

Prevenió secundària en fase aguda:

Triple teràpia antitrombòtica



Joan Isaac Llaó Ferrando



Unitat de Cures Agudes Cardiològiques
Hospital Universitari de Bellvitge

INDEX

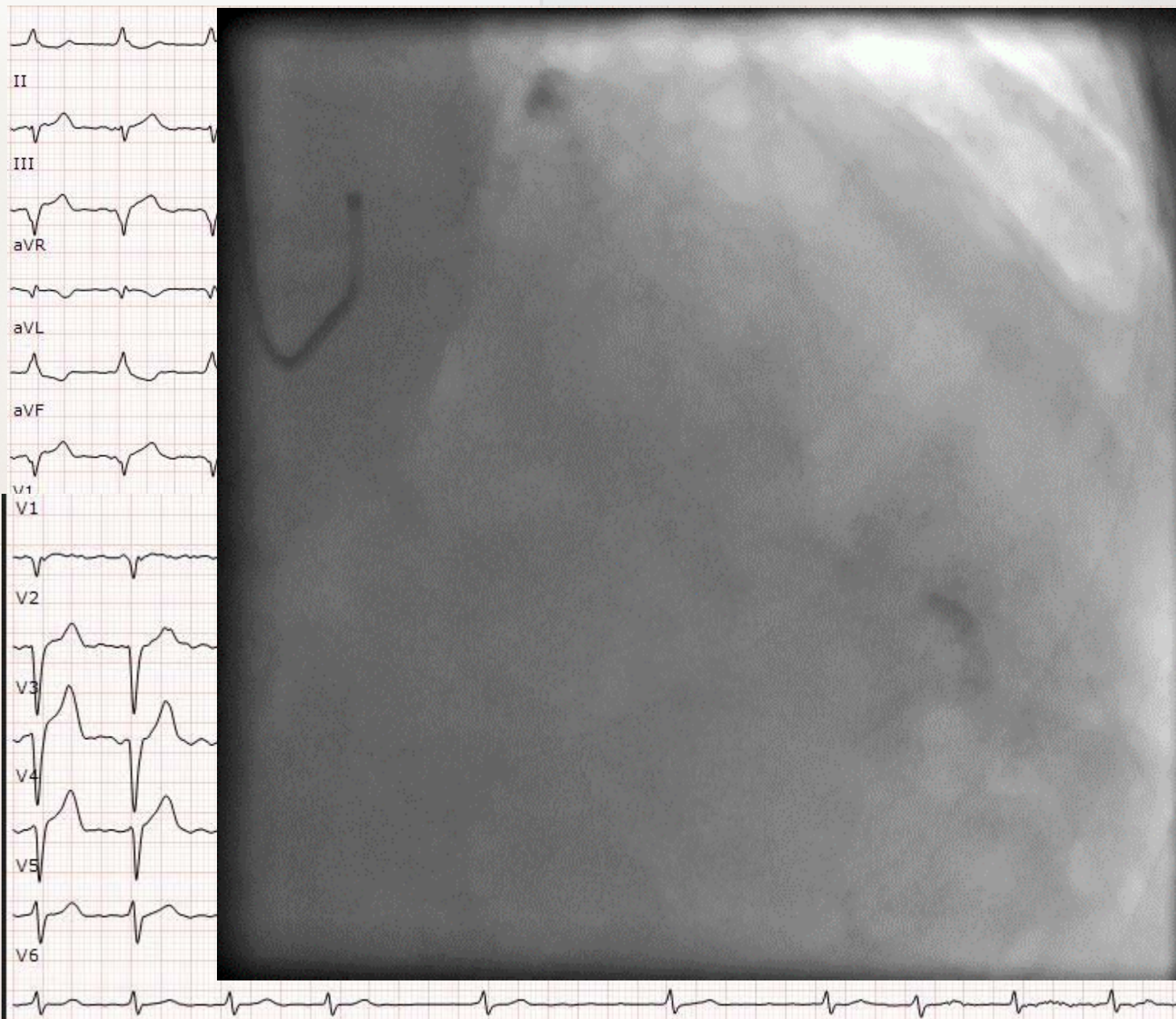
1. Cas clínic
2. Introducció i recomanacions
3. Valoració de risc
4. Triple terapia antitrombòtica vs doble teràpia antitrombòtica
5. ACODs vs AVK
6. Consideracions pràctiques
7. Conclusions

CAS CLÍNIC

- Home de 78 anys
 - HTA, DLP
 - Insuficiència renal crònica amb FG de 35-40 ml/min
 - FA permanent anticoagulada amb Dabigatran 110 mg cada 12 h.
- Març 2019--- SCASEST

Grace 145
CHADVASc 4
HASBLED 2

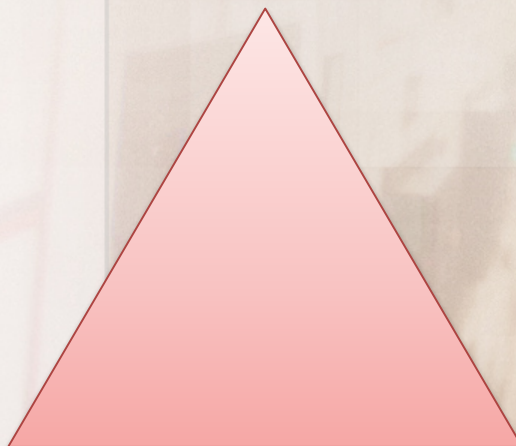
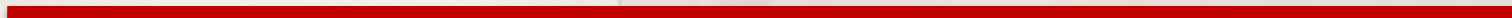
Alta: Clopidogrel + AAS + Dabigatran 110 mg
cada 12h



INTRODUCCIÓ

- Cardiopatia isquèmica coexisteix en un 20-30% dels pacients en fibril·lació auricular
- 5-7% malalts sotmesos a ICP tenen indicació d'Anticoagulació oral.
- Pacients amb FA que sotmesos a revascularització: pitjor pronòstic

Europace (2019) 21, 192–193



AF Patients presenting with Elective PCI or ACS undergoing PCI¹

Concerns about thrombotic risk² prevailing

Concerns about high bleeding risk³ prevailing

Escales de risc

Time from treatment initiation

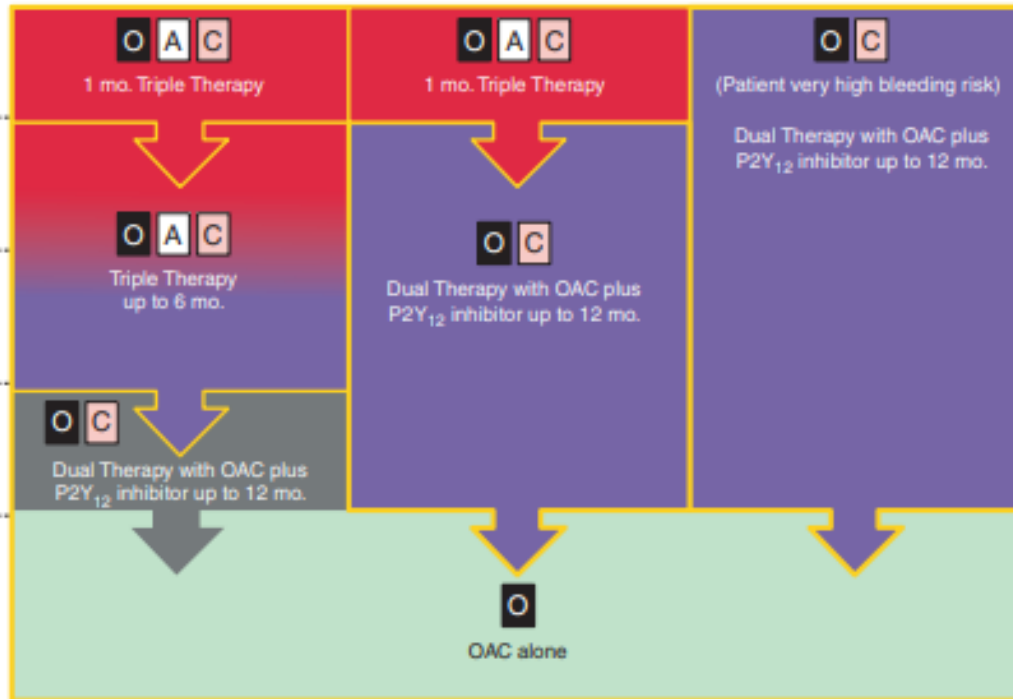
1mo.

3mo.

6mo.

12mo.

Beyond 12mo.



Triple terapia Vs DAT

AVK o ACOD

Monoteràpia

Europace (2019) 21, 192–193

CHADVASc

SYNTAX

HASBLED

GRACE

TIMI-AF

PRECISE
DAPT

ABC

ATRIA

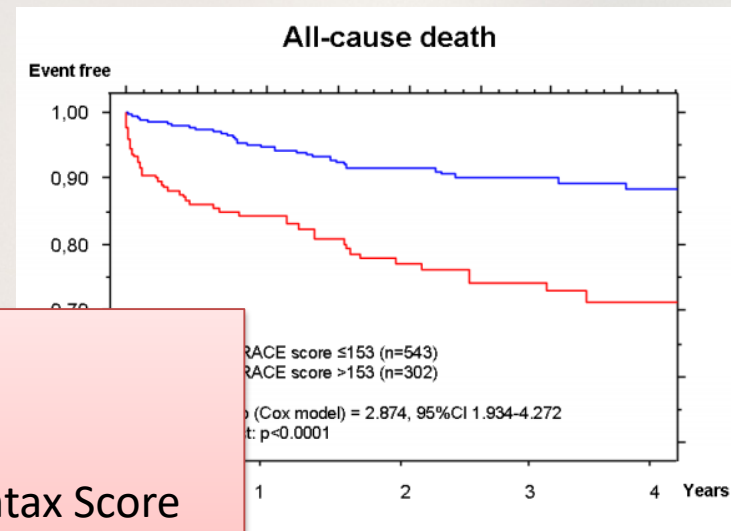
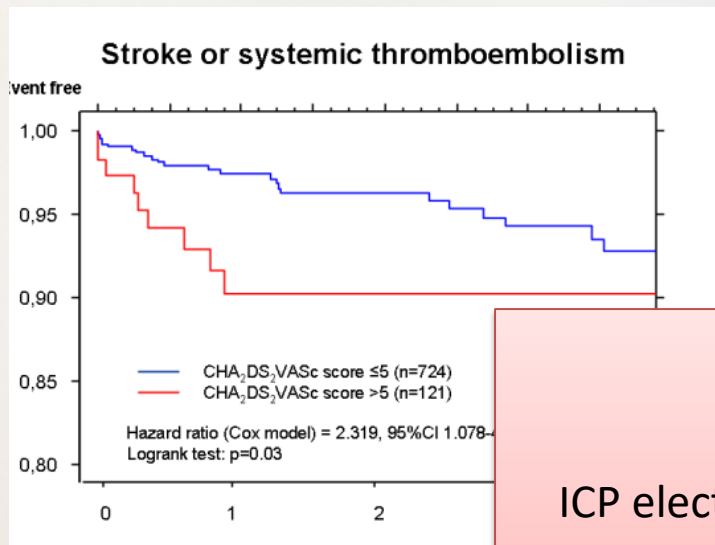
ORBIT

ESCALES DE RISC HEMORRÀGIC

Letter	Clinical characteristic ^a	Points awarded
H	Hypertension	1
A	Abnormal renal and liver function (1 point each)	1 or 2
S	Stroke	1
B	Bleeding	1
L	Labile INRs	1
E	Elderly (e.g. age >65 years)	1
D	Drugs or alcohol (1 point each)	1 or 2
		Maximum 9 points

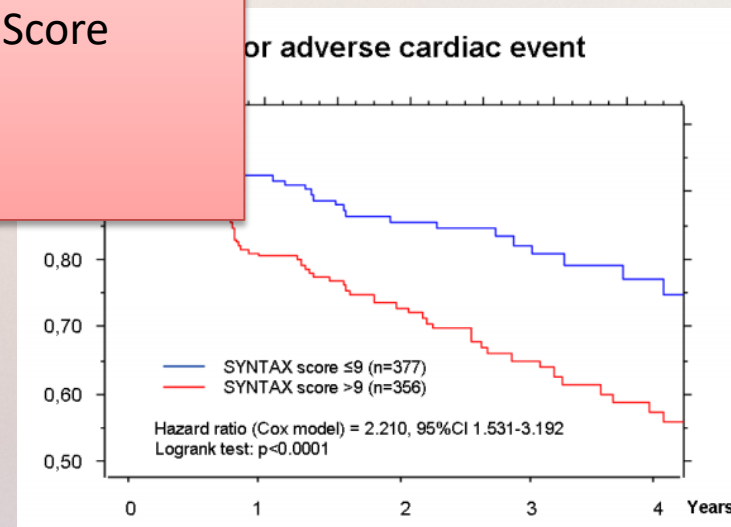
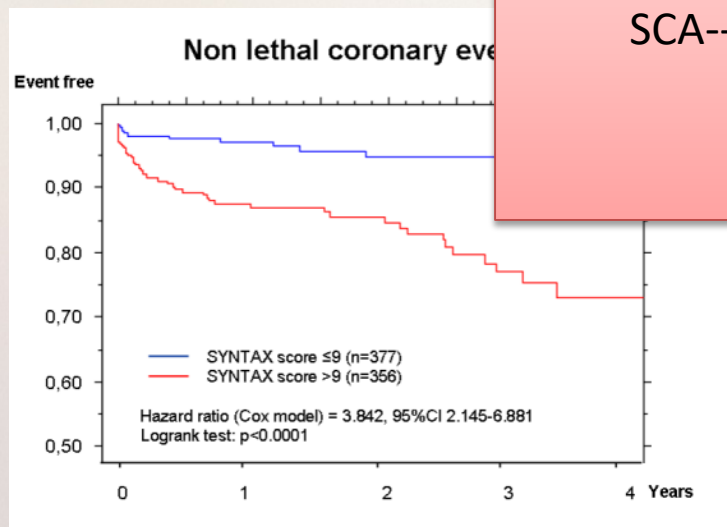
Alt risc de sangrat:
3 o més punts

ESCALES DE RISC ISQUÈMIC



ICP electiva---- Syntax Score

SCA---- GRACE Score



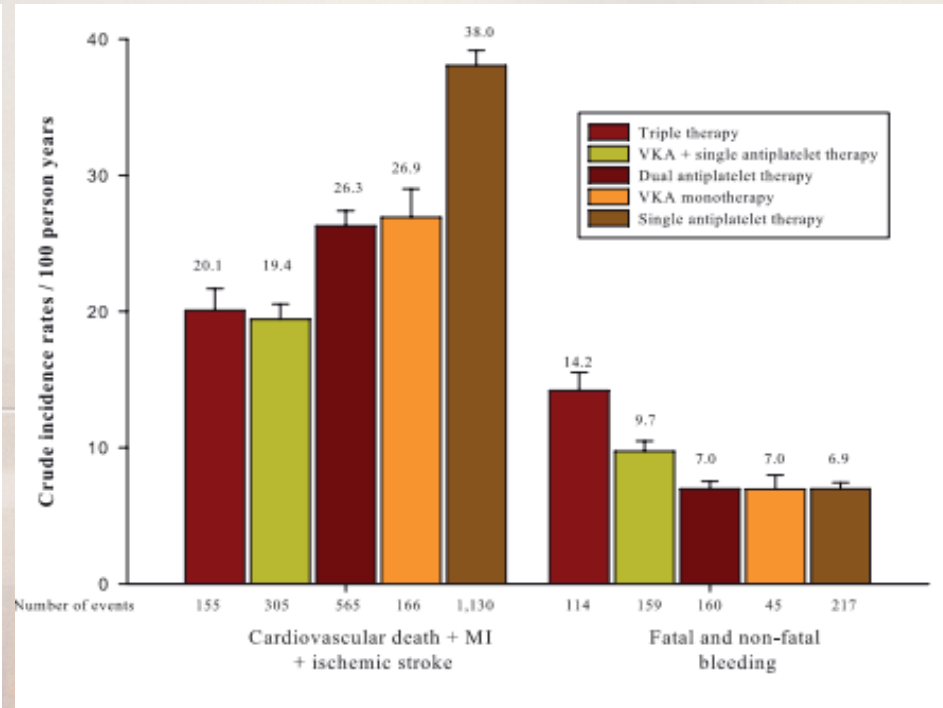
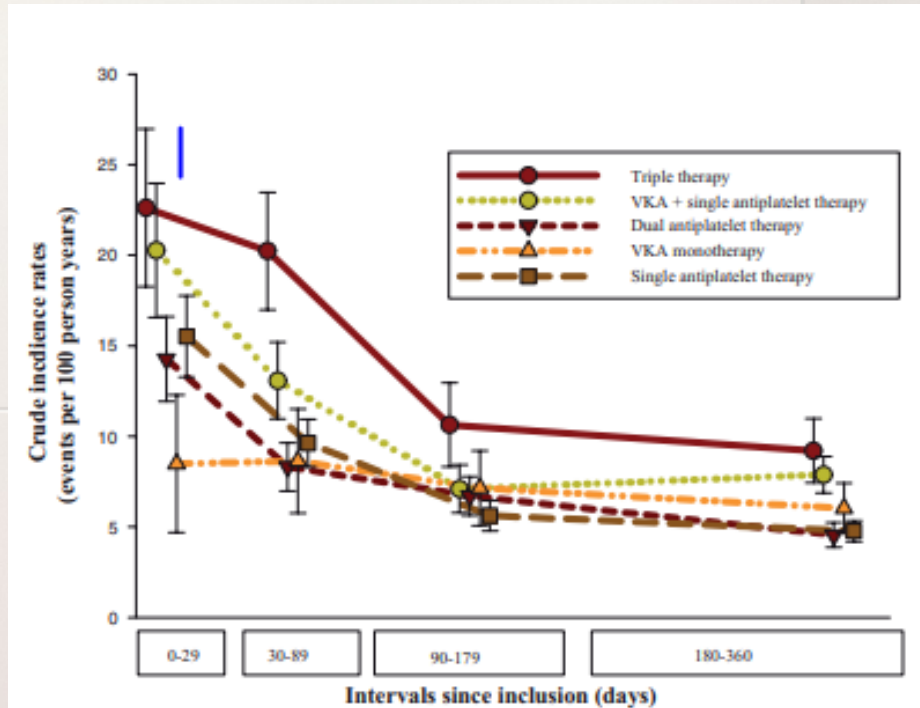
Fauchier et al Am J Cardiol 2016;118:700-7

ESCALES DE RISC ISQUÈMIC

Factors de risc derivats de la presentació clínica, ICP i l'anatomia

SCA > ICP electiva
Trombosi prèvia de stent sota tractament antitrombòtic adequat
Malaltia multivàs (especialment en DM)
Malaltia renal crònica
Implantació de 3 o més stents
Tractament de 3 lesions o més
Bifurcacions
Stents >60 mm
Oclusions cròniques
TCl o artèria única

DOBLE VS TRIPLE TERÀPIA ANTITROMBÒTICA

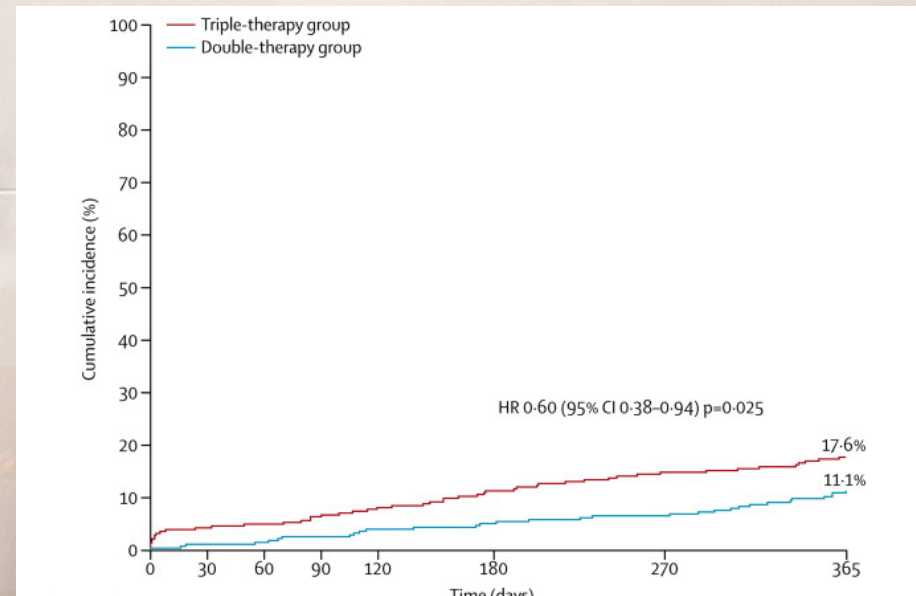
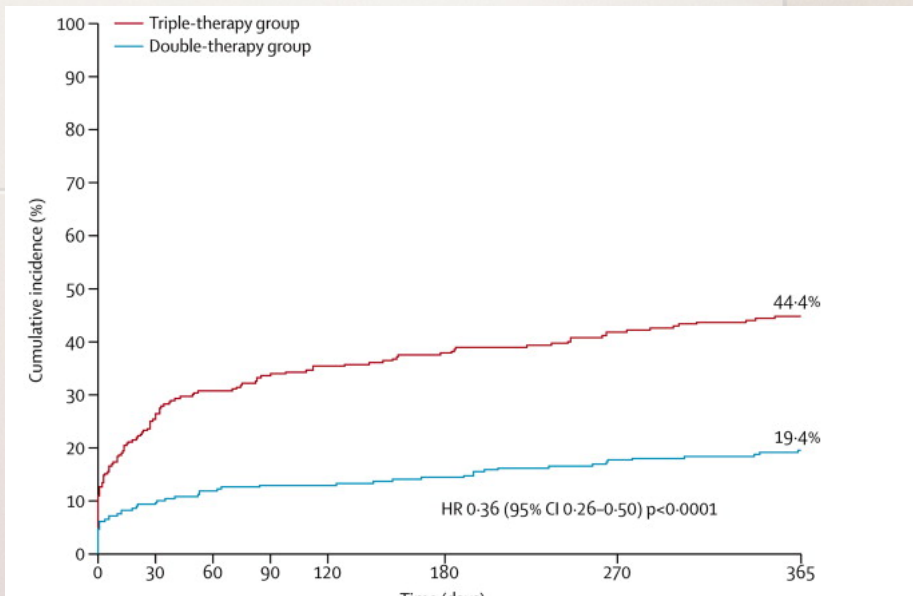


Lamberts et al Circulation. 2012;126:1185-1193.

Use of clopidogrel with or without aspirin in patients taking oral anticoagulant therapy and undergoing percutaneous coronary intervention: an open-label, randomised, controlled trial



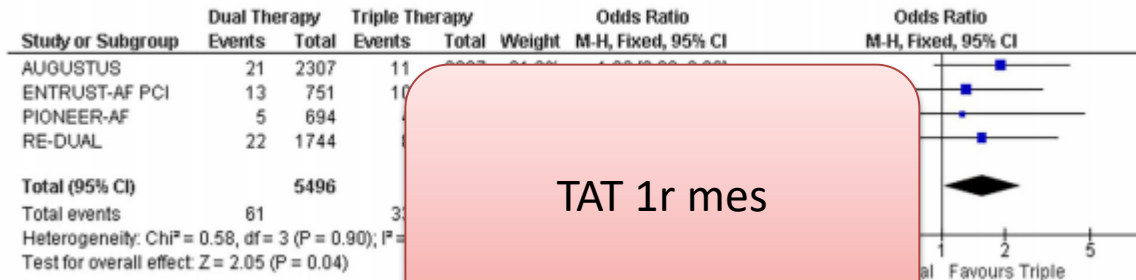
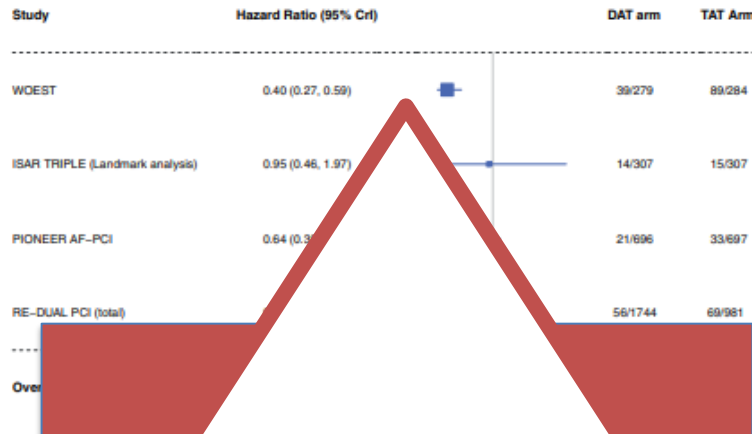
Willem J M Dewilde, Tom Oirbans, Freek W A Verheugt, Johannes C Kelder, Bart J G L De Smet, Jean-Paul Herrman, Tom Adriaenssens, Mathias Vrolix, Antonius A C M Heestermans, Marije M Vis, Jan G P Tijssen, Amoud W van 't Hof, Jurriën M ten Berg, for the WOEST study investigators



[Lancet](#). 2013 Mar 30;381(9872):1107-15

Estudi	Grup estudi	Grup control	Objectiu primari: seguretat	Troballes	Ada
PIONEER AF-PCI	Rivaroxaban 15 mg/dia + <iP2Y12 Rivaroxaban 2.5 mg/12h +IP2Y12 +AAS	Warfarina+<iP2Y12 +AAS	Sagnat clínicament significatiu (Classificació TIMI)	Menys hemorràgies en grup estudi	No inferior. No dissenyat per detectar diferències
RE-DUAL PCI	Dabigatran 110mg/12+ IP2Y12 Dabigatran 150mg/12+ IP2Y12	Warfarina+IP2Y12 +AAS	Hemorràgia major o hemorràgia clínicament significativa no major (ISTH)	Menys hemorràgies en grup estudi	No inferior. No dissenyat per detectar diferències
AUGUSTUS	Apixaban 5mg/12h + IP2Y12 + AAS Apixaban 5 mg /12h + YP2Y12	Warfarina+IP2Y12 +AAS Warfarina + IP2Y12	Hemorràgia major o hemorràgia clínicament significativa no major (ISTH)	Menys hemorràgies en grup Apixaban que en AVK Menys hemorràgies placebo que AAS	Menys ingressos hospitalaris amb apixaban i similar incidència en esdeveniments isquèmics.
ENTRUST AF-PCI	Edoxaban 60 mg + IP2Y12	Warfarina+IP2Y12 +AAS	Hemorràgia major o hemorràgia clínicament significativa no major (ISTH)	Menys hemorràgies en el grup d'estudi	Sense diferències en esdeveniments isquèmics

Adaptat de REC Interv Cardiol. 019;1(1):41-50



TAT 1r mes

Esdeveniments isquèmics primer mes

0.2 0.5 1 1.4 1.8 2.2
 Trial-Defined Major Adverse Cardiac Events (O₁:7.21, p<0.0589, I₂:58.4%)

Doble teràpia > 1 any

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Antithrombotic Therapy for Atrial

Caldria considerar allargar:

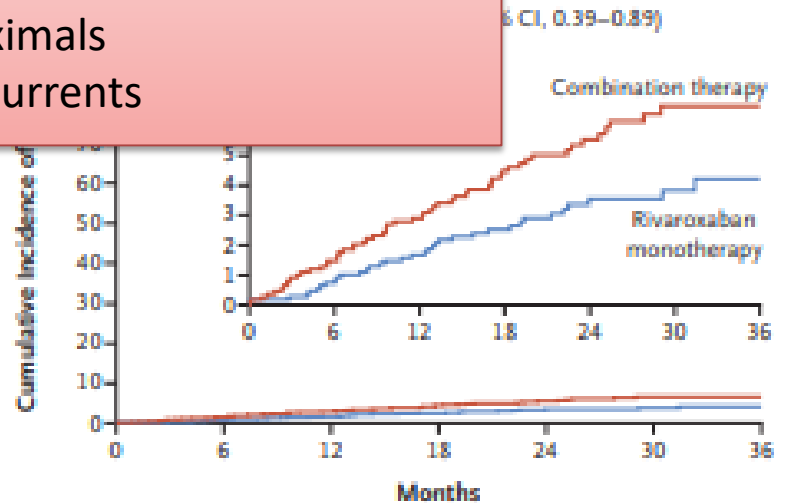
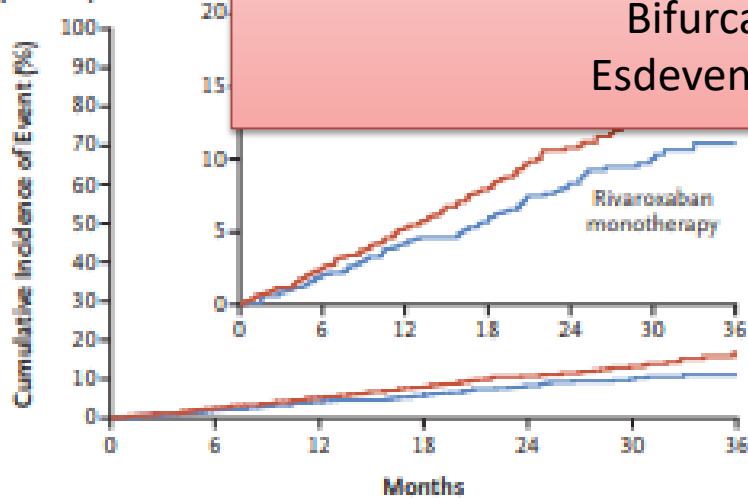
Malaltia multivas

Stent TC

Bifurcacions proximals

Esdeveniments recurrents

A. Primary Efficacy End Point



Yasuda S et al. N Engl J Med. 2019

PRE ICP

- Avaluació risc isquèmic i hemorràgic
- Incidir factors modificables
- AAS a dosis baixes
- Pre-tractament amb IP2Y12 en cas de necessitat.
- Evitar teràpies ponts amb anticoagulants parenterals
- Si AVK– no suspendre
- Si ACOD valorar suspensió 12-48h
- IBP

DURANT ICP

- Accés radial
- Evitar ús d'inhibidors de la GPIIb/IIIa
- Si ACO suspesa–estratègia habitual anticoagulació
- Si AVK no suspès valorar HNF en funció d'INR (No o dosi baixa si >2.5)
- Si ACOD no suspès, sempre anticoagulació durant el procediment(dosi reduïda)

POST ICP

- TAT menor temps possible en funció de riscos.
- LA duració és independent de DES/BMS
- DAT en alt risc hemorràgic (HASBLED >3)
- Evitar prasugrel/ticagrelor
- ACOD millor que AVK
- Si AVK en TAT, mantenir INR 2-2.5
- Si ACOD en TAT dosi més baixa efectiva en prevenció del ictus
- No antiagregació > 1 any excepte en casos excepcionals.

Adaptat de REC Interv Cardiol. 019;1(1):41-50

ANTICOAGULANTS D'ACCIÓ DIRECTA

- Dabigatran:
 - En DAT utilitzar 150 mg cada 12 h si no compleix criteris de reducció de dosis.
 - En TAT considerar la dosis de 110 mg cada 12 hores
- Rivaroxaban:
 - Considerar la dosi de 15 mg dia
- Apixaban
 - Dosi de 5 mg cada 12 hores (2.5 mg/12 h en cas de complir criteris de reducció)
- Edoxaban:
 - 60 mg dia (o dosi ajustada)

CONCLUSIONS

- L'escenari clínic de necessitat d'ACO + ICP és molt freqüent i planteja un repte terapèutic.
- La individualització del pacient, pel que fa al seu risc hemorràgic, té una gran importància en aquesta situació.
- És important incidir en els factors de risc hemorràgic modificables.
- La triple teràpia antitrombòtica cal mantenir-la entre 1-6 mesos en funció del balanç risc isquèmic-hemorràgic, intentar reduir el màxim possible.
- DAT només si risc hemorràgic > risc isquèmic.
- ACOD són més segurs en aquest escenari, similar eficàcia.

