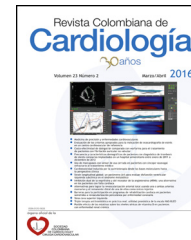




SOCIEDAD
COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA Y
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Revista Colombiana de Cardiología

www.elsevier.es/revcolcar



ARTÍCULO ESPECIAL

Tratamiento periprocedimiento en pacientes con fibrilación auricular que reciben anticoagulantes



Periprocedural therapy in patients with atrial fibrillation receiving oral anticoagulation therapy

Boris Vladimir Astudillo-Ramírez

Servicio de Electrofisiología, Clínica del Rosario, Medellín, Colombia

Recibido el 3 de octubre de 2016; aceptado el 6 de octubre de 2016

Disponible en Internet el 4 de noviembre de 2016

Introducción

La fibrilación auricular es la arritmia cardíaca más frecuente en el mundo; el 1% de la población menor de 65 años la padece y llega a estar presente hasta en el 6% de personas mayores de 80 años. Es un factor independiente en cuanto a morbilidad y mortalidad^{1,2}, que aumenta la probabilidad de eventos cerebro-vasculares isquémicos hasta 5,6 veces, y en el que por tanto la anticoagulación se considera fundamental para su tratamiento. Tradicionalmente, el principal anticoagulante ha sido la warfarina (antagonista de la vitamina K³ y más recientemente los inhibidores de la trombina (dabigatrán)⁴ o los inhibidores orales del factor Xa (rivaroxabán, apixabán y edoxabán)⁵⁻⁷.

Se estima que cada año, uno de cada seis pacientes que reciben anticoagulación oral con warfarina son intervenidos en procedimientos quirúrgicos o invasivos electivos que requieren la suspensión temporal del medicamento para disminuir el riesgo de sangrado⁸, aumentándose así la probabilidad de fenómenos trombóticos, de ahí que se deba buscar un equilibrio entre el riesgo de embolia (con el uso de escalas como CHADS₂ y CHA₂DS₂-VASC) y el de sangrado, con el índice de HAS-BLED^{9,10} (tablas 1 y 2).

Evaluación del riesgo de tromboembolia perioperatoria

En pacientes con fibrilación auricular, el riesgo de embolia sistémica y eventos cerebro-vasculares isquémicos se evalúa mediante la escala CHADS₂, que asigna un punto por cada uno de los siguientes valores: falla cardíaca congestiva, hipertensión arterial, edad superior a 75 años y diabetes, y dos puntos por historia de eventos cerebro-vasculares. El valor de esta escala de riesgo está directamente relacionado con la incidencia de eventos embólicos en pacientes sin anticoagulación¹¹.

De otro lado, la escala de CHA₂DS₂-VASC, incorporada posteriormente, es una versión modificada de la CHADS₂, que incluye enfermedad vascular (infarto agudo de miocardio, placas aórticas o enfermedad vascular periférica), edad entre 65 y 74 años y sexo femenino. Si se adiciona al menos un valor a los factores de riesgo tomados en cuenta en la CHA₂DS₂-VASC a los pacientes con CHADS₂ de 0, estos serían candidatos a terapia antitrombótica^{12,13}.

Existen otros factores de riesgo evidenciados en el ecocardiograma para eventos trombóticos, como dilatación auricular con contraste espontáneo, disminución de la velocidad doppler en la orejuela izquierda y trombos en la orejuela¹⁴.

Correo electrónico: vladiastu@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.10.011>

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

Tabla 1 Índices de CHA₂DS₂-VASC Y HAS-BLED

CHA ₂ DS ₂ -VASC		HAS-BLED	
Hipertensión	1	Hipertensión	1
Evento cerebro-vascular	2	Evento cerebro-vascular	1
Edad 65 a 74 años	1	Edad mayor de 65 años	1
Edad 75 años	2	Falla renal	1 o 2
Mujer	1	INR lábil	1
Enfermedad vascular	1	Sangrado	1
Falla cardíaca	1	Abuso de alcohol o drogas	1 o 2
Diabetes mellitus	1	Puntaje total	9

Evaluación del riesgo de sangrado perioperatorio

Esta es anual en pacientes con fibrilación auricular y se basa en la escala clínica HAS-BLED, desarrollada en un seguimiento de eventos de sangrado mayor (hemorragia intracraneal, requerimiento de hospitalización, caída de la hemoglobina 2 g/dl y/o transfusión) a 3.978 pacientes que recibieron warfarina; en este seguimiento se identificaron como factores de riesgo: hipertensión arterial (presión arterial sistólica mayor de 160 mm Hg), historia o predisposición a sangrado, INR lábil, edad mayor de 65 años, uso concomitante de antiinflamatorios no esteroides y abuso de drogas o alcohol. El riesgo de sangrado perioperatorio adicional a la probabilidad de sangrado el riesgo inherente al procedimiento quirúrgico. Se consideran procedimientos de bajo riesgo quirúrgico aquellos con probabilidad de sangrado de 0–2% y de alto riesgo aquellos de 2–4% a dos días periprocedimiento¹⁵.

Tabla 2 Porcentaje de pacientes anticoagulados sometidos a procedimientos

Procedimiento	Frecuencia	Porcentaje %
Cirugía oral exodoncia	1.435	14,6
Colonoscopia	978	9,9
Cirugía oftalmológica	766	8,0
Endoscopia superior	743	7,6
Implante de marcapasos	344	3,5
Cistoscopia	319	3,2
Intervención percutánea coronaria	271	2,8
Ablación de nodo aurículo-ventricular	94	1,0
Aislamiento de venas pulmonares	78	0,8
Implante de cardiodesfibrilador	77	0,8

Modificado de: Garcia D, Alexander JH, Wallentin L, et al. Management and clinical outcomes in patients treated with apixaban vs. warfarin undergoing procedures. *Blood*. 2014;124(25):3692-8.

Tabla 3 Estratificación del riesgo de tromboembolia perioperatoria

Categoría de riesgo	Fibrilación auricular
Riesgo alto > 10% de embolia	CHADS ₂ de 5–6 Accidente isquémico transitorio o evento cerebro-vascular < 3 meses Enfermedad valvular reumática
Riesgo intermedio 4–10% embolia	CHADS ₂ de 3–4
Riesgo bajo menor > 10% de embolia	CHADS ₂ de 0–2

Modificada de: Spyropoulos AC, Douketis JD. How I treat anticoagulated patients undergoing an elective procedure or surgery. *Blood*. 2012;120(15):2954-62.

El tratamiento perioperatorio del paciente con fibrilación auricular, difiere si el paciente es portador de válvula protésica mecánica, considerado como factor independiente para alto riesgo tromboembólico¹⁶ (tablas 3 y 4).

Tratamiento periprocedimiento de pacientes con fibrilación auricular que reciben antitrombóticos

En 3.920 pacientes con fibrilación auricular se ha encontrado una correlación del 89% entre las escalas CHADS₂ y HAS-BLED y de 97% para CHA₂DS₂-VASC/HAS-BLED, y discordancia en el 4,4% para CHADS₂/HAS-BLED y de 7,7% para CHA₂DS₂-VASC/HAS-BLED, hecho que confirma la relación entre riesgo tromboembólico y sangrado potencial debido a que ambas escalas comparten factores como edad, hipertensión arterial y antecedentes de eventos cerebro-vasculares^{17,11}.

Tabla 4 Riesgo de sangrado por procedimiento

Alto riesgo 2–4%	Bajo riesgo 0–2%
Reemplazo valvular cardíaco	Endoscopia gastrointestinal con o sin biopsia
Revascularización quirúrgica miocárdica	Implante marcapasos, CDI, estudio electrofisiológico
Aneurisma aorta abdominal	Biopsia cutánea, tiroides, próstata, nodo
Procedimiento neuroquirúrgico/urología	Angiografía no coronaria, retiro de catéter central
Cirugía de cabeza/cuello/cáncer mama	Cirugía oftalmológica, catarata/no catarata
Extracción dental múltiple	Extracción dental simple
Reemplazo rodilla/laminectomía	Colecistectomía, cirugía hemorroidal, herniorrafia

Modificada de: Spyropoulos AC, Douketis JD. How I treat anticoagulated patients undergoing an elective procedure or surgery. *Blood*. 2012;120(15):2954-62.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5620462>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5620462>

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