



## 5. CARACTERÍSTICAS, MANEJO Y PRONÓSTICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO Y FIBRILACIÓN AURICULAR. REGISTRO FACIL

Eva Moreno Monterde<sup>1</sup>, Francisca Esteve Claramunt<sup>2</sup>, Pilar Roquero-Giménez<sup>3</sup>, Daniela Alejandra Maidana<sup>2</sup>, Alberto Cordero Fort<sup>4</sup>, Iván Núñez Gil<sup>5</sup>, Miguel José Corbi Pascual<sup>6</sup>, María Thiscal López Lluva<sup>7</sup>, Mike Huanca<sup>8</sup>, María Martínez-Avial Silva<sup>9</sup>, Sergio Raposeiras Roubín<sup>10</sup>, Ana Ayesta López<sup>11</sup>, José Ángel Pérez Rivera<sup>12</sup>, Adrián Rivas Pérez<sup>13</sup>, José Luis Ferreiro Gutiérrez<sup>14</sup>, Juan Górriz Magaña<sup>15</sup>, Pedro Luis Cepas Guillén<sup>1</sup> y Clara Bonanad Lozano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Cardiología. Hospital Clínic, Barcelona, España, <sup>2</sup>Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España, <sup>3</sup>Cardiología. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España, <sup>4</sup>Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España, <sup>5</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, <sup>6</sup>Hospital General de Albacete, Albacete, España, <sup>7</sup>Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de León, León, España, <sup>8</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España, <sup>9</sup>Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España, <sup>10</sup>Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), España, <sup>11</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias), España, <sup>12</sup>Complejo Asistencial de Burgos, Burgos, España, <sup>13</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), España, <sup>14</sup>Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), España y <sup>15</sup>Hospital Militar Gómez Ulla, Madrid, España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La selección del tratamiento antitrombótico en pacientes con cardiopatía isquémica (CI) y fibrilación auricular (FA) supone un reto al intentar balancear el riesgo isquémico y hemorrágico. Sin embargo, existen escasos datos de vida real del tratamiento antitrombótico seleccionado y su pronóstico a corto y largo plazo.

**Métodos:** Estudio prospectivo multicéntrico que incluye pacientes con CI [síndrome coronario agudo (SCA) o crónico (SCC)] y FA ingresados en 13 centros. El objetivo es describir las características, tratamiento antitrombótico y pronóstico de pacientes sometidos a Intervencionismo coronario percutáneo (ICP) y FA.

**Resultados:** Se incluyeron 373 pacientes. La edad media fue  $77,6 \pm 9,8$  años (28% mujeres). Los pacientes presentaban un riesgo isquémico y hemorrágico alto [SARS-CoV-2 4 (2-5) y HAS-BLED 3 (2-4)], siendo un 25,5% frágiles según la escala Clinical Frailty Scale. El principal motivo de ingreso fue SCA (44,8% SCASEST, 22,2% SCACEST y 33% SCC) y un 49,8% de los pacientes tenían enfermedad multivaso. El 70,3% de los pacientes fue revascularizado, principalmente de forma percutánea (92,2%). Entre aquellos revascularizados percutáneamente, el tratamiento antitrombótico más utilizado fue la triple terapia con doble antiagregante (DAPT) + anticoagulante oral (ACO) (62,5%), seguido de doble terapia con monoantiagregación + ACO (29,2%). En pacientes mayores de 80 años revascularizados, la terapia antitrombótica más seleccionada fue similar: 60,5% y 28,9%, respectivamente. El ACO más usado fue apixabán (42,3%) seguido de los antagonistas de la vitamina K (17,3%). La supervivencia al año fue del 88,5%. Un 2,6% de los pacientes presentaron un ictus isquémico y un 4,8% sufrieron un nuevo SCA. Mientras que los eventos hemorrágicos (BARC ? 2) se situaron en el 8,9%.

Mujer	104 (27,9)
Edad (años)	77,6 ± 9,8
Edad > 80 años	175 (46,9)
CHA <sub>2</sub> DS-VASc (puntos)	4,28 ± 1,6
HAS-BLED (puntos)	2,94 ± 1,1
CFS ≥ 4	95 (36,3)
FA permanente	139 (39,9)
CI previa	194 (53,9)
Evento actual	
CI crónica estable	122 (33)
SCA	248 (67)
Enfermedad multivaso	186 (54,4)
ICP si revascularización	226 (92,2)
Supervivencia	330 (88,5)
Ictus isquémico	9 (2,6)
Nuevo SCA	17 (4,8)
Hemorragia (BARC ≥ 2)	31 (8,9)

Valores expresados como n (%) o media  $\pm$  Desviación Estándar. CFS: Clinical Frailty Scale; FA: fibrilación auricular; CI: cardiopatía isquémica; SCA: síndrome coronario agudo; ICP: intervencionismo coronario percutáneo.

**Conclusiones:** Un riesgo isquémico y hemorrágico alto coexiste en los pacientes con CI y FA. En nuestro medio, la triple terapia, principalmente con uso de ACOD sobre AVK, es la terapia preferida. La mortalidad a largo plazo de este subgrupo de pacientes con CI es elevada (> 10%), con una tasa de eventos hemorrágicos (8,9%) superior a los isquémicos (4,8%).