Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 942

Revista Española de Cardiología

4025-5. EVENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR E IMPLANTE DE *STENT* CORONARIO TRATADOS CON CIERRE DE OREJUELA IZQUIERDA, ACENOCUMAROL O ANTICOAGULANTES DIRECTOS. REGISTRO DESAFIO

José Ramón López-Mínguez[1], Estrella Suárez-Corchuelo[1], Sergio López-Tejero[2], Luis Nombela-Franco[3], Xavier Freixa-Rofastes[4], Guillermo Bastos-Fernández[5], Xavier Millán-Álvarez[6], Raúl Moreno-Gómez[7], José Antonio Fernández-Díaz[8], Ignacio Amat-Santos[9], Tomás Benito-González[10], Fernando Alfonso-Manterola[11], Rosa Navarro-Romero[1], Ignacio Cruz-González[2] y Juan Manuel Nogales-Asensio[1]

[1]Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, [2]Hospital Universitario de Salamanca, [3]Hospital Clínico San Carlos, Madrid, [4] Hospital Clínic, Barcelona, [5]Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), [6]Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, [7]Hospital Universitario La Paz, Madrid, [8]Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), [9]Hospital Clínico Universitario de Valladolid, [10]Complejo Asistencial Universitario, León y [11]Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El tratamiento de pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) que precisan intervencionismo coronario percutáneo (ICP) con implantación de *stents* coronario (ISC) supone un desafío. Aunque los estudios aleatorizados han mostrado menos sangrados con tratamiento doble con los anticoagulantes orales (ACO) directos (ACOD persisten cuestiones sobre seguridad y eficacia en estas estrategias. Objetivos: comparar la estrategia en pacientes que recibieron cierre de orejuela izquierda (COI) vs tratamiento con ACO separando en este grupo los pacientes con acenocumarol y con ACOD.

Métodos: Se analizan los resultados de 207 pacientes consecutivos con FANV que recibieron ISC (la mayoría por SCASEST). 146 se trataron con ACO (75 con Acenocumarol, 71 con ACOD) y 61 con COI con un seguimiento medio de 35 meses. Recibieron, además, antiagregantes plaquetarios de acuerdo, al criterio de su cardiólogo (fig. 1A).

Resultados: No había diferencias significativas en variables como la edad (media: 75,5 años), hipertensión arterial, diabetes, sexo, FA permanente o paroxística o historia de ictus o tromboembolias entre ambos grupos. Había, sin embargo, características más desfavorables en el grupo de COI con diferencias significativas en el porcentaje de historia de enfermedad coronaria, (48 vs 38 vs 75,4% p = 2) (12%, vs 5,6 vs 49,2% p 3 eran 9,48%, 5,57% y 3,88% (p = 0,025) respectivamente (fig. 1C-D).

Eventos cardiovasculares mayores en los tres grupos de tratamiento

Eventos cardiovasculares*	Acenocumarol (N = 75; 277 p.a.)	ACOD (N = 71; 175 p.a.)	COI (N = 61; 158 p.a.)	p

Muerte cardiaca (MC)	2 p (0,72%)	2 p (1,14%)	1 p (0,63%)	0,881
Ictus/AIT (I)	11 p (4,31%)	8 p (5,05%)	2 p (1,27%)	0,119
Infarto agudo de miocardio (IAM)	4 p (1,52%)	0	1 p (0,63%)	0,063
Intervención coronaria percutánea (ICP)	5 p (2,10%)	2 p (1,14%)	1 p (0,63%)	0,572
ECVM (MC/I/IAM/ICP)	18 p (8,16%)	12 p (7,60%)	3 p (1,91%)	0,027

*Tasas ajustadas a tiempo de seguimiento (por 100 pacientes-año, p.a.).

1A: Diagrama de flujo. 1B ECVM. 1C Sangrados BARC ? 2. 1D BARC ? 3.

Conclusiones: Había un beneficio significativo en los ECVM en el grupo de pacientes con COI en comparación con los de acenocumarol y ACOD. Había significativamente menos sangrados (BARC 2 y 3) con COI en comparación con el grupo de acenocumarol. No había diferencias significativas en sangrados entre el grupo COI y el de ACOD (aunque había menos sangrados en el grupo COI especialmente en los BARC ? 2).