

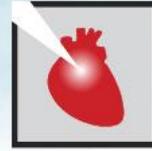
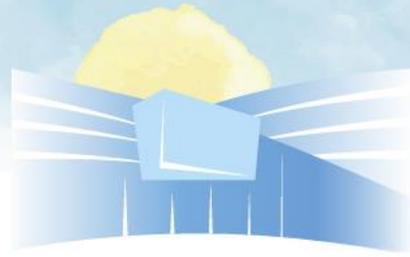
XXIX CONGRESO NACIONAL  
**CACI2019**

*Pilar*

## ***Manejo del paciente anticoagulado en cardiología intervencionista***

*Dr. Marcelo Casey*

*SWISS Clinica Olivos – FLENI*

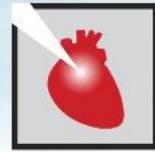
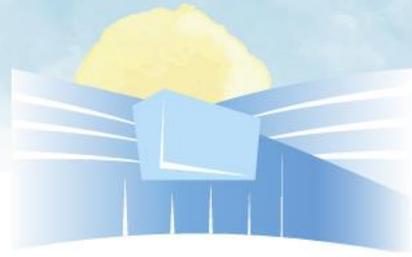


XXIX CONGRESO NACIONAL

**CACI2019**

*Pilar*

- La coexistencia de patologías en plan de anticoagulación crónica como FA-Reemplazos valvulares protésicos-ETV que requieran un procedimiento endoluminal intervencionista diagnóstico o terapéutico es frecuente .
- En los últimos años se agregaron múltiples opciones terapéuticas además de los clásicos AVK los llamados DOAC s de características diferentes lo que implica una necesidad del conocimiento de estas moléculas para el cardiólogo intervencionista .
- La combinación de agentes anticoagulantes y antiplaquetarios nos coloca ante el desafío de ser eficaces sin sacrificar seguridad .
- A través de casos clínicos intentare evacuar estas dudas tanto emergente como programado .

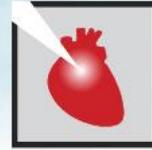
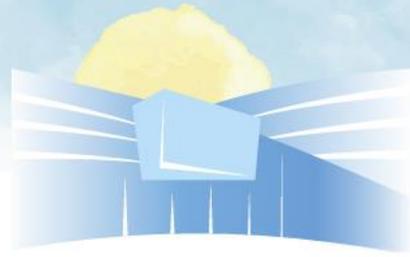


XXIX CONGRESO NACIONAL

**CACI2019**

*Pilar*

- Paciente de 53 años de edad peso 80 kg con RVM protesico hace 20 a y CRM hace 2 a revascularizado con 3 puentes coronarios y disfuncion moderada VI .
- Ingresa por IAM Q el servicio de cardiologia intervencionista opta por acceso femoral por acceso mas sencillo para angioplastia primaria .
- Laboratorio : Hto 42 % , plaquetas 180.000 , crea 0.9 y RIN 2.5 .



XXIX CONGRESO NACIONAL

**CACI2019**

*Pilar*

1- Opciones Reversion :  $(T \text{ quick d} - T \text{ quick r}) \times \text{kg peso}$  .

PFC vs CCP : CCP opcion mas logica por disfuncion VI .

$(40\% - 25\%) \times 80 = 1200 \text{ UI}$  .

2- Requiere terapia puente con HBPM ?

Si alto riesgo embolico enoxa a 12 a 24 hs  $1\text{mg} / \text{kg}$  12 hs reinicia

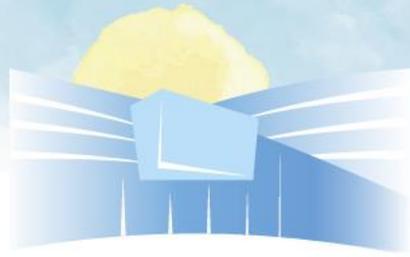
AVK una vez estabilizado el cuadro clinico .

3- Requiere internacion hasta lograr RIN optimo ?

No : externar cuando sea conveniente con enoxa al menos 3 d con sintrom y

5 dias con warfarina .

4- Esquema al alta : valorar eficacia con seguridad : tica 90 cada 12 hs – AAS 100 – AVK .

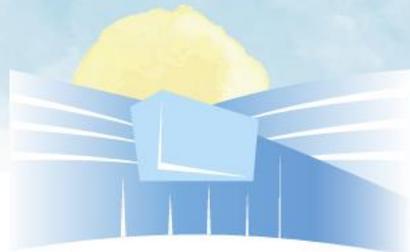


XXIX CONGRESO NACIONAL

**CACI2019**

*Pilar*

- Mujer 80 a FA cronica CHADS VASC 6 y HASBLEED 6 que recibe dabigatran 110 mg BID .
- Hto 38 % , crea 1.5 .
- Derivada a un servicio cardiologia intervencionista por CCG con eventual ATC .

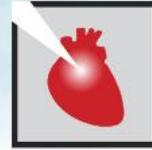


XXIX CONGRESO NACIONAL

**CACI2019**

*Pilar*

|                                      | <b>dabigatrán<sup>3</sup></b> | <b>rivaroxabán<sup>2</sup></b>         | <b>apixabán<sup>1</sup></b> |
|--------------------------------------|-------------------------------|--|-----------------------------|
| <b>Biodisponibilidad vo absoluta</b> | ~6.5%                         | 80–100% hasta 10 mg, de 15-20 mg ~66 % | ~50%                        |
| <b>Administración</b>                | 2v/d                          | 1v/d                                   | 2v/d                        |
| <b>Pro-droga</b>                     | Si                            | No                                     | No                          |
| <b>Eliminación renal</b>             | 80%                           | ~35 %                                  | ~27%                        |
| <b>Ajuste de dosis s/CICr</b>        | 30-49ml/m<br>( 110 2v/d)      | 15-49ml/m<br>(15 mg/d)                 | 15-29ml/m<br>(2.5mgc/12hs)  |
| <b>Vida media (t<sub>1/2</sub>)</b>  | ~12–17h                       | 5–9 h                                  | ~12 h                       |
| <b>Unión a Prot. Plasm.</b>          | 35%                           | 92-95%                                 | 87%                         |
| <b>Vol de distribución</b>           | 60-70 l                       | 50 l                                   | 21 l                        |
| <b>T<sub>max</sub></b>               | 0.5–2 h                       | 2–4 h                                  | 3-4 h                       |
| <b>Tolerancia Gastrointest</b>       | Dispepsia 11%                 | Buena                                  | Buena                       |



**Table 3** Last intake of drug before elective surgical intervention

|                                | Dabigatran  |                               | Apixaban–Edoxaban–Rivaroxaban |                               |
|--------------------------------|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
|                                | No important bleeding risk and/or adequate local haemostasis possible: perform at trough level (i.e. $\geq 12$ or 24 h after last intake) |                               |                               |                               |
|                                | Low risk  | High risk                     | Low risk                      | High risk                     |
| CrCl $\geq 80$ mL/min          | $\geq 24$ h   | $\geq 48$ h                   | $\geq 24$ h                   | $\geq 48$ h                   |
| CrCl 50–80 mL/min              | <b><math>\geq 36</math> h</b>   | <b><math>\geq 72</math> h</b> | $\geq 24$ h                   | $\geq 48$ h                   |
| CrCl 30–50 mL/min <sup>a</sup> | <b><math>\geq 48</math> h</b>   | <b><math>\geq 96</math> h</b> | $\geq 24$ h                   | $\geq 48$ h                   |
| CrCl 15–30 mL/min <sup>a</sup> | Not indicated   | Not indicated                 | <b><math>\geq 36</math> h</b> | <b><math>\geq 48</math> h</b> |
| CrCl <15 mL/min                | No official indication for use  |                               |                               |                               |

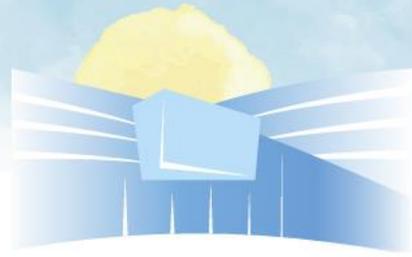
**There is no need for pre-operative bridging with LMWH/UFH**

Bold values deviate from the common stopping rule of  $\geq 24$  h low risk,  $\geq 48$  h high risk.

Low risk with a low frequency of bleeding and/or minor impact of a bleeding; high risk with a high frequency of bleeding and/or important clinical impact.

CrCl, creatinine clearance.

<sup>a</sup>Many of these patients may be on the lower dose of dabigatran (i.e. 110 mg BID) or apixaban (i.e. 2.5 mg BID), or have to be on the lower dose of rivaroxaban (i.e. 15 mg OD) or edoxaban (i.e. 30 mg OD).

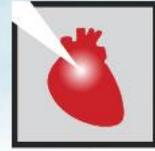
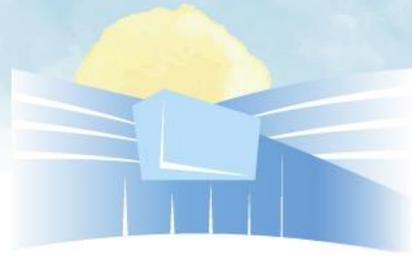


XXIX CONGRESO NACIONAL

**CACI2019**

*Pilar*

- ATC a DA con DES exitosa .
- Cuando reinicia dabigatran ?  
A las 24 hs al externarse .
- Que tienopiridina es preferible ?  
Clopidogrel .
- Que esquema ATT al alta ?  
Dabigatran 110 mg BID - Clopidogrel – AAS 100 mg .
- Cuanto tiempo triple esquema ?  
De 1 a 4 semanas .

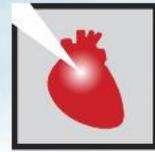
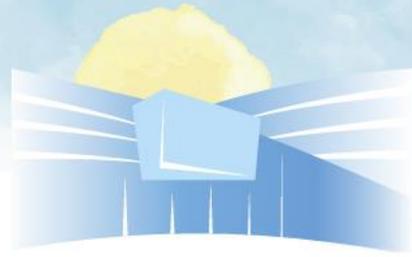


XXIX CONGRESO NACIONAL

**CACI2019**

*Pilar*

- Pte 68 años ingresa SIA sin elevacion ST troponina +, DBT 2 , HTA .
- Se decide CCG : obstruccion severa DA y CX : ATC exitosa con DES.
- Ecocardiograma AI dilatada al dia 1 post ATC .
- Pasa a piso con telemetria : ritmo FA .

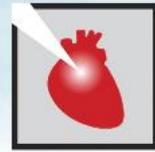
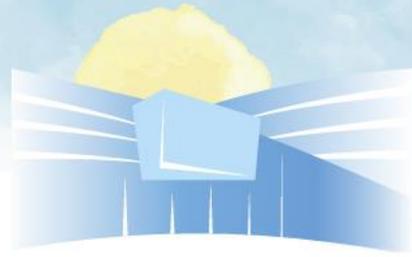


XXIX CONGRESO NACIONAL

**CACI2019**

*Pilar*

- Que esquema AP recibe al alta: Tica 90 mg BID – AAS 100 .
- Debe externarse con anticoagulación ?.  
Si CHADS VASC 3 .
- Opciones : valorar costos .  
DOAC es mejor que AVK si puede : Apixa 5 mg BID-Dabi 150 mg BID-  
Riva 15 mg OD.
- Tiempo AP  
Tica ideal 12 meses – doble es mejor que triple : 4 sem AAS .

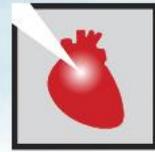
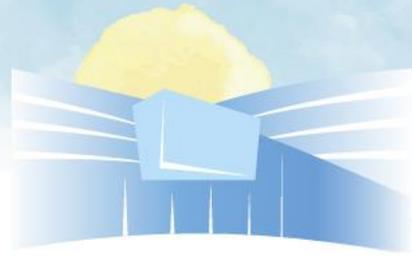


XXIX CONGRESO NACIONAL

**CACI2019**

*Pilar*

- Pte de 65 a con antecedente trombosis femoro poplitea hace 3 semanas en plan tto con sintrom RIN 2.9 .
- Ingresa por angor sin desviacion ST y troponina + .
- Se decide revascularizacion por cateter .

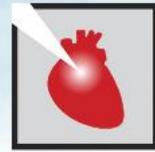
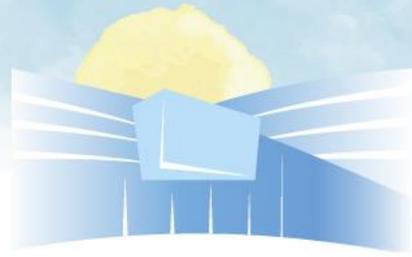


XXIX CONGRESO NACIONAL

**CACI2019**

*Pilar*

- Que acceso es preferible ?  
Sin duda radial .
- Es necesaria la reversion del efecto AC ?  
No .
- Cuando reinicio AVK y si requiero puente con HBPM ?  
Una vez estabilizado cuadro clinico puente si RIN menor a 2 .
- Que esquema ATT le daria al alta y si cambiaria DOAC por AVK ?  
DOAC es mejor que AVK si puede por costos , AP Tica 90 BID AAS 100.

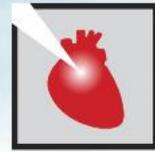
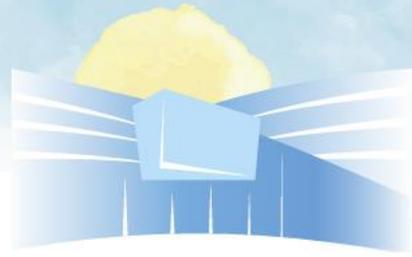


XXIX CONGRESO NACIONAL

**CACI2019**

*Pilar*

- Pte 74 a con claudicacion intermitente que consulta por reduccion distancia marcha .
- Se plantea angiografia para diagnostico y eventual revascularizacion .
- Antecedente hace 3 a trombocitopenia por heparina .

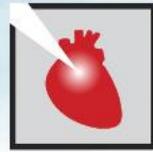
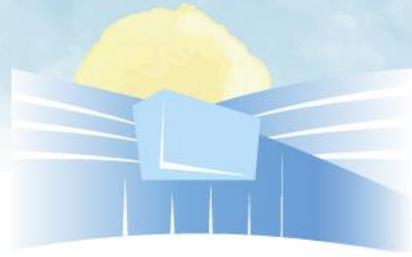


XXIX CONGRESO NACIONAL

**CACI2019**

*Pilar*

- La única opción AC para revascularización es bivalirudina.
- Hace más de 2 años no está disponible en nuestro medio : se decide importación por prepago : trámite engorroso ya lleva más de 15 meses .
- Se necesitan políticas de estado para que la comunidad médica cuente con todos los recursos terapéuticos posibles y sino es así que los trámites de importación sean lo más sencillos posibles trabajamos con pacientes no con mercaderías .

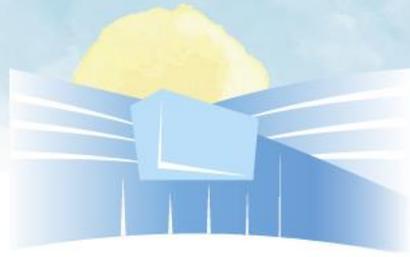


XXIX CONGRESO NACIONAL

**CACI2019**

*Pilar*

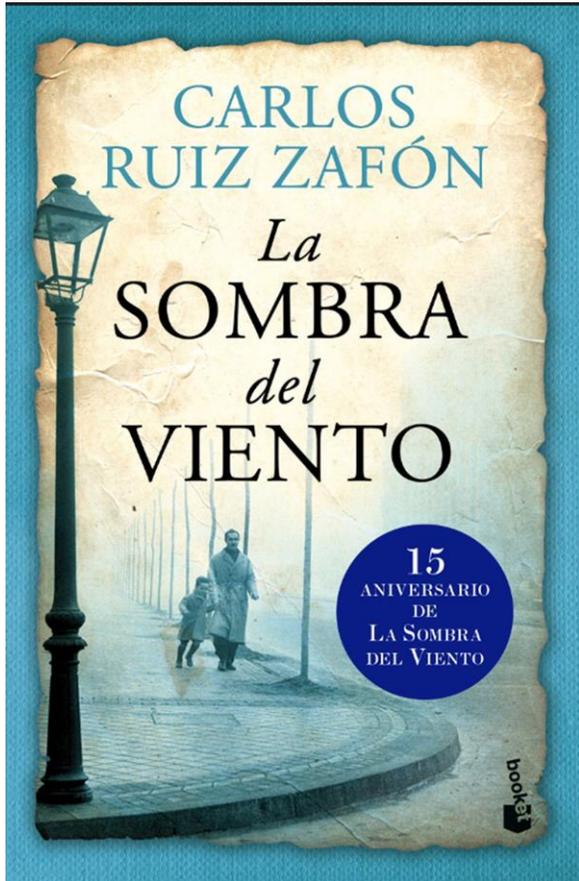
- Si es posible el acceso radial es sin duda el de elección .
- Siempre al ingreso estratificar riesgo isquémico y de sangrado en cada pte .
- Doble mejor que triple , dentro de lo posible reducir exposición a AAS .
- DOAC es mejor que AVK si puede afrontar el costo .
- El pte debe ser controlado periódicamente de manera multidisciplinaria ya que el escenario clínico puede cambiar y ponernos en el desafío de modificaciones terapéuticas.



XXIX CONGRESO NACIONAL

**CACI2019**

*Pilar*



*Conserva tus sueños nunca sabes cuando te harán falta ...*