



6002-167. IMPACTO DE LAS RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR SOMETIDOS A *STENT* CORONARIO

María Mutuberria Urdaniz¹, Antonia Sambola¹, Bruno García del Blanco¹, Eduard Bosch¹, Albert Alonso¹, Ángel Cequier², José Antonio Barrabés¹ y David García-Dorado¹ del ¹Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona y ²Hospital Universitario Bellvitge, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías europeas recomiendan el uso de anticoagulación y doble antiagregación (DAP) (triple terapia: TT) en pacientes con FA no valvular en los se implanta un *stent* coronario (SC). Pretendemos evaluar el impacto de la TT en pacientes con FA en los se implanta un SC, considerando las escalas CHADS2 y CHA2DS2VASc.

Métodos: Estudio prospectivo multicéntrico que incluyó pacientes con FA no valvular sometidos a *stent* coronario (SC) desde 2007 a 2011 con seguimiento de 1 año.

Resultados: Se identificaron 585 pacientes con FA (75,2% hombres), 322 (55,2%) recibieron TT y 263 (44,8%) DAP. Las características basales fueron similares entre ambos grupos, excepto una tasa más alta de ictus previo (16,8% vs 11%; $p = 0,016$) e ICP previa (39,6% vs 24,1%, $p = 0,0001$) en el grupo TT. Los pacientes con TT mostraron más frecuentemente CHADS2 ≥ 2 (62,2% frente a 37,8%, $p = 0,009$) y CHA2DS2VASc ≥ 2 (55,4% frente a 45,4%, $p = 0,43$), destacando una proporción significativa de pacientes con alto riesgo tromboembólico que recibía sólo DAP. Los pacientes con TT mostraron más hemorragias mayores (7,7% vs 2,3%, $p = 0,002$) y más muerte cardiovascular (7,1% vs 4,2%, $p = 0,09$). Sin embargo, la incidencia de ictus fue similar en ambos grupos (1,5% vs 3,8%, $p = 0,07$). En estos casos la mediana de CHADS2 era de 2 (rango 0-6) y de CHA2DS2VASc de 3 (rango 1-8). Todos los pacientes realizaban el tratamiento prescrito cuando sufrieron el ictus. En total 49 pacientes (8,3%) fallecieron en el seguimiento; de ellos, 16 (2,7%) tuvieron un evento hemorrágico y 7 tenían CHADS2 = 1. El análisis multivariado identificó como predictores independientes de mortalidad cardiovascular el ictus previo (OR 5,7, IC95%: 0,9-34,6; $p = 0,05$), el *stent* liberador de fármaco (OR: 0,35, IC95% 0,13-0,96; $p = 0,03$) y la TT (OR 0,35; 0,12-1,00; $p = 0,05$). Las escalas CHADS2 (OR 1,86; IC95% 0,93-1,77; $p = 0,076$) y CHA2DS2VASc (OR 1,32, IC95% 0,92-1,89; $p = 0,123$) no fueron predictores.

Conclusiones: En los pacientes con FA no valvular sometidos a SC, el tratamiento con DAP o TT no siempre está influido por el CHADS2 o el CHA2DS2VASc. En pacientes de alto riesgo tromboembólico, la TT está infratutilizada, lo que supone un aumento de ictus. En pacientes con bajo riesgo tromboembólico el uso de TT aumenta el riesgo hemorrágico sin beneficio potencial comparado con DAP.