Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 196

Revista Española de Cardiología

6009-5. MANEJO ANTITROMBÓTICO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO REVASCULARIZADO CON ÉXITO Y PRIMER EPISODIO DE FIBRILACIÓN AURICULAR REVERTIDA DURANTE LA FASE DE ISQUEMIA AGUDA

Jesús Rodríguez Nieto[1], Ignacio Gallo Fernández[1], Rafael González Manzanares[1], Alejandro Gutiérrez Barrios[2], Tomás Benito González[3] y Francisco José Hidalgo Lesmes[1]

[1]Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, [2]Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz y [3]Complejo Asistencial Universitario, León.

Resumen

Introducción y objetivos: En la práctica clínica habitual existe poca evidencia acerca del tratamiento anticoagulante de la fibrilación auricular paroxística en el contexto de la isquemia en un síndrome coronario agudo. El objetivo es analizar el manejo antitrombótico que se realiza en pacientes que ingresan por síndrome coronario agudo (SCA) revascularizado con éxito y desarrollan un primer episodio de fibrilación auricular que revierte (FAR) durante la fase de isquemia aguda.

Métodos: Registro multicéntrico observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes consecutivos con FAR en el contexto de un síndrome coronario agudo. Se agruparon los pacientes según recibieran anticoagulación al alta asociada a antiagregación o solo antiagregación. El objetivo primario fue un combinado de eventos hemorrágicos e isquémicos al año de seguimiento (sangrado mayor/menor clínicamente relevante, AIT/ICTUS, muerte cardiovascular, infarto agudo de miocardio).

Resultados: Se incluyeron 83 pacientes (71 ± 11 años; 25,3% Mujeres, CHAD-VASC 4 (IQR 3-5), HAS BLED: 3 (IQR 2-4)), de los cuales 53 (63,9%) recibieron anticoagulante oral al alta. No hubo diferencias significativas entre las características basales de ambos grupos. Al año de seguimiento el *endpoint* primario ocurrió en 13 (24,5%) de los pacientes que recibieron anticoagulación y en 3 (30%) de los pacientes no anticoagulados (p: 0,15). La recurrencia de FA fue del 7,5% y 16,7% respectivamente. Ocurrieron 8 (15,1%) sangrados mayores/menores clínicamente relevantes en el grupo de anticoagulados y 1 (3,4%) en el grupo de no anticoagulados (p: 0,149). Hubo 5 (9,4%) sangrados mayores en el grupo de anticoagulación y ninguno en el grupo de pacientes no anticoagulados. Hubo 5 (9,4%) MACE en el grupo de anticoagulados frente a 2 (6,7%) en el grupo de no anticoagulados.

Conclusiones: La adición de anticoagulación oral ante este escenario clínico parece ser la estrategia más seguida en la práctica clínica, aunque muestra una tendencia a una mayor tasa de eventos adversos al seguimiento.