



Bleeding news

Antithrombotic Agents.

Chan NC, Weitz JI.

Circ Res. 2019 Feb;124(3):426-436. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.118.313155. (Abstract del estudio)

Los autores presentan una excelente revisión de las líneas de investigación presentes y futuras del tratamiento antitrombótico. De forma general, la profilaxis del evento trombotico arterial (con importante participación de las plaquetas) se ha realizado con antiagregantes plaquetarios (AAP), mientras que el evento venoso (ETV, enfermedad tromboemólica venosa) se ha manejado con anticoagulantes (al considerar un papel primordial del fibrinógeno en estos casos).

La revisión se centra en 4 aspectos fundamentales:

1.- En algunas indicaciones, bajas dosis de anticoagulantes orales directos (ACOD) han mostrado reducir el riesgo de sangrado sin disminuir la eficacia.

A diferencia de los anti-vitamina k (AVK), en los que se requiere un INR >2, los ACOD se han estudiado en dosis inferiores en 3 situaciones: tratamiento extendido de ETV (AMPLIFY-EXT, con apixaban 2.5 mg/12 horas o EINSTEIN Choice Trial, rivaroxaban 10 mg/24 h), tras intervención coronaria percutánea (en paciente en FA crónica), pacientes estable con síndrome coronario agudo. Esta indicación puede ser especialmente interesante en pacientes de alto riesgo de sangrado.

Especial mención merece el paciente en FA que presenta un síndrome coronario agudo. Si el paciente requiere una intervención coronaria percutánea, va a requerir antiagregación (simple o doble terapia, DAPT). En este escenario, el estudio WOEST ya demostró que asociar DAPT a AVK respecto al manejo con clopidogrel y AVK suponía un mayor riesgo de sangrado, sin disminuir los eventos cardiovasculares. También la mortalidad global fue menor con la terapia dual. Esta disminución del riesgo con la terapia dual fue superada en el estudio PIONEER-AF al sustituir el AVK por rivaroxaban o en el REDUAL-PCI, con dabigatrán.

2.- La aspirina también puede ser eficaz para la profilaxis de la ETV.

Como comentábamos, en la trombosis venosa, el principal objetivo del tratamiento es evitar el depósito de fibrina, por lo que se ha manejado con anticoagulantes. No obstante, cada vez hay más evidencia que el papel de la plaqueta no es tan secundario y que, de hecho, la aspirina es



Bleeding news

eficaz en la prevención tanto primaria como secundaria de la ETV.

Así, para la tromboprolifaxis postoperatoria de pacientes intervenidos de artroplastia de rodilla o cadera de bajo riesgo trombótico, se considera la aspirina como equivalente al anticoagulante, tras los primeros días, en lo que se debe utilizar anticoagulante. Para la profilaxis secundaria, 100 mg aspirina se ha mostrado equivalente al tratamiento anticoagulante, una vez pasados los 3 primeros meses.

3.- La terapia dual con bajas dosis de rivaroxabán junto a aspirina es más eficaz que cualquiera de los dos por separado para la tromboprolifaxis en pacientes con enfermedad coronaria o arterial periférica.

El estudio COMPASS (rivaroxaban 2.5 mg/12 h asociado a aspirina 100 mg/24 h vs rivaroxaban 5 mg/12 h o aspirina 100mg/24 h), aunque reveló un aumento no significativo del número de ictus hemorrágicos o sangrados fatales con la terapia dual, de forma global la asociación de rivaroxaban y aspirina supuso una disminución de la mortalidad.

4.- Desarrollo de inhibidores de los factores XI y XII como anticoagulantes potencialmente más seguros.

La inhibición de los factores XI o XII se plantea en inicio más segura por estar “más altos” en la cascada de la coagulación. De hecho, pacientes con déficit congénito de estos factores no presentan sangrados graves. Así mismo, la inhibición de estos factores podría ser más efectiva para la anticoagulación en pacientes con dispositivos (como una válvula cardíaca). Entre ellos, la inhibición del factor XI parece más prometedora, con resultados positivos en estudios en fase II, pendientes de confirmar en estudios en fase III ya en marcha.