Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 888

Revista Española de Cardiología

6031-196. MANEJO DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL EN EL LABORATORIO DE HEMODINÁMICA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Anna García Alonso, Alicia Prieto Lobato, Daniel Mauricio Rojas Aguirre, Juan Carlos Betancourt Aldana Villarruel, Xavier Covas Cerdà, Héctor Cubero Gallego, Xavier Armario Bel, Leonardo Mariano Danduch, Beatriz Vaquerizo Montilla y Helena Tizón Marcos

Cardiología. Hospital del Mar, Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con indicación de anticoagulación crónica presentan enfermedad coronaria concomitante hasta en un 20-30% de los casos, requiriendo procedimientos de intervencionismo coronario percutáneo (ICP). Si bien las últimas guías de práctica clínica recomiendan no interrumpir los fármacos anticoagulantes, en la práctica clínica la decisión resulta compleja para el clínico, que debe poner en equilibrio el riesgo hemorrágico e isquémico de cada paciente.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo incluyendo pacientes consecutivos que se realizaron una angiografía coronaria con o sin ICP en nuestro centro, entre el 1/1/2023 y el 30/04/2024. El objetivo primario fue describir el manejo del tratamiento anticoagulante periprocedimiento en práctica clínica habitual, así como las complicaciones inmediatas.

Resultados: Se incluyeron 80 pacientes bajo tratamiento anticoagulante crónico sometidos a coronariografía, un 30% mujeres con mediana de edad de 78 años (RIQ 68-80,5). Las características basales de los pacientes se exponen en la tabla. La indicación de ACO fue por fibrilación auricular en el 93,8%. Un 80% de los pacientes se encontraba bajo tratamiento con ACOD y el resto bajo AVK. Se hizo terapia puente con HBPM en el 10% de los casos. Se retiró anticoagulación en las 24 horas previas en más del 45% de los pacientes. El 39,2% de los procedimientos se realizó en el seno de un síndrome coronario agudo. Se detectaron 5 (6,3%) sangrados en las primeras 24 horas posprocedimiento, habiéndose retirado la anticoagulación en dos de ellos. Dos de los sangrados fueron de gravedad 2 por la escala BARC (hematuria y hemoptisis autolimitadas) mientras que el resto fueron hematomas leves a nivel del acceso arterial. No se observó incidencia significativamente mayor de sangrados en aquellos pacientes en los que se había mantenido el tratamiento anticoagulante (p > 0,05).

Características basales, tratamiento anticoagulante y procedimiento de los pacientes sometidos a angiografía coronaria	
Características basales (N = 80)	
Edad (años)	76 (RIQ 68,0-80,5)

Sexo femenino	30 (37,5%)
Tabaquismo o extabaquismo	18 (22,5%)
Hipertensión arterial	71 (88,8%)
Diabetes mellitus	36 (45,0%)
Dislipemia	51 (63,8%)
Fibrilación auricular	75 (93,8%)
Cardiopatía isquémica crónica	22 (27,5%)
Filtrado glomerular (mL/min/m^2)	56,5 (RIQ 49,0-75,5)
Anticoagulación	
AVK	16 (20,0%)
ACOD	64 (80,0%)
Puente con HBPM	8 (10,0%)
Retirada anticoagulación 24 horas previas	37 (46,3%)
Procedimiento	
Acceso arterial radial	71 (88,8%)
Tiempo de procedimiento (minutos)	28,4 (RIQ 17,0-52,0)
Revascularización coronaria	27 (33,8%)
Sangrados 24 horas post	5 (6,3%)

AVK: antagonistas de la vitamina K; ACOD: anticoagulantes orales de acción directa; HBPM: heparina de bajo peso molecular.

Sangrados 24 horas posprocedimiento.

Conclusiones: El manejo del tratamiento anticoagulante crónico en pacientes sometidos a angiografía coronaria representa un desafío, por lo que existe amplia variabilidad en la práctica clínica. Por otro lado, el acceso radial se consolida como la vía de elección en estos pacientes. En nuestra cohorte se detectó baja incidencia de complicaciones hemorrágicas inmediatas y estas no se relacionaron de forma significativa con el mantenimiento del tratamiento anticoagulante. Esto sugiere que mantener la anticoagulación es una estrategia segura.