

EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO (SAF).

1. Tras el primer episodio trombótico, los pacientes con SAF poseen un riesgo de recurrencia más alto que los pacientes con TAO sin SAF (1).
2. Los INRs subterapéuticos encontrados en el estudio de Crowther demuestran más el bien conocido problema del mantenimiento de la intensidad del TAO que la conclusión de que una moderada anticoagulación es efectiva en los pacientes con SAF (1).
3. La mayoría de las guías de consenso recientes del CHEST recomienda una intensidad alta (Grado 1A).
4. La presencia de antifosfolípidos diferentes al anticoagulante lúpico (AL), como los anticuerpos anticardiolipina (ACA) entre los pacientes con ictus isquémico, indican un riesgo mayor de sufrir un accidente oclusivo vascular en los dos años siguientes, así como una respuesta diferente a aspirina o warfarina (2).
5. La mejor recomendación basada en la evidencia es que la prevención secundaria de tromboembolismo venoso en pacientes con SAF es una anticoagulación a largo plazo de intensidad moderada con un INR diana de 2.5 (rango 2.0-3.0) (1, 4).
6. Va contra toda lógica sugerir que una intensidad más alta puede producir un exceso de trombosis. Lo que sí está demostrado por estudios previos, aleatorios controlados, al respecto es que una anticoagulación más intensa lleva asociada un número mayor de accidentes hemorrágicos (2, 5).
7. Se sigue utilizando anticoagulación intensa para pacientes con riesgo alto de recurrencia y alta morbi-mortalidad: trombosis arterial, trombosis recurrente, síndrome postflebítico, recanalización incompleta del vaso afectado y niveles de dímero D persistentemente elevados (2).
8. El inicio adecuado del tratamiento anticoagulante cuando aparece el episodio trombótico coincide con una mejoría rápida, a veces dramática, de los síntomas (3). Puede ser el factor clave en la evolución futura de esa trombosis: recanalización total o no, síndrome postflebítico o no.
9. La profilaxis secundaria habitual de trombosis en estos pacientes debe estimar los factores individuales de riesgo para la trombosis, el riesgo de hemorragia y la posible severidad de los eventos recurrentes (3).
10. En pacientes con SAF, el peligro de trombosis e ictus sobrepasa el riesgo de hemorragia inducida por la anticoagulación. El miedo tradicional a la hemorragia cerebral tiene como resultado la anticoagulación subterapéutica de muchos pacientes con SAF cerebral (3).
11. La polimedicación de los pacientes con LES, la trombocitopenia y el embarazo son tres situaciones que requieren atención personalizada.

Bibliografía

1. Moderate dose oral anticoagulant therapy in patients with the antiphospholipid syndrome? Yes. M-F Scully. *J Thromb Haemost* 2005;3:840-1.
2. Moderate dose oral anticoagulant therapy in patients with the antiphospholipid syndrome? No. FR Rickles, VJ Marder. *J Thromb Haemost* 2005;3:842-3.
3. Moderate dose oral anticoagulant therapy in patients with the antiphospholipid syndrome? No. MA Khamashta, BJ Hunt. *J Thromb Haemost* 2005;3:844-5.

4. Oral anticoagulation for the phospholipid antibody syndrome: can we say now less is more? DR Anderson. *J Thromb Haemost* 2005;3:846-7.
5. A randomized clinical trial of high-tensity warfarin vs. conventional antithrombotic therapy for the prevention of recurrent thrombosis in patients with antiphospholipid syndrome (WAPS). G Finazzi, R Marchioli, V Brancaccio, P Schinco, F Wisloff, J Musial, F Baudo, M Berrettini, S Testa, A D'Angelo, G Tognoni, T Barbui. *J Thromb Haemost* 2005;3:848-53.