

Cartas al Editor

El puente de antiagregación como opción en el manejo perioperatorio y periprocedimiento del tratamiento antitrombótico



Antiplatelet Bridging Is an Option During Perioperative and Periprocedural Management of Antithrombotic Therapy

Sr. Editor:

En relación con el artículo de Vivas et al.¹ recientemente publicado en *Revista Española de Cardiología*, en cuya elaboración han participado, junto a la Sociedad Española de Cardiología, una gran cantidad de sociedades que representan a todos los actores implicados en el proceso de toma de decisiones en el cada vez más frecuente escenario de pacientes con tratamientos antitrombóticos que reciben intervenciones/procedimientos, me gustaría señalar lo siguiente.

En primer lugar, reconocer el inestimable valor que tiene para los clínicos en la práctica diaria disponer de documentos basados en evidencia científica, no solo en experiencia y prácticas individuales, para la toma de decisiones. Si bien es cierto que el propio documento debe servir de inspiración para la generación de protocolos locales y asimismo permitir posteriormente la toma individualizada de decisiones. El hecho diferencial es que, al estar implicadas en su redacción las sociedades de anestesia y de diferentes cirugías o procedimientos, será más fácil obtener un consenso cuando los diferentes profesionales, interesados a veces en tomas de decisión opuestas, deban llegar a un acuerdo con el tratamiento farmacológico pericirugía/periprocedimiento.

Es necesario señalar que, por un lado, está claramente aceptado en el documento y las guías de práctica previas que los pacientes que están en tratamiento anticoagulante, al ser intervenidos, deben suspender por norma general (salvo en intervenciones de bajo riesgo) la medicación previa al procedimiento. Por otro lado, también está plenamente establecido que los pacientes que están en tratamiento antiagregante (simple antiagregación) en prevención secundaria, dados el bajo riesgo de hemorragia que añade al procedimiento y el nunca despreciable (aunque bajo, con consecuencias catastróficas) riesgo trombotico, no deben suspenderlo antes de la intervención (salvo en casos de cirugía en que mínimas hemorragias puedan tener gran relevancia, como la neurocirugía)².

Con la publicación de los últimos estudios de anticoagulación y antiagregación simultánea en pacientes con fibrilación auricular y cardiopatía isquémica, se ha demostrado, y además así se refleja en las guías de práctica clínica, que más allá del primer año del evento coronario los pacientes que precisan anticoagulación permanente pueden mantenerse únicamente con tratamiento anticoagulante, y por lo tanto pueden suspender la antiagregación³.

Combinando estos escenarios y con no poca frecuencia, hay pacientes que aun teniendo riesgo trombotico tardío, pues han sufrido eventos coronarios o son portadores de *stent*, no tienen antiagregantes (de acuerdo con las guías, solo anticoagulantes). Cuando se los interviene (cirugía, procedimiento endoscópico...), aplicando el protocolo de consenso se suspendería (si procede) el anticoagulante, con lo que su riesgo trombotico no se vería

cubierto en ese momento. Sería equivalente a asumir la interrupción del antiagregante (se quedaría sin medicación) a pacientes que, como acabamos de señalar, no deben suspenderlo por el riesgo de complicaciones tromboticas.

En el documento se hace mención frecuente a los puentes de heparina, cuya utilización se limita solo a los pacientes con alto riesgo trombotico y en cualquier caso no tienen sentido para el tratamiento antiagregante. Tal vez, sin embargo, para los pacientes con riesgo trombotico, fundamentalmente coronarios, que ya no están en tratamiento antiagregante (ya que se tratan solo con anticoagulantes), se podría establecer un puente con tratamiento antiagregante: iniciar antes de la intervención un tratamiento antiagregante simple y convertirlos en pacientes con ambas medicaciones, suspender el anticoagulante aplicando el protocolo y eliminar así el riesgo hemorrágico, realizar la intervención manteniendo el tratamiento antiagregante, sin asumir riesgo trombotico ni hemorrágico, y luego, tras reanudar el anticoagulante, volver a la situación inicial solo con anticoagulantes y suspender nuevamente el antiagregante.

Por supuesto, serían necesarios estudios para confirmar los beneficios de este puente de antiagregación y establecer exactamente la duración, previa y posterior, basada en la farmacodinamia de los fármacos que se utilizasen, preferiblemente antiagregantes con vidas medias más cortas. Pero su utilidad parece razonable y puede inferirse de los escenarios mencionados.

Santiago de Dios

Departamento de Cardiología, Hospital Universitario de la Zarzuela, Madrid, España

Correo electrónico: drdedios@gmail.com

On-line el 7 de junio de 2018

BIBLIOGRAFÍA

1. Vivas D, Roldán I, Ferrandis R, et al. Perioperative and Periprocedural Management of Antithrombotic Therapy: Consensus Document of SEC, SEDAR, SEACV, SECTCV, AEC, SECPRE, SEPD, SEGO, SEHH, SETH, SEMERGEN, SEMFYC, SEMG, SEMICYUC, SEMI, SEMES, SEPAR, SENEC, SEO, SEPA, SERVEL, SECOT and AEU. *Rev Esp Cardiol*. 2018;71:553-564.
2. Valgimigli M, Bueno H, Byrne RA, et al. 2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS: The Task Force for dual antiplatelet therapy in coronary artery disease of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J*. 2018;39:213-260.
3. Lamberts M, Gislason GH, Lip GY, et al. Antiplatelet therapy for stable coronary artery disease in atrial fibrillation patients taking an oral anticoagulant: a nationwide cohort study. *Circulation*. 2014;129:1577-1585.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.01.001>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.05.039>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.05.014>
0300-8932/

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