



## 14. RESULTADOS CLÍNICOS DE TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO CON ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA TRAS IMPLANTE DE *STENT*

Mario Martínez Fleta<sup>1</sup>, Julia Asensio Alonso<sup>2</sup>, Pablo Manuel Fernández Corredoira<sup>3</sup>, Teresa Simón Paracuellos<sup>3</sup>, Sonia Peribáñez Belanche<sup>1</sup>, Dario Javier Samaniego Pesantez<sup>1</sup>, Araceli Sánchez Page<sup>1</sup>, Marta Antonio Martín<sup>1</sup>, Luis Cerdán Ferreira<sup>1</sup>, David Gómez Martín<sup>1</sup>, Isabel Ezpeleta Sobrevía<sup>1</sup>, Vanesa Alonso Ventura<sup>1</sup>, Javier Jimeno Sánchez<sup>1</sup>, José Antonio Linares Vicente<sup>2</sup> y Georgina Fuertes Ferre<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cardiología. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España, <sup>2</sup>Cardiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España y <sup>3</sup>Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El tratamiento antitrombótico en pacientes con fibrilación auricular (FA) e implante de *stent* ha sido objeto de continuo cambio en los últimos años. Los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) tienen un mejor perfil de seguridad en comparación con los antagonistas de vitamina K. Sin embargo, existe una escasez de estudios que comparen los diferentes ACOD. El objetivo de este estudio fue analizar la eficacia y seguridad de los distintos ACOD tras el implante de *stent*.

**Métodos:** Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo en dos centros hospitalarios de tercer nivel. Se incluyeron pacientes con indicación de anticoagulación oral crónica por FA tratados con ACOD, que se sometieron a implante de *stent* desde enero de 2017 a junio de 2022. Los objetivos primarios analizados fueron: sangrado (según la escala BARC) y evento cardiovascular mayor (MACE) incluyendo infarto agudo de miocardio (IAM), muerte cardiovascular e ictus.

**Resultados:** De los 101 pacientes, el 70% eran varones con una edad media de 74 años (tabla). Un 40% de los pacientes tenía antecedente de IAM, y un 64% estaban previamente anticoagulados. El síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) fue la presentación clínica más frecuente (55%). En todos los casos se implantaron *stents* farmacoactivos. El apixabán fue el ACOD más empleado (45%), seguido de rivaroxabán (38%). En todos los pacientes se inició triple terapia antitrombótica (TTA), solo en 8 pacientes con una duración 1 mes. Únicamente en un 35% se administró ACOD a dosis plenas. La duración de doble terapia antitrombótica (DTA) fue de 12 meses en el 87% de los casos. Con una mediana de seguimiento de 12 meses, no se observaron diferencias significativas en los MACE (4% con apixabán, 15% con rivaroxabán, 17% con edoxabán y 10% con dabigatrán), ni en los eventos hemorrágicos (26% con apixabán, 15% con rivaroxabán, 33% con edoxabán y 30% con dabigatrán). Hubo 2 casos de trombosis de *stent* al año con rivaroxabán. Las figuras muestran la curva de supervivencia libre de MACE y sangrado.

Apixabán (N = 46)	Rivaroxabán (N = 39)	Edoxabán (N = 6)	Dabigatrán (N = 10)	p
-------------------	----------------------	------------------	---------------------	---

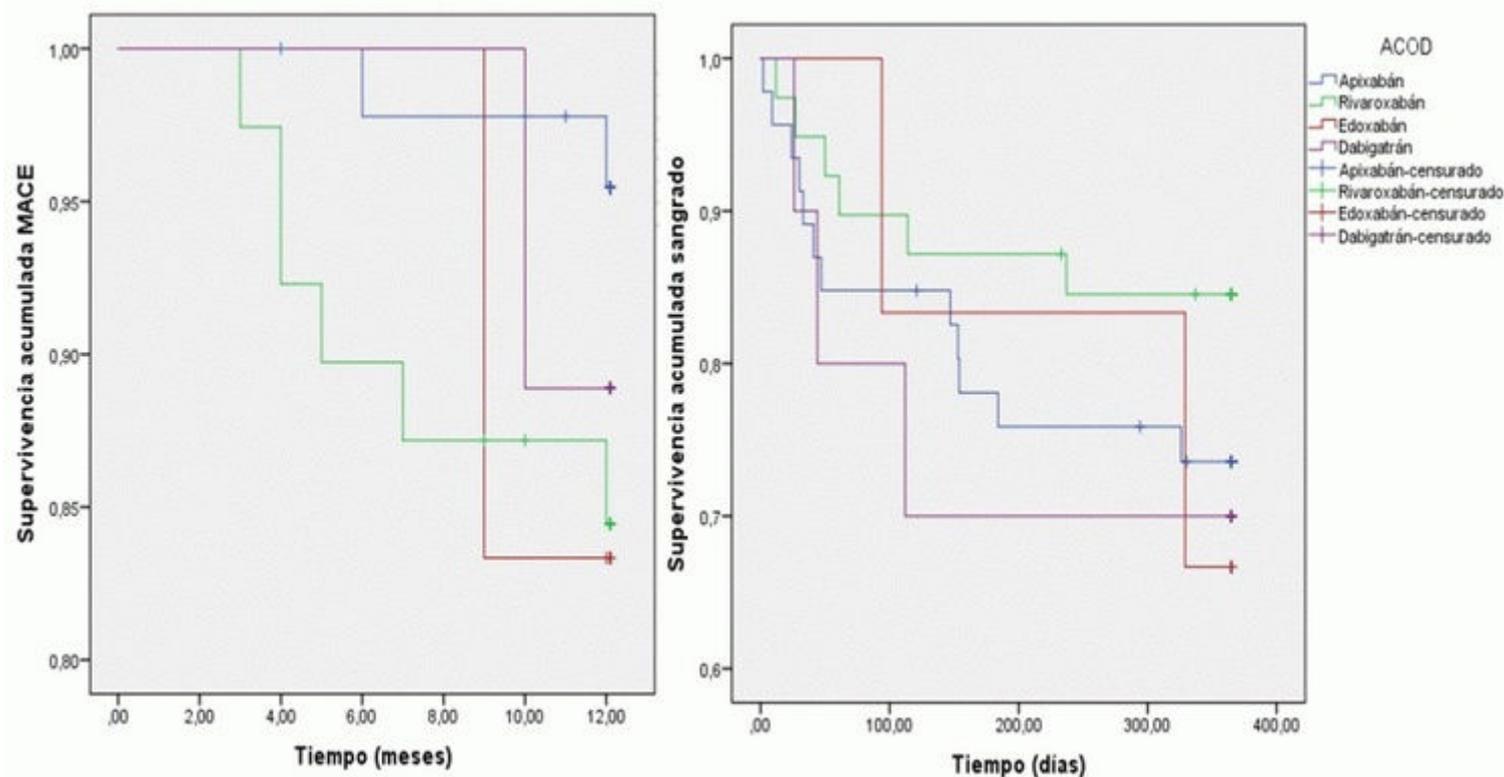
Características basales

Edad (media años)	74 ( $\pm$ 7)	74 ( $\pm$ 11)	75 ( $\pm$ 11)	68 ( $\pm$ 6)	0,25
Sexo (%)					
Varones	33 (71)	27 (69)	3 (50)	8 (80)	0,64
Mujeres	13 (29)	12 (31)	3 (50)	2 (20)	
FRCV (%)					
HTA	38 (83)	30 (77)	6 (100)	9 (90)	0,48
DM	19 (41)	15 (39)	3 (50)	5 (50)	0,71
DLP	32 (70)	26 (66)	6 (100)	6 (60)	0,36
ERC	15 (32)	9 (23)	2 (33)	2 (20)	0,94
Tabaquismo	21 (45)	21 (54)	1 (17)	6 (60)	0,35
FEVI (%)	49 ( $\pm$ 21)	53 ( $\pm$ 16)	60 ( $\pm$ 22)	60 ( $\pm$ 8)	0,043
Arteriopatía periférica (%)	9 (20)	3 (7)	0 (0)	1 (10)	0,29
Sangrado (%)	2 (4)	0 (0)	1 (17)	0 (0)	0,005
Antecedente					
IAM (%)	21 (46)	15 (38)	2 (33)	3 (30)	0,76
Antecedente					
ICP (%)	16 (35)	13 (33)	2 (33)	3 (30)	0,99
ACV (%)	4 (8)	7 (18)	0 (0)	0 (0)	0,59

ACO	27 (59)	29 (75)	5 (83)	4 (40)	0,19
Terapia antitrombótica					
Dosis plenas (%)	26 (56)	7 (18)	2 (33)	1 (10)	0,001
Duración TTA (%)					
1 m	4 (9)	3 (8)	0 (0)	1 (10)	
1 m	27 (59)	17 (43)	5 (83)	4 (40)	
3 m	6 (13)	10 (25)	0 (0)	4 (40)	0,72
6 m	8 (17)	8 (20)	1 (17)	1 (10)	
> 6 m	1 (2)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	
Duración DTA (%)					
6 m	0 (0)	2 (5)	0 (0)	1 (10)	
6 m	2 (4)	0 (0)	2 (33)	2 (20)	0,01
12 m	42 (91)	36 (92)	4 (66)	6 (60)	
> 12m	2 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (10)	
Eventos 12 meses					
MACE (%)	2 (4)	6 (15)	1 (17)	1 (10)	0,36
IAM	1 (2)	5 (13)	1 (17)	0 (0)	0,19
Muerte CV	1 (2)	1 (3)	0 (0)	1 (10)	0,5

ACV	1 (2)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	0,84
Trombosis <i>stent</i>	0 (0)	2 (5)	0 (0)	0 (0)	0,36
Mortalidad global (%)	3 (6)	3 (8)	1 (17)	1 (10)	0,83
Sangrado (%)	12 (26)	6 (15)	2 (33)	3 (30)	0,54
BARC 1-2	10 (22)	5 (13)	1 (17)	2 (20)	0,76
BARC 3a	2 (4)	1 (2)	1 (17)	1 (10)	0,42

Las variables cuantitativas se expresan como media ( $\pm$  desviación estándar), o como mediana ( $\pm$  rango intercuartílico) en caso de no normalidad. Las variables cualitativas se expresan como número de pacientes (%). FRCV: factores de riesgo cardiovascular; HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; DLP: dislipemia; ERC: enfermedad renal crónica; FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo; IAM: infarto agudo de miocardio; ICP: intervencionismo coronario percutáneo; ACV: accidente cerebrovascular; ACO: anticoagulación oral; TTA: triple terapia antitrombótica; DTA: doble terapia antitrombótica; MACE: *major adverse cardiac event*; CV: cardiovascular; BARC: *Bleeding Academic Research Consortium*.



*Supervivencia libre de eventos (MACE, sangrado) según ACOD.*

**Conclusiones:** En nuestra muestra de pacientes con FA e implante de *stent*, el ACOD más empleado fue apixabán, seguido de rivaroxabán. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los eventos isquémicos ni hemorrágicos entre los distintos ACOD, probablemente debido al escaso tamaño muestral.