



5022-3. ¿DEBEMOS RECOMENDAR TRIPLE TERAPIA EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CRÓNICAMENTE SOMETIDOS A LA IMPLANTACIÓN DE UN STENT CON UN HAS-BLED SCORE DE ELEVADO RIESGO DE SANGRADO?

Berta Miranda Barrio, Antonia Sambola Ayala, Alba Santos Ortega, Javier Limeres Freire, María Mutuberría, Bruno García del Blanco, José A. Barrabés Riu y David García-Dorado García del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción: Las guías clínicas actuales recomiendan utilizar triple terapia (TT): anticoagulación oral crónica (AOC) combinada con doble antiagregación (DAT: adiro y clopidogrel) en pacientes con fibrilación auricular (FA) que requieran anticoagulación oral crónica sometidos a intervencionismo coronario percutáneo con implantación de un *stent* (ICP-s).

Objetivos: Evaluar la seguridad de la TT en pacientes con FA sometidos ICP-s que tienen un elevado riesgo de sangrado (HAS-BLED Score ? 3).

Métodos y resultados: Un estudio multicéntrico prospectivo desde 2007 hasta 2012 identificó 345 pacientes (74% hombres, 74 ± 8 años) con FA sometidos a ICP-s de los cuales, 271 (78,6%) tenían un HAS-BLED ? 3. De estos 127 (46,9%) recibieron TT al alta y el resto DAT. El 76,4% de los pacientes que recibieron TT tenían un CHA₂DS₂-VASc Score ? 2. Los pacientes que recibieron TT tuvieron menos eventos tromboembólicos (2,4% vs 9,7%, $p = 0,01$). No hubo diferencias significativas en la incidencia de MACE (25,2% vs 22,4%, $p = 0,34$) ni en la mortalidad global (11% vs 10,5%, $p = 0,52$) entre ambos grupos de tratamiento. Sin embargo, la incidencia de eventos hemorrágicos fue muy elevada y significativamente mayor (32% vs 20,8%, $p = 0,02$) en los pacientes tratados con TT, con un exceso de hemorragia mayor (13,4% vs 4,9%, $p = 0,01$). En un análisis multivariable de Cox, en los pacientes con HAS-BLED ? 3, la edad ? 75 años ($p = 0,02$), la insuficiencia renal ($p = 0,001$), la vasculopatía periférica ($p = 0,03$) y la insuficiencia cardíaca ($p = 0,05$) fueron predictores de mortalidad, mientras que la TT no se asoció con la mortalidad ($p = 0,51$). El único predictor de sangrado mayor fue la TT al alta ($p = 0,048$), mientras que la insuficiencia renal o el uso de *stents* farmacoactivos no lo fueron.

Conclusiones: Un elevado porcentaje de pacientes con FA sometidos a PCI-s tienen un alto riesgo hemorrágico (HAS-BLED ? 3). En estos pacientes, el uso de TT redujo la incidencia de eventos tromboembólicos, pero aumentó la incidencia de hemorragia mayor. Sin embargo, la TT no tuvo efecto sobre la mortalidad.