

Revisión de artículo

Nuevos anticoagulantes orales en la práctica de la gastroenterología

Desai J, Granger C, Weitz J y Aisenberg J. Novel oral anticoagulants in gastroenterology practice. GIE 2013;78:2:227-239.

En la actualidad hay 3 nuevos anticoagulantes orales (NOAC) aprobados para la prevención de accidentes vasculares cerebrales por fibrilación auricular: Rivaroxaban, Apixaban y Dabigatran. Dabigatran (Pradaxa®- Boehringer) actúa sobre el factor IIa (trombina), tiene un tiempo de vida media entre 9 a 17 horas, y se usa a dosis de 75 a 150 mg BID. Rivaroxaban (Xarelto®- Bayer), actúa sobre el factor Xa, con un tiempo de vida media de 6 a 13 horas, se administra a dosis de 20 mg OD con la cena. Apixaban (Eliquis®- Bristol Myers Squibb), actúa selectivamente sobre el factor Xa, con un tiempo de vida media de 12 horas y dosis de 40 mg BID. En los 3 casos, hay que corregir dosis si hay insuficiencia renal. Seguridad: en general, se acepta que la administración de warfarina incrementa el riesgo de sangrado gastrointestinal mayor (transfusión de 2 unidades de hemoderivados ó disminución de más de 2 gr/dl de Hb) hasta 3 veces comparado con placebo, y se duplica en caso de ingerir aspirina simultáneamente. En el caso de Dabigatran a dosis de 150 mg BID, se asocia a una mayor tasa de sangrado digestivo mayor comparado con warfarina, aproximadamente 5 eventos adicionales por 1.000 pacientes/año, particularmente en los primeros meses de tratamiento e igualmente aumenta cuando se administra concomitante con Aspirina o Clopidogrel. Con el Rivaroxaban el aumento de sangrado gastrointestinal mayor se eleva a 8 casos adicionales por cada 1.000 pacientes/año. Mientras que el Apixaban, el sangrado digestivo mayor fue menor numéricamente comparado a warfarina, pero no estadísticamente significativo. En el caso de Dabigatran y Rivaroxaban incrementa el número de casos de sangrado gastrointestinal mayor, pero no de otras causas. Tratamiento de sangrado GI en pacientes que reciben NOAC: 1. Educación para pacientes y prescriptores. 2. Educar a pacientes para detectar síntomas tempranos. 3. Acudir a emergencia tempranamente. 4. Evaluación endoscópica según protocolos. Laboratorio: Dabigatran prolonga PTT, Rivaroxaban prolonga PT, mientras que Apixaban tiene poco efecto sobre estas pruebas. No hay antidotos actualmente para revertir los efectos de los NOAC. Se pueden usar en casos muy severos que comprometan la vida: PCC (concentrado de protrombina) o concentrado plaquetarios en caso de ingesta simultánea de aspirina o hemodiálisis – hemoperfusión en pacientes con insuficiencia renal que ingieren dabigatran. Se están desarrollando anticuerpos específicos contra dabigatran, aun no disponibles comercialmente. Tratamiento endoscópico: está determinado por la severidad de cada caso. Cuando fallan medidas de soporte y hay signos de hipoperfusión, es conveniente realizar endoscopia superior e inferior de emergencia. Si hay mejoría hemodinámica inicial, se puede diferir endoscopia por 12 a 24 horas, cuando los efectos

del NOAC se hayan atenuado. Hay una tendencia de los NOAC a producir mayor sangrado digestivo inferior, por lo que la preparación para colonoscopia es conveniente. Reinicio de NOAC posterior a sangrado GI: hay diferentes opciones, bajar dosis del NOAC (dabigatran de 150 a 75 mg), cambiar el NOAC, cambiar a warfarina, eliminar agentes antiplaquetarios y usar terapias concomitantes como PPI o terapia contra Hp. Estudios endoscópicos electivos: En casos de procedimientos de bajo riesgo, tales como gastroscopia y colonoscopia con biopsia, el NOAC puede continuarse o suspender sólo la dosis de la mañana. Para los NOAC que ameritan tomas BID (Dabigatran y Apixaban), planificar estudios después de 10 horas de la última dosis. Con el Rivaroxaban, deben ser 20 horas después de la última dosis. En procedimientos de alto riesgo (polipectomía, gastrostomía endoscópica percutánea, esfinterotomía biliar o drenajes de pseudoquiste por EUS), la anticoagulación debe ser suspendida, 24 a 48 horas previo al procedimiento y reiniciar la droga 3 a 5 días después, individualizando el caso de acuerdo al riesgo de trombosis y la naturaleza del procedimiento endoscópico terapéutico. Por ejemplo, en polipectomías menores de 5 mm se puede reiniciar inmediatamente el NOAC, pero en pólipos mayores de 2,5 cm, se debe esperar al menos 3 días para reiniciar la droga. Hay pocos datos acerca de sangrados post-procedimientos y parece ser en frecuencia similar a los casos con warfarina. Síntomas gastrointestinales sin sangrado: el Dabigatran está asociado a incremento de síntomas como reflujo, dispepsia y síntomas asociados a dismotilidad (16,9%), teniendo que suspender en un 4% de los casos la droga por tal motivo. Ni el Rivaroxaban ni el Apixaban están asociados a incrementos de dichos síntomas.

En la actualidad está en incremento el uso de NOAC en la práctica médica diaria. Se comenzaron a usar para prevención de trombosis en la cirugía de reemplazo de cadera, y se ha extendido su uso para prevención de ACV en pacientes con FA y ya algunos han sido aprobados para TEP y TVP. Se están realizando los estudios para su uso en angina inestable, CIA y trombosis en otras áreas, con resultados prometedores, lo que incrementará su uso. En nuestro país están disponibles el Dabigatran (Pradaxa®-Boehringer) y Rivaroxaban (Xarelto®- Bayer). El Apixaban está a la espera de aprobación, así como Edoxaban (Lixiana® – Sankyo), que no se menciona en esta revisión. El conocimiento adecuado de estas drogas sin duda es indispensable para la práctica de la gastroenterología y endoscopia digestiva.

Oscar González Herrada

Clínica Santiago de León. Caracas