

## 10 puntos a recordar sobre Manejo antitrombótico del síndrome coronario agudo en pacientes con fibrilación auricular

**Perspectiva:** Los siguientes son 10 puntos a recordar sobre este documento de consenso.

1. Aproximadamente 70 a 80 % de los pacientes con fibrilación auricular (FA) tiene indicación de anticoagulación oral (ACO). La enfermedad coronaria coexiste en 20 a 30 % de estos pacientes.
2. En los pacientes con FA que reciben ACO y necesitan coronariografía o intervención coronaria percutánea, estos frecuentemente se sustituyen por heparina no fraccionada o heparina de bajo peso molecular. En algunos estudios esta conducta se asocia con riesgo incrementado de complicaciones en los sitios de acceso vascular. Algunos estudios observacionales sugieren que la coronariografía o la intervención percutánea pueden ser realizadas con seguridad sin interrumpir los ACO, y que ello puede estar asociado a una tasa más baja de complicaciones comparado con la sustitución por heparina.
3. En series pequeñas la tasa de complicaciones en pacientes bajo ACO sometidos a angiografía o intervención percutánea por vía femoral ha sido baja. Sin embargo debe preferirse la vía radial en pacientes anticoagulados.
4. No existe necesidad de heparina adicional en pacientes sometidos a intervención percutánea bajo ACO, mientras tengan un INR en rango terapéutico (2 a 3).
5. Se debe administrar Aspirina y Clopidogrel antes del procedimiento cuando la intervención percutánea se realiza en pacientes bajo tratamiento con ACO.
6. El uso de inhibidores de la glicoproteína plaquetaria IIb/IIIa incrementa en 3 a 13 veces el riesgo de sangrado en pacientes que reciben ACO, por lo que debe evitarse su asociación.
7. El uso de aspirina y warfarina no provee suficiente protección contra el riesgo de trombosis del stent. Los pacientes que reciben intervención percutánea con stents deben ser tratados con terapia triple, consistente en aspirina, clopidogrel y warfarina. Esta combinación está asociada con incremento del riesgo de sangrado y debe considerarse el uso de stent sin drogas para limitar la duración del triple tratamiento.
8. En pacientes que necesitan ACO orales a largo plazo, el uso de stents liberadores de drogas debe restringirse a los que tienen muy alto riesgo de re-estenosis (lesiones largas, vasos pequeños, diabetes). Deben considerarse tratamientos alternativos (cirugía, tratamiento médico, stents sin drogas) antes de implantar stents liberadores de drogas.
9. En pacientes bajo terapia triple debe monitorizarse el INR con un objetivo de 2 a 2,5. Los inhibidores de la bomba de protones puede ayudar a reducir el riesgo de sangrado digestivo.
10. Los datos son limitados acerca de la seguridad de la cirugía cardíaca en pacientes que están recibiendo anticoagulantes orales. Corrientemente se sustituye los ACO por heparina antes del procedimiento. En la necesidad de cirugía de urgencia puede utilizarse plasma fresco y vitamina K para revertir el efecto de los ACO y reducir el riesgo de sangrado.

Hitinder S. Gurm, M.B.B.S., F.A.C.C.

### Sociedad Europea de Cardiología

**Título:** Antithrombotic Management of Atrial Fibrillation Patients Presenting with Acute Coronary Syndrome and/or Undergoing Coronary Stenting: Executive Summary—A Consensus Document of the European Society of Cardiology Working Group on Thrombosis, Endorsed by the European Heart Rhythm Association (EHRA) and the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI) – [VER ARTÍCULO](#)

**Autores:** Lip GY, Huber K, Andreotti F, et al.

**Referencia:** *Eur Heart J* 2010;May 6:[Epub ahead of print].