel Jiménez Navarro^a

^aUnidad de Gestión Clínica, Área del Corazón, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Universidad de Málaga (UMA), Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Málaga, España

^bUnidad de Gestión Clínica del Corazón y Patología Vascular, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: mercedesmillang@gmail.com

(M. Millán Gómez).

On-line el 3 de agosto de 2018

BIBLIOGRAFÍA

1. Parikh KH, Kirtane AJ. Should we up the intensity of statin therapy after placing a drug-eluting stent? *Rev Esp Cardiol.* 2018;71:416–417.
2. Jiménez Navarro MF. Comments on the 2016 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Rev Esp Cardiol.* 2016;69:894–899.
3. Cano-García M, Millán-Gómez M, Sánchez-González C, et al. Impact of percutaneous coronary revascularization of severe coronary lesions on secondary branches. *Rev Esp Cardiol.* 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rec.2018.04.011>.
4. Bagnall AJ, Yan AT, Yan RT, et al. Optimal medical therapy for non-ST-segment-elevation acute coronary syndromes: exploring why physicians do not prescribe evidence-based treatment and why patients discontinue medications after discharge. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2010;3:530–537.
5. Kocas C, Abaci O, Oktay V, et al. Percutaneous coronary intervention vs. optimal medical therapy—the other side of the coin: medication adherence. *J Clin Pharm Ther.* 2013;38:476–479.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2017.09.023><https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.07.011>

0300-8932/

© 2018 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.