



5018-7. EFECTO DEL USO CONCOMITANTE DE ANTIAGREGANTES EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR QUE INICIAN ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS

Ginés Elvira Ruiz¹, Alejandro Lova Navarro¹, César Santiago Caro Martínez², Pedro J. Flores Blanco¹, Francisco Arregui Montoya¹, Helena Albendín Iglesias¹, David José Vázquez Andrés¹, Juan José Cerezo Manchado¹, Begoña Navarro Almenzar¹, Natalia García Iniesta¹, Sandra Morga Garre¹, María del Mar Galindo Rueda¹, José Luis Bailén Lorenzo³, Arcadio García Alberola¹ y Sergio Manzano Fernández¹, del ¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), ²Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia y ³Hospital Vega Baja, Orihuela (Alicante).

Resumen

Introducción y objetivos: La antiagregación y anticoagulación concomitantes son frecuentes en pacientes con fibrilación auricular, pero la información sobre su impacto en los eventos en pacientes con anticoagulantes orales directos es escasa. El objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad de la antiagregación concomitante en una cohorte de pacientes con fibrilación auricular no valvular que inician anticoagulantes directos.

Métodos: Registro multicéntrico retrospectivo que incluyó 2.361 pacientes consecutivos con fibrilación auricular no valvular que iniciaron anticoagulantes orales entre enero de 2013 y diciembre de 2016. Se excluyeron los pacientes con un evento isquémico (síndrome coronario agudo o ictus isquémico) o revascularización en los 12 meses previos. El evento principal fue el sangrado mayor y los eventos secundarios el ictus isquémico, infarto de miocardio, hemorragia intracraneal y muerte. El seguimiento fue de 3 meses.

Resultados: 145 (6,1%) pacientes recibieron antiagregación concomitante, siendo la ácido acetilsalicílico la más frecuente (79%). Estos pacientes presentaron un peor perfil clínico, con mayor prevalencia de enfermedad aterosclerótica y otras comorbilidades y mayores puntuaciones en las escalas CHA₂DS₂-VASc y HAS-BLED. A los 3 meses, 25 (1,1%) pacientes tuvieron sangrado mayor, 8 (0,3%) tuvieron infarto de miocardio no mortal, 7 (0,3%) tuvieron ictus isquémico y 40 (1,7%) murieron. Tras el ajuste multivariante, el uso concomitante de antiagregantes se asoció a un mayor riesgo de sangrado mayor (HR = 3,62, IC95% 1,32-9,89; p = 0,012), pero no se asoció de forma estadísticamente significativa al resto de eventos.

Características de la población en función del uso de antiagregantes

Antiagregación

	Población total (N = 2.361)	No (N = 2.216)	Sí (N = 145)	p
Edad (años)	76 ± 9	76 ± 10	77 ± 7	0,269
Sexo (mujer)	1260 (53)	1201 (54)	59 (41)	0,002
FA permanente	1208 (52)	1134 (52)	74 (54)	0,610
Hipertensión	2057 (87)	1922 (87)	135 (93)	0,029
Diabetes mellitus	735 (31)	659 (30)	76 (52)	0,001
Tabaquismo	140 (5,9)	131 (5,9)	9 (6,2)	0,856
Ictus/AIT previo	459 (19)	419 (19)	40 (28)	0,013
Cardiopatía isquémica	316 (13)	221 (10)	95 (66)	0,001
Vasculopatía periférica	64 (2,7)	48 (2,2)	16 (11)	0,001
Insuficiencia cardiaca	436 (19)	404 (18)	32 (22)	0,269
Neoplasia	282 (12)	259 (12)	23 (16)	0,145
Sangrado mayor previo	206 (8,7)	200 (9,0)	6 (4,1)	0,047
CHA ₂ DS ₂ -VASc	3,9 ± 1,6	3,9 ± 1,6	4,9 ± 1,7	0,001
HAS-BLED	2,7 ± 1,1	2,6 ± 1,0	3,9 ± 1,0	0,001
Filtrado glomerular (ml/min/1,73 m ²)	68 ± 20	69 ± 20	65 ± 20	0,056
Hemoglobina (g/dl)	13,4 ± 1,9	13,4 ± 1,9	12,9 ± 1,8	0,004
FEVI (%)	58 ± 8	58 ± 8	56 ± 10	0,083



Eventos clínicos adversos a los 3 meses de seguimiento en función del uso de antiagregación concomitante.

Conclusiones: El uso de antiagregación concomitante fue poco frecuente en esta cohorte y se asoció a un mayor riesgo de sangrado mayor. Sin embargo, no pareció asociarse a menores tasas de eventos isquémicos o muerte.