



5012-15. TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE PREVIO A CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN SISTÓLICA GRAVE, ¿ESTAMOS SEGUROS?

Álvaro Izquierdo Bajo¹, Rocío Cózar León¹, Pablo Bastos Amador¹, Carlos Eduardo González Matos² y Ernesto Díaz Infante¹

¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías recomiendan 3 semanas de anticoagulación antes de una cardioversión eléctrica electiva (CVE). Sospechamos que la disfunción sistólica severa del ventrículo izquierdo (VI) puede predisponer a la formación del trombo más allá de su puntuación CHA₂DS₂-VASc. El objetivo de este estudio es evaluar la presencia de trombo o ecocontraste denso espontáneo (ECDE) en aurícula izquierda (AI) en pacientes con disfunción sistólica severa y fibrilación auricular (FA) o flutter auricular (FTA) persistentes y anticoagulación efectiva durante al menos 3 semanas.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional y unicéntrico que incluyó consecutivamente pacientes con las características descritas entre enero 2012 y diciembre 2018. La ecocardiografía transesofágica (ETE) se realizó en las 24 horas previas a la CVE. Se consideró una correcta anticoagulación si el INR era de 2 o más durante las 3 semanas previas o, en caso de anticoagulantes orales directos (ACOD), si se negaba olvidos en su toma en dicho periodo.

Resultados: Se incluyeron 37 pacientes (edad media 64 ± 12 años, 22% mujeres) cuyas características basales principales están recogidas en la tabla. Se encontró trombo en AI en 8 pacientes (21,6%) y ECDE en otros 4 (10,8%). La CVE fue pospuesta en todos estos pacientes. Dado el tamaño de la muestra no encontramos predictores de la presencia de trombo/ECDE ni diferencias según el anticoagulante (trombo/ECDE en 35% anticoagulados con antivitamina-K vs 29% ACOD). Se realizó una segunda ETE en estos pacientes tras 2-4 meses con un nuevo régimen de anticoagulación a elección del médico responsable (ACOD en todos ellos). En 7 de estos 12 pacientes, se encontró que el trombo/ECDE se había resuelto. De los 5 pacientes restantes, en 3 no se llegó a realizar una 3ª ETE por desestimación del control del ritmo (2) o muerte (1). En pacientes sin trombo o ECDE se realizó la CVE, efectiva en todos ellos. A los 3 meses de seguimiento ninguno de estos pacientes presentó eventos embólicos. No obstante, 3 requirieron ingreso por insuficiencia cardiaca y otro por evento no cardiovascular.

Características basales y tratamiento anticoagulante

Edad media (años)

64,9

Sexo femenino	8 (21,6%)
CHA2DS2-VASc	3,54
FEVI media	29,6%
Fibrilación auricular	34 (91,6%)
Flúter auricular	3 (8,4%)
Hipertensión arterial	21 (56,7%)
Diabetes mellitus	13 (35,1%)
Cardiopatía isquémica previa	9 (24,3%)
AIT/ACV previo	4 (10,8%)
Arteriopatía periférica previa	4 (10,8%)
Desfibrilador automático implantable	9 (24,3%)
Antivitamina K	17 (45,9%)
ACOD total	20 (54,1%)
Apixabán	11 (29,7%)
Rivaroxabán	5 (13,5%)
Dabigatrán	4 (10,8%)
Edoxabán	0

AIT/ACV accidente isquémico transitorio/accidente cerebrovascular.



Hallazgos ETE.

Conclusiones: En este estudio un 32% de los pacientes con disfunción sistólica severa del VI y FA/FTA candidatos a CVE presentaban trombo o ECDE en AI a pesar de al menos 3 semanas de correcta anticoagulación. Consideramos apropiado realizar una ETE previa en estos pacientes para aumentar la seguridad del procedimiento.