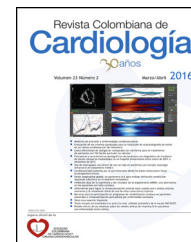




SOCIEDAD
COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA Y
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Revista Colombiana de Cardiología

www.elsevier.es/revcolcar



CARDIOLOGÍA DEL ADULTO – REVISIÓN DE TEMAS

Duración de la antiagregación dual postintervencionismo percutáneo

Daniel Montoya Roldán^{a,*}, Carlos A. Martínez Cano^b y Luisa María Parra Rodas^c

^a Departamento de Medicina Interna, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia

^b Departamento de Cardiología, Clínica CardioVID, Medellín, Colombia

^c Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia

Recibido el 11 de julio de 2016; aceptado el 19 de septiembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Stents;
Stents liberadores
de fármacos;
Inhibidores
de agregación
plaquetaria

KEYWORDS

Stents;
Drug-eluting stents;
Platelet aggregation
inhibitors

Resumen

Introducción: Con el uso de *stents* medicados de primera generación, el riesgo de trombosis es de 1,9% a 18 meses, con consecuencias que suelen ser graves y potencialmente fatales. La antiagregación doble, que previene tal efecto, conlleva un riesgo de sangrado que se incrementa según la duración de la misma, por tanto, tratar de alcanzar el equilibrio entre riesgo y beneficio es el objetivo primordial.

Objetivo: Presentar la evidencia actual sobre la duración óptima de la doble antiagregación y brindar pautas para establecer cuál debe ser esta para los pacientes.

La antiagregación doble busca evitar el riesgo de trombosis temprana y reducir los eventos coronarios no relacionados con el inicial, sobretodo en pacientes con alto riesgo de eventos cardiovasculares o trombosis tardía. La terapia de corta duración puede ser una alternativa más segura que el estándar de un año y sin diferencia en eficacia en pacientes de bajo riesgo cardiovascular. La antiagregación de larga duración disminuye la trombosis del *stent* y los eventos coronarios, pero puede incrementar el riesgo de sangrado clínicamente importante. **Conclusiones:** Hasta hoy la literatura no permite definir un tiempo ideal para la antiagregación dual; este debe definirse para cada caso en particular.

© 2016 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Duration of dual antiaggregation therapy after percutaneous intervention

Abstract

Introduction: With the use of first-generation drug-eluting stents, the risk of thrombosis is of 1.9% at 18 months, with consequences that are usually severe and are potentially fatal. Dual antiaggregation therapy, that prevents such effects, entails a bleeding risk that is increased

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: danroldan07@gmail.com (D. Montoya Roldán).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.09.012>

0120-5633/© 2016 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: Montoya Roldán D, et al. Duración de la antiagregación dual postintervencionismo percutáneo. Rev Colomb Cardiol. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.09.012>

according to its duration, therefore, trying to achieve a balance between risk and benefit is the key goal.

Objective: To present current evidence of the optimal duration of dual antiaggregation therapy and to provide guidelines to establish the duration for patients.

Dual antiaggregation therapy seeks to avoid the risk of early thrombosis and to reduce coronary events not related to the initial one, specially in patients with high risk of cardiovascular events or late thrombosis. Short duration therapy can be a safer alternative than the standard of one year and without a difference in patients with low cardiovascular risk. Long duration antiaggregation therapy reduces the risk of stent thrombosis and coronary events, but can increase the risk of a clinically important bleeding.

Conclusions: Until today literature does not allow to define an ideal time for dual antiaggregation therapy; this must be defined according to each particular case.

© 2016 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El intervencionismo percutáneo en el tratamiento de la enfermedad coronaria ha evolucionado significativamente en los últimos 40 años; desde las angioplastias con balón hasta el uso de los stents, inicialmente no medicados (convencionales o desnudos) y posteriormente medicados, con diferentes agentes antiproliferativos que permiten disminuir las tasas de restenosis y necesidad de nuevas revascularizaciones. A pesar de esta ventaja, el uso de stents medicados retarda la endotelialización, con un consecuente riesgo de trombosis tardía, lo cual llevó a la recomendación de alargar el tiempo de doble antiagregación con ASA e inhibidores de P2Y12 por 12 meses. Sin embargo, la balanza entre el riesgo de sangrado y el riesgo trombótico para cada paciente, no está muy clara. La evidencia más reciente se enfoca en una terapia individualizada, por encima de la recomendación usual de un año para todos. En tal sentido son muchas las variables que influyen en la elección de la duración de la terapia; interrogantes tales como la duración de la antiagregación dual si el paciente requiere anticoagulación son frecuentes.

Esta revisión se propone presentar la evidencia actual sobre la duración óptima de la doble antiagregación y brindar pautas para establecer cuál debe ser esta en los pacientes.

¿Por qué es importante?

La enfermedad coronaria es la principal causa de mortalidad en el mundo y tiene un amplio espectro de manifestaciones. En Estados Unidos se implantan anualmente alrededor de 500.000 stents y aunque el riesgo de trombosis es relativamente raro, 1,9% a 18 meses usando stents de primera generación (Cypher con sirolimus y Taxus con placlitaxel)¹, las consecuencias de esta suelen ser graves y potencialmente fatales. Por otra parte, la doble antiagregación conlleva un riesgo de sangrado que se incrementa según

la duración de la misma; de ahí que tratar de alcanzar el equilibrio entre riesgo y beneficio es el objetivo primordial.

Relevancia de los stents

Los primeros stents no medicados se asociaron con incremento de proliferación intimal, fenómeno que acarrió un riesgo de restenosis de 10 a 20% anual y global entre 11 y 40%². Como solución, aparecieron los stents medicados, que lograron disminuir las tasas de restenosis entre 50 a 70%, pero a merced de un enlentecimiento en la reendotelialización, hecho que incrementó el riesgo de trombosis tardía del stent², incluso con datos iniciales que sugerían incremento en la mortalidad comparado con stents no medicados, efecto que se hacía evidente a partir del sexto mes de implantación³ con stents de primera generación sirolimus y paclitaxel y originó las recomendaciones de antiagregación dual por al menos 12 meses⁴. La evolución hacia stents de everolimus y zotarolimus, mostró menor riesgo de trombosis tardía del stent, infarto y revascularización repetida, lo cual planteó el interrogante de reevaluar la duración adecuada de la doble antiagregación, pues con estos⁵ una antiagregación dual prolongada podría no ser esencial y repercutir en un riesgo de sangrado innecesario.

Un estudio realizado en 2007 con stents medicados de primera generación y seguimiento hasta 540 días en 3.020 pacientes, encontró una tasa de trombosis del stent del 1,9%; el 50% de los casos ocurrió en los primeros 30 días postimplante del stent. Así mismo, se determinó que la suspensión de la tienopiridina fue el factor predictor de trombosis más importante, al menos en los primeros 180 días¹.

Objetivos de la antiagregación doble

A corto plazo se busca evitar el riesgo de trombosis temprana, debido principalmente a la falta de endotelialización del stent y a largo plazo la función de esta estrategia es reducir los eventos coronarios no relacionados con el

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5620384>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5620384>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)