
Juan Karlo Urrea Zapata MD, FACC

Cardiología y Diagnóstico no Invasivo, Clínica Amiga, Clínica Castellana, Cali

“Manejo periprocedimiento y en cuidado agudo de los anticoagulantes orales no vitamino K dependientes: un documento científico de la American Heart Association”

MANAGEMENT OF PATIENTS ON NON-VITAMIN K ANTAGONIST ORAL ANTICOAGULANTS IN THE ACUTE CARE AND PERIPROCEDURAL SETTING: A SCIENTIFIC STATEMENT FROM THE AMERICAN HEART ASSOCIATION

Amish N. Raval, Joaquin E. Cigarroa, Mina K. Chung, Larry J. Diaz-Sandoval, Deborah Diercks, Jonathan P. Piccini, Hee Soo Jung, Jeffrey B. Washam, Babu G. Welch, Allyson R. Zazulia, Sean P. Collins and On behalf of the American Heart Association Clinical Pharmacology Subcommittee of the Acute Cardiac Care and General Cardiology Committee of the Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiovascular Disease in the Young; and Council on Quality of Care and Outcomes Research. *Circulation* published online February 6, 2017. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000477

“Consenso 2017 en la vía de decisiones del manejo de la anticoagulación periprocedimiento en pacientes con fibrilación auricular no valvular: Un reporte del Comité de Expertos del ACC”

2017 ACC EXPERT CONSENSUS DECISION PATHWAY FOR PERIPROCEDURAL MANAGEMENT OF ANTICOAGULATION IN PATIENTS WITH NONVALVULAR ATRIAL FIBRILLATION

Doherty JU, Gluckman TJ, Hucker WJ, Januzzi Jr. JL, Ortel TL, Saxonhouse SJ, Spinler SA. 2017 ACC expert consensus decision pathway for periprocedural management of anticoagulation in patients with nonvalvular atrial fibrillation. *J Am Coll Cardiol* 2017;69:871–98. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2016.11.024>

Esta semana, *CIRCULATION* y *JACC* nos sorprendieron con un par de artículos que, si bien pudieron salir como un consenso de expertos, nos muestran dos escenarios del manejo de la anticoagulación periprocedimiento, el primero engloba el manejo en el cuidado agudo de la anticoagulación en diferentes indicaciones y el segundo predominantemente en los procedimientos electivos en pacientes con fibrilación auricular no valvular.

Estos son algunos de los puntos más relevantes de ambas publicaciones, invitando al lector a revisarlos en profundidad, en especial para la propuesta de los algoritmos:

1. Los “nuevos” anticoagulantes ya no son tan nuevos, y están usados ampliamente en pacientes con indicaciones para anticoagulación como la enfermedad tromboembólica venosa, el tromboembolismo pulmonar y la fibrilación auricular.

2. Estos anticoagulantes no-vitamina K dependientes no tienen indicación (proscritos) en el manejo de los pacientes con prótesis valvular mecánicas o la fibrilación auricular valvular (estenosis mitral severa reumática).
3. La mayoría de los “scores” de riesgo para trombosis y hemorragia, usan puntos comunes para elevar el puntaje para la toma de decisiones, es por esto que ha mayor riesgo trombotico, mayor riesgo hemorrágico, y es ahí donde se debe usar el anticoagulante con el mejor perfil ajustado para cada riesgo. No hay comparaciones directas en estudios cabeza a cabeza, hay registros de la vida real que muestran su superioridad contra la warfarina e incluso confirman los resultados de los estudios pivotaes que dieron origen a su indicación.
4. Cada vez se usa menos la terapia puente para procedimientos en los pacientes que tomas anticoagulantes, es por esto que los pacientes con no vitamina K dependientes, hoy no se recomienda terapia puente. En el escenario del uso de cumarínicos, solo se considera realizar terapia puente con heparinas de bajo peso molecular, cuando el riesgo trombotico es muy alto (CHA2DS2VASc > 6) o válvula mecánica mitral o ACV previo o evento trombotico en los últimos 3 meses.
5. Aunque ningún procedimiento de bajo riesgo de sangrado debe suspender la anticoagulación periprocedimiento, en aquellos que tienen indicación de suspender, debe reiniciarse tan pronto como el riesgo de sangrado esta controlado, idealmente en las primeras 24 hr y hasta máximo 72 horas.

Realmente poner en un corto resumen toda la información que traen estos artículos sería imposible, pueden obtenerlos en los links de la referencia.

Referencia:

[DOI: 10.1161/CIR.0000000000000477](https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000477)

<http://www.onlinejacc.org/content/69/7/871>

EDITOR

Juan Karlo Urrea Zapata, MD, FACC

Medicina y Cirugía, Universidad Libre, Cali

Medicina Interna, Cardiología, Diagnóstico No Invasivo, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá

Fellow American College of Cardiology

Miembro de número Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Profesor universitario, Universidad Libre, Universidad del Valle, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia.

Master Universitario en proceso, Avances en Cardiología, Sociedad Española de Cardiología, Sociedad Colombiana de Cardiología, Grupo Menarini, Universidad Católica San Antonio, España.

Subinvestigador TIMI Study Group, Harvard Medical School, Boston, Mass.

Par Académico, Universidad Nacional de Colombia.

Editor Asociado, PLM América Latina.

International Instructor Network, American Heart Association, USA.

Instructor Internacional avalado, Operation Smile, Centro de Entrenamiento Salamandra, AHA en BLS-ACLS, ACLS-EP.

Unidad de Cardiología y Diagnóstico No Invasivo, Clínica Amiga, Cali, Colombia.

Director Científico, Clínica Castellana, Cali, Colombia