Rev Esp Cardiol. 2020;73(Supl 1): 659

Revista Española de Cardiología

6021-217. EVENTOS CARDIOVASCULARES Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (CI) Y FIBRILACIÓN AURICULAR (FA) QUE RECIBEN TRIPLE TERAPIA (TT): DOBLE ANTIAGREGACIÓN MÁS ANTICOAGULACIÓN

Sergio López Tejero, Eloísa Mariscal López, Carmen Martín Domínguez, Rafael Bravo Marqués, Almudena Valle Alberca, Fidel Ernesto Mesa Prado, Susana Pérez Córdoba, Carmen Corona Barrio, Gabriel Rosas Cervantes, Francisco Ruiz Mateas y Pedro Antonio Chinchurreta Capote

Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga).

Resumen

Introducción y objetivos: CI y FA son dos entidades cardiovasculares muy frecuentes en nuestro día a día, siendo su asociación cada vez más frecuente y su tratamiento conjunto, objeto de optimización por los riesgos hemorrágicos y trombóticos, por las implicaciones pronósticas que conlleva.

Métodos: En pacientes ingresados en nuestro hospital por CI, con diagnóstico de FA previo o durante el ingreso, durante los años 2018/19, se realizó análisis de regresión de Cox con las variables resultado de MACE cardiovascular y exitus, incluyendo variables independientes con selección por pasos hacia adelante, describiendo el Hazard Ratio con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Se estableció el nivel de significación estadística en p 0,05.

Resultados: Se analizan 69 pacientes (tabla). El motivo principal de ingreso fue SCASEST (53,6%), seguido de angina estable de forma programada (30,4%). Un 42% fue angioplastia de alto riesgo (TCI, lesiones proximales, multivasos con ADA incluida o disfunción sistólica). En el 84,3% se realizó revascularización percutánea, 10% quirúrgica y 5,7% tratamiento médico. La escala CHA2DS2-VASc fue 3,77 ± 1,51, presentando una escala GRACE de 138,2 ± 31,5 (alto riesgo a 6 meses). La combinación más empleada fue AAS + clopidogrel + apixabán (31%). El periodo de seguimiento medio fue de 368 ± 230 días, siendo la tasa de MACE (SCA + ACV + muerte CV) del 14,7% (10), igual que los sangrados (10), mientras que la mortalidad global de la cohorte fue del 11,5% (8). Las variables que predijeron de manera significativa e independiente la aparición de MACE fueron: DM2 (OR 62,034 [3,918-982,309], p = 0,003), el padecer cardiopatía isquémica previa (APCI) (OR 4,693 [1,032-21,336], p = 0,045) y ERC (OR 8,463 [1,814-39,487], p = 0,007. No encontramos relación entre las escalas CHA2DS2-VASc y GRACE y la incidencia de eventos tipo MACE. En cuanto a la mortalidad global de la serie, ERC se confirmó como el único factor pronóstico (OR 8,307 IC95% [1,721-40,097], p = 0,008).

Características basales y tipos de tratamiento en la población estudiada

Género (varón)	72,5%

Edad (años)	73,9 ± 7,4
HTA	75,4%
Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)	36,2%
Dislipemia	52,2%
Enf. renal crónica (ERC)	30,4%
Tabaco	
No	44,9%
Exfumador	36,2%
Activo	18,8%
HASBLED	2,53 ± 1,17
CRUSADE*	39,3 ± 17,2
FEVI	
Conservada	63,8%
Levemente deprimida	18,8%
Moderadamente deprimida	10,1%
Gravemente deprimida	7,2%
AAS 100 mg/24h	94,2%
Clopidogrel 75 mg/24h	87%

Ticagrelor 90 mg/12h	5,8%
Prasugrel/24h	1,4%
No P2YG12-No ACO	7,2% - 5,8%
AVK	10,1%
Apixabán 5 mg/12h-2,5 mg/12h	31,9% - 2,9%
Rivaroxabán 20 mg/24h-15 mg/24h	5,8% - 18,8%%
Dabigatrán 150 mg/12h-110 mg/12h	5,8% - 13%
Edoxabán 60 mg/24h-30 mg/24h	2,9% - 1,4%

*Las escalas GRACE Y CRUSADE fueron calculadas en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) con (CEST) y sin (SEST) elevación del ST.

Conclusiones: La TT es efectiva para reducir eventos isquémicos, sin implicar un riesgo hemorrágico excesivo. DM2 y APCI fueron identificados como factores de riesgo para la aparición de eventos MACE. ERC fue, además, factor pronóstico. Serían necesarios estudios de mayor potencia para confirmar la relación de estos factores de riesgo con los eventos para optimizar el tto de este tipo de pacientes.