

## Cirugía de marcapasos o desfibrilador sin interrupción de la anticoagulación

Birnie DH, Healey JS, Wells GA, Verma A, Tang AS, Krahn AD, et al. Pacemaker or defibrillator surgery without interruption of anticoagulation. *N Engl J Med.* 2013;368:2084-93.

**Antecedentes:** Muchos de los pacientes en los que se implanta un marcapasos o un desfibrilador-cardioversor reciben warfarina. Las guías de práctica clínica recomiendan que los pacientes con alto riesgo de episodio tromboembólico reciban una terapia puente con heparina hasta que sean operados. Sin embargo, algunas series de casos sugieren que puede ser seguro realizar la cirugía sin interrumpir el tratamiento con warfarina. Escasean los ensayos clínicos que apoyen la seguridad y eficacia de este abordaje.

**Métodos:** Asignamos aleatoriamente a pacientes con un riesgo anual de episodio tromboembólico igual o mayor al 5% a un tratamiento continuado con warfarina (AOW) o a terapia puente con heparina (TPH) antes de ser operados para implantar un dispositivo antiarrítmico. La variable principal fue la incidencia de hematomas clínicamente significativo en lugar de la implantación del dispositivo (HLD), que necesitara prolongar de la hospitalización, interrumpir el tratamiento anticoagulante o una nueva intervención quirúrgica.

**Resultados:** El ensayo fue interrumpido después del segundo análisis interino previsto. Se detectó HLD en 12 de 343 pacientes (3,5%) en el grupo que continuó con AOW frente a 54 de 338 (16%) en el de TPH (riesgo relativo: 0,19; intervalo de confianza al 95%: 0,10-0,36;  $p < 0,001$ ). Las complicaciones quirúrgicas y tromboembólicas graves fueron raras y no difirieron significativamente entre los grupos. Los pacientes que continuaron con AOW refirieron mayor satisfacción con el tratamiento perioperatorio del tratamiento anticoagulante respecto al grupo TPH, aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas en calidad de vida o dolor perioperatorio.

**Conclusión:** En comparación con el grupo de TPH, la estrategia de AOW redujo considerablemente la incidencia de hematomas clínicamente significativos en el espacio del dispositivo.

## Comentario

La realización de intervenciones quirúrgicas en pacientes con riesgo bajo de hemorragia puede efectuarse sin interrumpir la anticoagulación oral, especialmente en los pacientes con un alto riesgo de episodio tromboembólico. Por el contrario, en los procedimientos con riesgo alto de sangrado se suele interrumpir la anticoagulación, sobre todo si el riesgo de episodio tromboembólico es bajo. Hay mayor controversia respecto a los pacientes con un riesgo tromboembólico alto que vayan a ser sometidos a cirugías con riesgo de sangrado elevado. En estos casos se suele interrumpir transitoriamente la anticoagulación oral e instaurar una terapia puente con heparina. Sin embargo, pocos ensayos clínicos han evaluado la eficacia y seguridad de este abordaje.

Este estudio muestra que el mantenimiento de la terapia anticoagulante con warfarina frente a la terapia puente con heparina reduce el riesgo de hematoma local. Además, no se asocia a mayor riesgo de hemorragia en otras localizaciones y se acompaña de una mayor satisfacción de los pacientes. Este ensayo clínico incluyó a un elevado número de pacientes seleccionados en 17 centros de Canadá y uno de Brasil. Como limitaciones del estudio debemos mencionar que solo se incluyeron pacientes con un riesgo tromboembólico elevado ( $\geq 5\%$ ), que el tratamiento evaluado no se cegó a los pacientes, que no se especificó la raza de los sujetos que participaron en el estudio, y que no se evaluaron otros fármacos distintos a la warfarina.

La mayor eficacia y seguridad de continuar el tratamiento con anticoagulantes orales, en comparación con la terapia puente con heparina, en procedimientos con un alto riesgo de sangrado supone ventajas para el paciente y el sistema sanitario. La satisfacción del paciente es mayor, al continuar con su terapia habitual y evitar las vías parenterales requeridas para administrar heparina. Por otra parte, se reduce el alto coste económico derivado de la administración de heparina.

M. García Montero  
Facultad de Medicina, Hospital Universitario La Paz,  
Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España  
Correo electrónico: [martagmon@gmail.com](mailto:martagmon@gmail.com)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2013.07.004>