



RV-121. - IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN EL PRONÓSTICO CARDIOVASCULAR DE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO CON IMPLANTE DE STENTS

R. Bravo Marqués, P. Chinchurreta Capote, A. Pérez Cabeza, F. Torres Calvo, J. Siles Rubio, C. Corona Barrio, A. Milán Pinilla, F. Ruiz Mateas

Servicio de Cardiología. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

Resumen

Objetivos: Las guías de práctica clínica recomiendan la triple terapia con anticoagulantes orales (ACO) y doble antiagregación durante un periodo de 1 a 6 meses para pacientes con fibrilación auricular (FA) sometidos a intervencionismo coronario percutáneo con implante de stents coronarios (ICP). El empleo de ACO reduce el riesgo de ictus a expensas de aumentar el riesgo hemorrágico. Los episodios de sangrado se asocian a su vez a un peor pronóstico cardiovascular (riesgo de muerte, IAM no mortal, trombosis de stent). Hemos analizado nuestra experiencia clínica para valorar la idoneidad de la triple terapia frente a la doble antiagregación en una población real.

Métodos: Se incluyen los pacientes sometidos a ICP con antecedente o diagnóstico de FA desde enero 2011 a diciembre 2012. Analizamos las características clínicas, tipo de stents coronarios empleados, el tratamiento prescrito al alta hospitalaria y su relación con los eventos cardiovasculares o ECV (muerte de origen cardiovascular, IAM no mortal, trombosis tardías de stent, ictus o AIT y sangrados moderados o mayores). Se emplea Chi-cuadrado para variables cualitativas y t-Student/U de Mann-Whitney para cuantitativas. Las estimaciones de la supervivencia libre de eventos se efectuaron con el método de Kaplan-Meier y se compararon las curvas de supervivencia con el test log-rank.

Resultados: Se incluyen 64 pacientes (76,6% hombres) con edad media de $70,7 \pm 9,8$ años. El 71,9% son hipertensos, 34,4% diabéticos, el 10,9% tenía antecedentes de ictus o AIT, el 85,9% cardiopatía estructural y el 12,5% valvulopatía significativa. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo media era de $52,2 \pm 12,4\%$ y la aurícula izquierda de $43,4 \pm 1,7$ mm. El valor medio de CHADS2 fue de $2,1 \pm 1,3$, CHA2DS2VASc de $3,7 \pm 1,7$ y HASBLED de $2 \pm 0,6$. El 45,3% tenía FA paroxística, frente al 28,1% con FA persistente y 26,6% con FA permanente. Los motivos para el ICP fueron SCASEST (45,3%), SCACEST (32,8%), angina estable (6,3%) e insuficiencia cardiaca (15,6%). El 50% de los pacientes recibieron exclusivamente stents convencionales. El 62,5% recibió triple terapia; el resto sólo doble antiagregación. En el 10,9% de los casos se prescribieron nuevos ACO. Los factores asociados a la prescripción de ACO fueron la presencia de FA al alta (88,9% frente al 39,1% en ritmo sinusal; $p < 0,001$) y el tipo de FA clínica (38,1% con FA paroxística, 78,6% con FA persistente y 93,3% con FA permanente; $p = 0,001$). No hubo diferencias significativas con la

escalas CHA₂DS₂VASc ($4,1 \pm 1,6$ en pacientes anticoagulados frente a $3,6 \pm 1,9$ en no anticoagulados; $p = 0,38$) y HASBLED ($2,1 \pm 0,6$ anticoagulados frente a $1,9 \pm 0,7$ no anticoagulados; $p = 0,41$). Tras un seguimiento medio de $6,8 \pm 4,4$ meses (pérdida de seguimiento del 6,2%) 8 pacientes (14,8%) presentaron ECV: 2 sangrados, 2 ictus, 2 trombosis tardías de stent y 3 muertes de origen cardiovascular. La supervivencia libre de eventos en pacientes anticoagulados fue del 90,3% frente al 70,6% en pacientes no anticoagulados ($p = 0,079$).

Conclusiones: La incidencia a medio plazo de ECV en pacientes con FA sometidos a ICP es elevada (14,8%). Los pacientes que recibieron anticoagulación oral junto a doble antiagregación presentaron una supervivencia libre de eventos cardiovasculares superior, aunque sin alcanzar la significación estadística.