Rev Esp Cardiol. 2021;74(Supl 1): 893

Revista Española de Cardiología

6041-6. ANTICOAGULACIÓN ORAL TRAS IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

Julio Echarte-Morales, Irene Toribio García, Carlos Minguito-Carazo, Javier Maíllo Seco, Javier Borrego Rodríguez, Enrique Sánchez Muñoz, Clea González Maniega, Paula Menéndez Suárez, Alba Martín Centellas, Rubén Bergel García, Armando Pérez de Prado, Juan Carlos Cuellas Ramón, Tomás Benito González y Felipe Fernández Vázquez

Complejo Asistencial Universitario de León.

Resumen

Introducción y objetivos: El manejo de la anticoagulación oral (ACO) en pacientes con fibrilación auricular (FA) tras el implante de válvula aórtica transcatéter (TAVI) no está esclarecido. El objetivo del estudio fue comparar los eventos clínicos en pacientes tratados con anticoagulantes orales directos (ACOD) o acenocumarol, un antagonista de la vitamina K (AVK).

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y unicéntrico, en el que se incluyeron pacientes sometidos a TAVI anticoagulados por FA con ACOD o AVK entre 2010 y 2020. Fueron excluidos los pacientes que en el momento del procedimiento no estuvieran bajo tratamiento con ACO. Se analizaron las características basales y se evaluaron los objetivos de eficacia por separado (ictus, infarto agudo de miocardio y supervivencia a los 5 años) y de seguridad (hemorragia BARC ? 3).

Resultados: Se incluyeron un total de 88 pacientes con una edad media de 84,2 años (81,5-86,5). Al alta fueron tratados con AVK 36 pacientes (40,9%) y 52 (59,1%) con ACOD (fig.). Los pacientes del grupo de AVK presentaron con mayor frecuencia FA permanente (66,7 vs 44,2%, p = 0,038). El resto de las características basales se muestran en la tabla. No hubo diferencias en los grupos comparados en cuanto a ictus ni hemorragia. En 31 pacientes (59,6%) del grupo de ACOD la dosis baja de anticoagulación fue la utilizada. Al comparar este subgrupo con aquellos pacientes tratados con AVK no hubo diferencias en cuanto a hemorragias BARC ? 3 (32,3% frente a 25%, p = 0,579) ni ictus (p = 1,000); tampoco al comparar los pacientes con dosis alta de ACOD frente a AVK (p = 0,696 y p = 1,00, para ictus y hemorragia BARC ? 3, respectivamente). En un análisis de supervivencia a los 5 años no se encontraron diferencias significativas en ambos grupos (p *log rank* test = 0,132). Ningún paciente presentó infarto agudo de miocardio en el seguimiento.

Uso de ACOD en pacientes con TAVI

Características basales y eventos en el seguimiento

Variable	Total (n = 88)	AVK(n = 36)	ACOD (n = 52)	p

Edad	84,2 (81,5 -86,5)	85,0 (82,6 -86,6)	83,8 (80,0 -86,5)	0,468
HTA	79 (89,8)	31 (86,1)	48 (92,3)	0,478
DM	23 (26,1)	11 (30,6)	12 (23,1)	0,432
ERC	48 (54,6)	19 (52,8)	29 (55,8)	0,783
Neoplasia	11 (12,5)	3 (8,3)	8 (15,4)	0,514
FA permanente	47 (53,4)	24 (66,7)	23 (44,2)	0,038
ACV previo	12 (13,6)	5 (13,9)	7 (13,5)	1,000
EAC previa	30 (34,5)	9 (25)	21 (41,2)	0,118
EuroSCORE II	3,7 (2,3 -6,2)	3,8 (2,3 -5,9)	3,6 (2,4 -6,9)	0,790
CHA2DVAS2c	5 (4-6)	5 (4-5)	5 (4-6)	0,695
HAS-BLED	3,6 ± 0,9	3,4 ± 1,1	3,7 ± 0,7	0,201
Eventos				
Transfusión en el ingreso	11 (12,5)	4 (11,1)	7 (13,5)	1,000
ACV	11 (12,6)	6 (17,1)	5 (9,6)	0,338
ACV hemorrágico	3 (3,5)	1 (2,9)	2 (3,9)	1,000
ACV isquémico	8 (9,2)	5 (14,3)	3 (5,8)	0,259
Hemorragia	24 (27,6)	9 (25)	15(29,4)	0,650

Hemorragia BARC ? 3	17 (19,3)	6 (16,7)	11 (21,2)	0,600

AVK: antagonistas de la vitamina K; ACOD: anticoagulante oral directo; HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; ERC: enfermedad renal crónica; FA: fibrilación auricular; ACV: accidente cerebrovascular; EAC: enfermedad arterial coronaria.

Conclusiones: La eficacia y seguridad de los ACOD y AVK es similar en pacientes con FA sometidos a implante de TAVI. El uso de ACOD en este escenario se ha incrementado de forma exponencial en los últimos años. Son necesarios ensayos clínicos que aporten evidencia sólida en estos pacientes.