



## 8. TRATAMIENTO TROMBÓTICO EN COMBINACIÓN TRAS UN SCA EN PACIENTES CON INDICACIÓN DE ANTICOAGULANTES: RESULTADOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Esmeralda Capín Sampedro, Rut Álvarez Velasco, María Salgado Barquinero, César Morís de la Tassa y Andrea Aparicio Gavilanes

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias), España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La asociación entre fibrilación auricular (FA) y los síndromes coronarios (SCA) es frecuente, y supone un desafío para los clínicos a la hora de manejar los tratamientos antitrombóticos y sus respectivos riesgos asociados a sangrado.

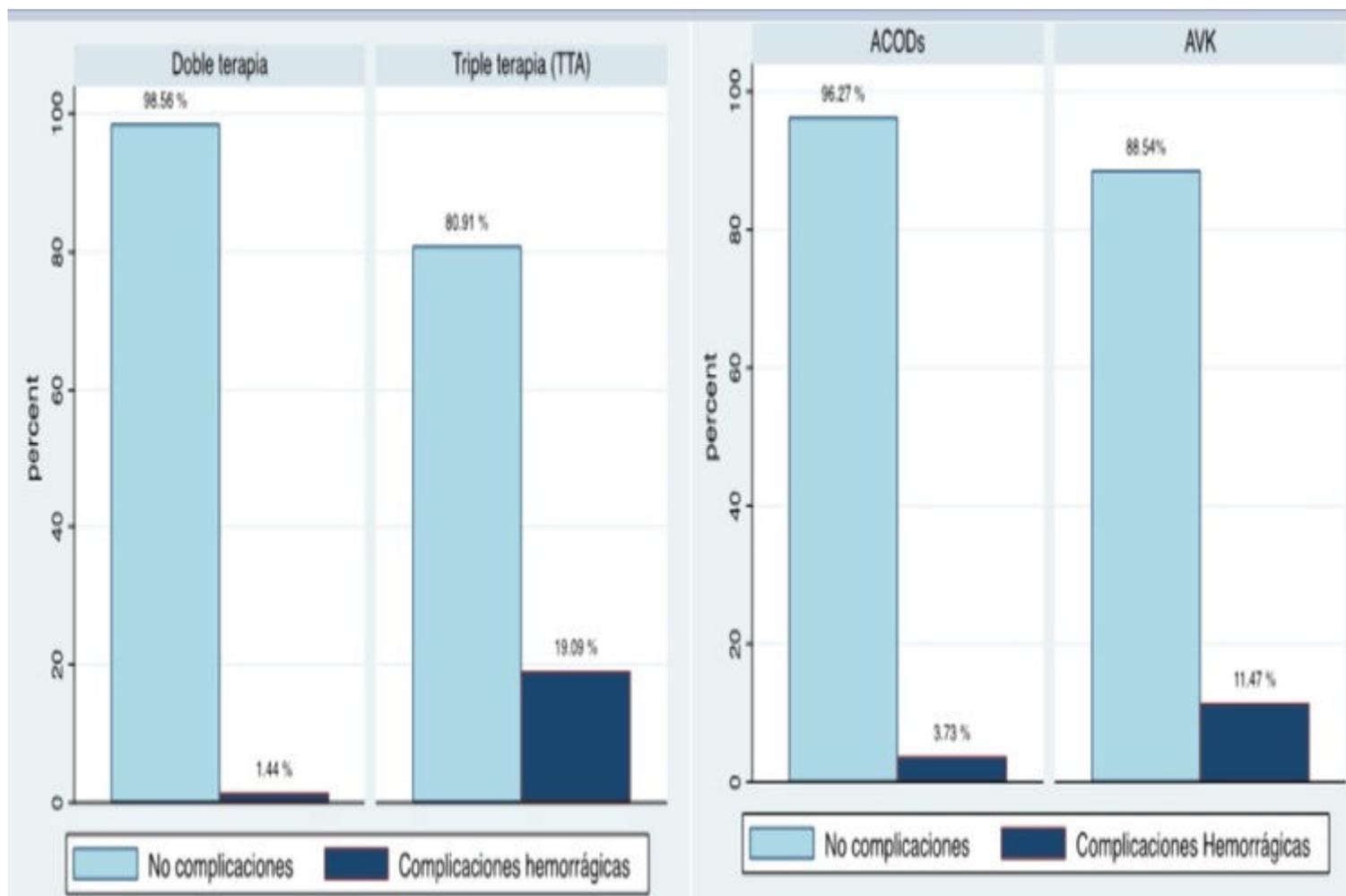
**Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y de un solo centro que incluyó a todos los pacientes ACO por FA que presentan un SCA en nuestro medio hospitalario desde enero 2018-diciembre 2022. Seguimiento clínico de 60 meses. Se analizaron las comorbilidades, el riesgo hemorrágico y el riesgo isquémico, así como la presencia de complicaciones. Se realizó un análisis estadístico comparativo entre doble y triple terapia antitrombótica, y el uso de ACOD (anticoagulantes de acción directa) frente AVK, se empleó el programa STATA.

**Resultados:** Analizamos 815 pacientes. La edad media fue  $73 \pm 2$  años con claro predominio de varones 75,8%. Respecto a los factores de riesgo cardiovascular (FRCV): fumadores 61% de la muestra, 86% HTA, 52% DM tipo 2, 71% con dislipemia. La forma de presentación más común fue SCASEST en 79,1% de los casos (645 pacientes), frente a SCACEST 170 pacientes (21,9%). En 324 pacientes (39,8%) se usaron AVK y en 491 pacientes (60,24%). En todos los casos se usó como doble terapia antiagregante AAS y clopidogrel. Se registraron 71 eventos hemorrágicos mayores (8,7%). Identificamos 71 eventos isquémicos (21 SCA, 33 restenosis de *stent*, 12 trombosis *stent* y 5 ACV). 56 eventos con AVK y 15 con ACOD.

Características clínicas	Total (n = 815)	DTA (n = 510)	TTA (n = 305)	p
Varones, n (%)	618 (75,8%)	370 (72,54)	248 (81,33)	0,060
Edad (años), media $\pm$ DE	$73 \pm 2$	$68,3 \pm 14,7$	$78,3 \pm 18,01$	0,020
HTA, n (%)	700 (86)	408 (80)	292 (95,7)	0,410

DM tipo II, n (%)	424 (52)	203 (39,8)	221 (72,4)	0,060
Dislipemia, n (%)	578 (71)	309 (60,5)	269 (88,1)	0,516
Tabaquismo, n (%)	497 (61)	288 (56,4)	209 (68,52)	0,050
Índice de Charlson, media $\pm$ DE	1,22 $\pm$ 1,63	1,34 $\pm$ 1,64	0,62 $\pm$ 0,73	0,017
SCASEST, n (%)	645 (79,1)	439 (86,07)	206 (67,54)	0,033
SCACEST, n (%)	170 (21,9)	89 (17,45)	81 (26,5)	0,001
Enfermedad arterial periférica, n (%)	163 (20,4)	79 (15,49)	84 (27,54)	0,003

HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; DTA: doble terapia antiagregante; TTA: triple terapia antiagregante.



*Complicaciones hemorrágicas.*

**Conclusiones:** En nuestra muestra evidenciamos que la doble terapia se asocia a una menor incidencia de hemorragia que la triple terapia, sin diferencias en los eventos isquémicos, por lo que podemos aseverar que presenta un beneficio global sobre todo en cuanto a seguridad, manteniendo la eficacia. Asimismo, la triple terapia debe realizarse de manera muy individualizada y durante menor tiempo posible, ya que no aporta un beneficio antitrombótico pero aumenta riesgo hemorrágico.