



4010-5. ¿ES SEGURO RETIRAR LA ANTICOAGULACIÓN ORAL TRAS LA ABLACIÓN DEL ISTMO CAVO-TRICUSPÍDEO INDEPENDIENTEMENTE DEL CHA₂DS₂-VASc?

Ana Delia Ruiz Duthil¹, Álvaro Izquierdo Bajo², Rocío Cózar León², Ramón Rodríguez Olivares³, Pablo Bastos Amador², Alberto García Guerrero², Isabel Borrego Iglesias², Yolanda Calero Vallés², Pilar Nieto Gutiérrez², José Carlos Rodríguez Rodríguez² y Ernesto Díaz Infante², del ¹Hospital Clínico San Cecilio, Granada, ²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla y ³Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Las dudas en cuanto al tratamiento de la anticoagulación tras la ablación con éxito del istmo cavotricuspidé (ICT) están fundamentadas en la incidencia posterior de FA y el riesgo potencial de ictus en esta población. Analizamos dicha incidencia tras la ablación del ICT en nuestro centro con la intención de identificar predictores de FA o *flutter* auricular que permitan seleccionar mejor los pacientes que podrían beneficiarse de suspender la anticoagulación tras la ablación.

Métodos: Análisis prospectivo de una serie de 258 pacientes consecutivos tras la ablación con éxito del ICT en nuestro centro entre 2006 y 2014, con seguimiento hasta 2017. Seleccionamos los 71 casos con una puntuación CHA₂DS₂-VASc ? 1 si eran varones o ? 2 si eran mujeres, a los que se les retiró la anticoagulación un mes tras la ablación debido a que no tenían antecedentes de FA u otra indicación para anticoagulación oral permanente.

Resultados: De los 71 pacientes analizados (edad media 67 ± 10 años; 31% mujeres), hubo un 73% de hipertensos; 29% con IMC > 35; 5% de alcoholismo; 18% diabéticos; 28% cardiopatía isquémica; 8% apnea del sueño; 14% EPOC; 1,4% ictus; y un 14% insuficiencia cardiaca. La puntuación media en la escala CHA₂DS₂-VASc fue 3,3 ± 1,5, y en la escala HAS-BLED fue 1,7 ± 1,1. Durante el seguimiento (media de 79 ± 33 meses; con un rango entre 12 y 138 meses), 22 pacientes presentaron FA *de novo* (31%) y 5 *flutter* auricular atípico (7%), sin que se identificaran predictores; en todos estos casos se reinició anticoagulación. El *flutter* auricular común recurrió en 4 pacientes (6%), y tras la reablación la anticoagulación se volvió a suspender al mes, salvo en un caso que se había diagnosticado previamente de *flutter* auricular atípico. Hubo 3 pacientes con ictus (4%), siendo la mediana de CHA₂DS₂-VASc de 3 (IQ25-75:1-3). Ninguno estaba anticoagulado en el momento del evento, y solo en 1 de ellos se diagnosticó FA *de novo*. Globalmente, la retirada de la anticoagulación oral supuso un riesgo anual de un 0,38% de ictus. Al finalizar el seguimiento, el 61% de los pacientes no había precisado anticoagulación y ni presentado complicaciones tromboembólicas.

Conclusiones: La incidencia de FA *de novo* tras la ablación del ICT en nuestra serie fue similar a los datos publicados. La estrategia de suspender la anticoagulación oral fue segura, con un riesgo asociado mínimo de ictus, independientemente del estimado por la escala CHA₂DS₂-VASc.