

Actualización en el tratamiento de los pacientes con fibrilación auricular sometidos a intervención coronaria

Introducción

Introduction

Ángel Cequier*

Área de Enfermedades del Corazón, Hospital Universitario de Bellvitge, Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL), Universidad de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca más prevalente en la población general. Alrededor de un 5-10% de los pacientes en FA presentan una enfermedad coronaria concomitante y requieren procedimientos de intervención coronaria percutánea (ICP)¹⁻³. Los pacientes que están en FA requieren tratamiento con fármacos anticoagulantes orales (ACO) para reducir su riesgo cardioembólico y de accidente cerebrovascular. Por otra parte, al someterse a ICP, deben recibir tratamiento antiagregante plaquetario doble (TAPD) para disminuir el riesgo de eventos cardiovasculares mayores y de trombosis del *stent*. Por lo tanto, los pacientes con FA sometidos a ICP deben ser tratados con un ACO conjuntamente con un tratamiento antiagregante plaquetario. Aunque este tratamiento reduce claramente el riesgo de eventos trombóticos, se puede asociar con un incremento importante de complicaciones hemorrágicas⁴. Además, los pacientes con FA y enfermedad coronaria frecuentemente tienen una edad avanzada y múltiples comorbilidades⁵. Ello crea un contexto particularmente complejo debido al frágil equilibrio entre el riesgo isquémico y el riesgo hemorrágico. Por lo tanto, es necesario definir un tratamiento que minimice el riesgo de hemorragia pero mantenga adecuadamente el efecto protector contra complicaciones trombóticas sistémicas o coronarias.

En el primer artículo de este suplemento, Esteve-Pastor et al. realizan una excelente revisión de los riesgos embólico, isquémico y hemorrágico de estos pacientes. Comentan las ventajas y limitaciones de las diferentes escalas de riesgo tromboembólico y hemorrágico, destacando el concepto del beneficio clínico neto del tratamiento anticoagulante, en el que la ganancia esperada debe superar al riesgo relacionado con una posible hemorragia.

Roldán et al. destacan que el tratamiento anticoagulante reduce las tasas de ictus y de mortalidad en comparación con placebo, pero con un aumento del riesgo de complicaciones hemorrágicas. Analizan en detalle las características farmacocinéticas y farmacodinámicas de los anticoagulantes antagonistas de la vitamina K (AVK) y los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD), y el diseño y los resultados de los principales ensayos fundamentales comparativos. Destacan los factores que influyen en la selección del fármaco anticoagulante y comentan los últimos estudios que analizan el beneficio clínico neto del tratamiento anticoagulante.

Minguito et al. analizan el tratamiento antitrombótico durante la ICP de los pacientes con FA. Se presenta en detalle un análisis del pretratamiento con inhibidores del receptor P2Y₁₂. En el mismo artículo se describe que el tratamiento anticoagulante depende del contexto clínico y el tratamiento previo a la intervención. Para los pacientes

con indicación de ICP electiva, se recomienda suspender el ACOD entre 12 y 24 h antes del procedimiento, mientras que en un contexto de ICP emergente, el procedimiento se debe realizar independientemente del tratamiento anticoagulante previo y sin interrumpirlo. Se comentan los últimos estudios que han analizado el papel de los ACO en la prevención secundaria.

Ruiz Nodar et al. hacen una elegante descripción de la evolución que ha experimentado la utilización de los anticoagulantes en pacientes sometidos a ICP. Desde una primera etapa en la que se demostró la superioridad de los ACO sobre la doble antiagregación, lo que llevó a que el triple tratamiento se impusiera, pasando por el acortamiento de su duración para los pacientes con menor riesgo isquémico o alto riesgo hemorrágico, hasta la evaluación inicial del tratamiento antitrombótico doble (TATD). La última parte incluye el análisis de los ACOD con la información más reciente de los estudios PIONEER AF-PCI con rivaroxabán⁶, RE-DUAL PCI con dabigatrán⁷ y AUGUSTUS con apixabán⁸. Se concluye que es determinante conocer e identificar las características que indican un alto riesgo isquémico y los factores asociados con un riesgo hemorrágico aumentado.

Lugo et al. analizan la evidencia existente sobre el TATD frente al tratamiento antitrombótico triple (TATT) en este escenario. Clasifican las posibles combinaciones de fármacos antitrombóticos en este contexto en 3 tipos de estrategias: a) TATT; b) TADT, y c) TAPD. Al final del artículo se ofrece una serie de recomendaciones prácticas en relación con el tratamiento antitrombótico de inicio, su duración, la combinación de antagonistas del P2Y₁₂ con ACO y el uso y las dosis de los ACOD.

Los datos de estudios aleatorizados⁶⁻⁸ y metanálisis^{9,10}, las recomendaciones de la guía¹¹ y documentos de posicionamiento muy recientes^{12,13} han aportado una información compleja y a veces no del todo coincidente. El presente suplemento intenta resumir en 6 artículos la evidencia existente, clarificar la información lo máximo posible y concluir en una serie de indicaciones y recomendaciones prácticas. Los diferentes artículos han sido redactados por autores con una extensa experiencia clínica y de investigación en este campo.

CONFLICTO DE INTERESES

A. Cequier declara que ha recibido becas o ayudas institucionales para investigación de Amgen, Pfizer, Boehringer Ingelheim y Daiichi-Sankyo, y honorarios por conferencias/consultorías de Bayer, Boehringer Ingelheim y Daiichi-Sankyo.

INFORMACIÓN SOBRE EL SUPLEMENTO

Este artículo forma parte del suplemento titulado «Actualización en el tratamiento de los pacientes con fibrilación auricular sometidos a intervención coronaria», que ha sido patrocinado por Boehringer Ingelheim.

*Autor para correspondencia: Área de Enfermedades del Corazón, Planta 19, Hospital Universitario de Bellvitge, Feixa Llarga s/n, 08907 L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España.

Correo electrónico: acequier@bellvitgehospital.cat (A. Cequier).

BIBLIOGRAFÍA

1. Kravev S, Schneider K, Lang S, Suselbeck T, Borggreve M. Incidence and severity of coronary artery disease in patients with atrial fibrillation undergoing first-time coronary angiography. *PLoS One*. 2011;6:e24964.
2. Lip GY, Laroche C, Dan GA, et al. A prospective survey in European Society of Cardiology member countries of atrial fibrillation management: baseline results of EURObservational Research Programme Atrial Fibrillation (EORP-AF) Pilot General Registry. *Europace*. 2014;16:308-319.
3. Lip GY, Windecker S, Huber K, et al. Management of antithrombotic therapy in atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome and/or undergoing percutaneous coronary or valve interventions: A joint consensus document of the European Society of Cardiology Working Group on Thrombosis, European Heart Rhythm Association (EHRA), European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI) and European Association of Acute Cardiac Care (ACCA) endorsed by the Heart Rhythm Society (HRS) and Asia-Pacific Heart Rhythm Society (APHRS). *Eur Heart J*. 2014;35:3155-3179.
4. Agarwal N, Mahтта D, Rambarat CA, et al. Optimum antithrombotic therapy in patients requiring long-term anticoagulation and undergoing percutaneous coronary intervention. *Biomed Res Int*. 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/5690640>. Consultado 9 Ene 2019.
5. Sutton NR, Seth M, Ruwende C, et al. Outcomes of patients with atrial fibrillation undergoing percutaneous coronary intervention. *J Am Coll Cardiol*. 2016;68:895-904.
6. Gibson CM, Mehran R, Bode C, et al. Prevention of bleeding in patients with atrial fibrillation undergoing PCI. *N Engl J Med*. 2016;375:2423-2434.
7. Cannon CP, Bhatt DL, Oldgren J, et al. Dual antithrombotic therapy with dabigatran after PCI in atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2017;377:1513-1524.
8. Lopes RD, Heizer G, Aronson R, et al. Antithrombotic therapy after acute coronary syndrome or PCI in atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2019. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1817083>. Consultado 24 Mar 2019.
9. Cavallari I, Patti G. Meta-analysis comparing the safety and efficacy of dual versus triple antithrombotic therapy in patients with atrial fibrillation undergoing percutaneous coronary intervention. *Am J Cardiol*. 2018;121:718-724.
10. Golwala HB, Cannon CP, Steg G, et al. Safety and efficacy of dual vs. triple antithrombotic therapy in patients with atrial fibrillation following percutaneous coronary intervention: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Eur Heart J*. 2018;39:1726-1735.
11. Neumann FJ, Sousa-Uva M, Ahlsson A, et al. 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *Eur Heart J*. 2019;40:87-165.
12. Lip GY, Collet JP, Haude M, et al. 2018 Joint European consensus document on the management of antithrombotic therapy in atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome and/or undergoing percutaneous cardiovascular interventions: a joint consensus document of the European Heart Rhythm Association (EHRA), European Society of Cardiology Working Group on Thrombosis, European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI), and European Association of Acute Cardiac Care (ACCA) endorsed by the Heart Rhythm Society (HRS), Asia-Pacific Heart Rhythm Society (APHRS), Latin America Heart Rhythm Society (LAHRS), and Cardiac Arrhythmia Society of Southern Africa (CASSA). *Europace*. 2018. <https://doi.org/10.1093/europace/euy174>. Consultado 9 Ene 2019.
13. Angiolillo DJ, Goodman SG, Bhatt DL, et al. Antithrombotic therapy in patients with atrial fibrillation treated with oral anticoagulation undergoing percutaneous coronary intervention: A North American Perspective – 2018 Update. *Circulation*. 2018;138:527-536.