



6002-161. ¿DEBEMOS RECOMENDAR TRIPLE TERAPIA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR CON CHADS2 SCORE ? 2 SOMETIDOS A *STENT* CORONARIO?

María Mutuberria Urdaniz¹, Antonia Sambola¹, Albert Alonso¹, Bruno García del Blanco¹, Javier Zueco², Oriol Rodríguez³, José-Antonio Barrabés¹ y David García-Dorado¹ del ¹Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) y ³Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona).

Resumen

Introducción y objetivos: En las guías europeas para el manejo de pacientes en fibrilación auricular (FA), los pacientes con un CHADS2 *score* ? 2 son considerados de riesgo tromboembólico bajo-moderado y a pesar de ello se recomienda en ellos anticoagulación oral (ACO) para la prevención de tromboembolismos. En este estudio pretendemos evaluar el impacto de la anticoagulación combinada con doble antiagregación (DAP) en la incidencia de eventos adversos en pacientes con bajo-moderado riesgo tromboembólico (CHADS2 ? 2).

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

Resultados: Se identificaron 640 pacientes con FA (75% hombres, 73,2 ± 8,2 años). 409 (29%) tenían CHADS2 ? 2 y el 52% de ellos recibía ACO (45,4% anticoagulación + DAPT: TT; 6,6% anticoagulación + clopidogrel). Los pacientes tratados con ACO mostraron una menor incidencia de tromboembolismo (1,4% vs 5,7%; p = 0,01). Sin embargo, presentaron una mayor mortalidad (8,8% vs 4,1%; p = 0,04) por un exceso de mortalidad cardiovascular (7,4% vs 1,5%; p = 0,004) y una mayor incidencia de eventos hemorrágicos (7% vs 1%; p = 0,002). Ambos grupos presentaron una incidencia similar de MACE (13,5% vs 13,9%; p = 0,51) y de MAE (25,6% vs 24,2; p = 0,41). Veintisiete pacientes (6,6%) murieron durante el seguimiento, de ellos 19 (70,4%) recibían ACO, 6 exitus ocurrieron en el contexto de un evento hemorrágico y 2 de ellos tenían CHADS2 = 1. En un análisis multivariante, en los pacientes con CHADS2 ? 2, el tratamiento con ACO fue predictor de independiente de mortalidad (OR 2,4, IC95%: 1,01-5,7; p = 0,04), por un exceso de mortalidad cardiovascular (OR 4,8, IC95% 1,33-17,43; p = 0,017) y de un incremento de hemorragia mayor (OR 7,8, IC95%: 1,7-35,5; p = 0,008).

Conclusiones: En los pacientes con FA no valvular y CHADS2 ? 2 en los que se implanta un SC, la combinación de ACO y DAP, aunque reduce la incidencia de tromboembolismos, incrementa la mortalidad cardiovascular y la incidencia de hemorragia mayor.