



3. ANTICOAGULACIÓN ANTE EPISODIOS DE ALTA FRECUENCIA AURICULAR, CONSECUENCIAS DE UNA PREGUNTA SIN RESPUESTA

Rocío Martínez Núñez¹, Álvaro Izquierdo Bajo², Pablo Bastos Amador², José Miguel Carreño Lineros², Ernesto Díaz Infante² y Rocío Cózar León³

¹Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España, ²Unidad de Arritmias, Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España y ³Universidad de Sevilla, Sevilla, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La detección de episodios de alta frecuencia auricular (AHRE) en dispositivos comporta un aumento del riesgo embólico. La decisión sobre anticoagular a estos pacientes no está esclarecida, basándose en su duración y la puntuación CHA₂DS₂-VASc. Nuestro objetivo es evaluar las consecuencias de la anticoagulación en el seguimiento.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo y unicéntrico de pacientes consecutivos que recibieron anticoagulación en base a AHRE en cualquier tipo de dispositivo (marcapasos, desfibrilador, Holter insertable) entre enero 2015 y septiembre 2022.

Resultados: 87 pacientes fueron anticoagulados en este periodo, con un tiempo de seguimiento medio de 3,1 años. Sus características basales se recogen en la tabla. La duración mediana de los AHRE fue de 225 minutos. Un 21,8% fueron diagnosticados finalmente de fibrilación auricular (FA) clínica tras una media de 3,0 años desde la aparición de AHRE. En global, un 69% recibieron antagonistas de vitamina K (AVK) y un 31% nuevos anticoagulantes orales (NACO), sin diferencias en su CHA₂DS₂-VASc medio (3,6 vs 4,0 respectivamente; p = NS). Durante el seguimiento un 32,2% presentaron ingresos no reglados, y una mortalidad global del 14,9%. Solo un paciente presentó un evento embólico (ACV, en el grupo AVK). Un 29,9% de pacientes presentó algún tipo de hemorragia durante el seguimiento. El uso de NACO se asoció a una menor incidencia de hemorragias clínicamente relevantes, definidas por una puntuación de 2 o más en la escala BARC (11,1 vs 33,3% en AVK; p = 0,03). No se encontraron diferencias en mortalidad total (7,4 vs 18,3%; p = 0,19), mortalidad cardiovascular (3,7 vs 5,0%; p = 0,79) o ingresos no programados (33,3 vs 31,7%; p = 0,88) entre aquellos que recibieron respectivamente NACO vs AVK. El objetivo combinado de mortalidad por cualquier causa, evento embólico o hemorragia clínicamente relevante fue significativamente menor en el grupo que recibió NACO (18,5 vs 41,7%; p = 0,04; figura).

Características basales

AVK

NACO

Edad (años)	76,5 ($\pm$ 7,6)	79,9 ($\pm$ 5,7)
Sexo femenino (%)	13,3	14,9
HTA (%)	90,0	81,0
DM (%)	41,7	48,1
DLP (%)	36,7	40,7
Fumador (%)	53,3	51,9
Obesidad (%)	18,3	7,4
Insuficiencia cardiaca previa (%)	16,7	11,1
EPOC (%)	8,3	14,8
SAOS (%)	5,0	11,1
ERC (%)	13,3	14,8
Cardiopatía isquémica (%)	21,7	37,0
Miocardiopatía hipertrófica (%)	3,3	3,7
CHA ₂ DS ₂ -VASc	3,58 ($\pm$ 1,21)	4,0 ($\pm$ 1,32)
Dabigatrán (%)	-	18,5
Rivaroxabán (%)	-	11,1
Apixabán (%)	-	55,6
Edoxabán (%)	-	14,8

HTA hipertensión arterial; DM diabetes mellitus; DLP dislipemia; EPOC enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ERC enfermedad renal crónica.



Curva Kaplan-Meier del objetivo combinado.

Conclusiones: En nuestra muestra de pacientes anticoagulados por AHRE, las complicaciones hemorrágicas fueron frecuentes, significativamente menores bajo NACO; mientras que las embólicas fueron poco comunes, independientemente del tipo de anticoagulación. En la decisión sobre si anticoagular o no a estos pacientes, el tipo de anticoagulante del que podemos disponer debería ser un factor a tener en cuenta.