



5015-4. CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS Y ARRITMIAS AURICULARES. ¿TENEMOS CLARO ANTICOAGULAR SEGÚN LA EVIDENCIA ACTUAL? DATOS DE RACCA

Francisco José Guerrero Márquez¹, María José Rodríguez Puras¹, Rocío García Orta², V. Cuenca³, J. Robledo⁴, A. Manovel⁵, M. Romero⁶ y Pastora Gallego García de Vinuesa⁷ del ¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, ²Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, ³Hospital Carlos Haya, Málaga, ⁴Hospital Virgen de la Victoria, Málaga, ⁵Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, ⁶Hospital Reina Sofía, Córdoba y ⁷Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con cardiopatías congénitas (CC) y arritmias auriculares (AA) a menudo carecen de factores tromboembólicos típicos, presentando otros factores de riesgo distintos que no se suelen asociar a la fibrilación auricular (FA). La necesidad de anticoagulación en las taquicardias por reentrada intra-auricular (TRIA) puede ser cuestionable, pero se ha reportado una prevalencia alta de trombos intracardiacos en estos pacientes. Hemos tratado de evaluar la práctica clínica actual en relación a la terapia de anticoagulación, y como se correlaciona con las recomendaciones de las guías clínicas existentes.

Métodos: Un total de 2.384 pacientes mayores de 14 años fueron incluidos prospectivamente en el registro regional RACCA. Se analizó el uso de la terapia anticoagulante o antiagregante en 258 pacientes con *flutter* auricular, FA o TRIA. Fueron considerados de alto riesgo tromboembólico aquellos pacientes con una reparación intracardiaca previa, cianosis, Fontan, válvulas mecánicas, ventrículo derecho subaórtico o un $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc} > 1$ punto.

Resultados: 158 pacientes (60,8%) estaban en tratamiento antitrombótico (warfarina 66,4%, nuevos anticoagulantes (NACO) 0,63% y antiagregante 29%). De los considerados de alto riesgo solo el 50% estaban anticoagulados. La cirugía de Fontan fue el procedimiento que de forma significativa recibía tratamiento antitrombótico ($p = 0,025$) no encontrándose sin tratamiento ninguno de los Fontan con intención paliativa. A pesar de las recomendaciones de las guías, el 64% de los Fontan (11 pacientes) estaban anticoagulados, recibiendo antiagregación el resto. Pacientes sometidos a Senning, 6 estaban con warfarina y uno con NACO, sin que existan datos sobre farmacocinética ni farmacodinamia en CC. Pacientes cianóticos con síndrome de Eisenmenger o sometidos a Glenn, estaban antiagregados con mayor frecuencia (66%). Según la puntuación $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$, pacientes con CC simples, sin prótesis valvular o valvulopatía con compromiso hemodinámico, recibían anticoagulación en caso de ictus previo o ser hipertenso (92% $p = 0,011$; 84% $p = 0,01$, respectivamente). Hubo una tendencia a no anticoagular a mujeres ni a menores de 67 años ($p = 0,056$).

Conclusiones: En nuestro registro, el manejo antitrombótico de pacientes con CC y AA, concordaba en un 50% con las directrices de las guías. En pacientes cianóticos hay que individualizar en función de riesgo trombótico y de sangrado.