



6011-425. ¿DEBEMOS RECOMENDAR ANTICOAGULACIÓN ORAL EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR CON CHADS₂VASc₂ SCORE 2 SOMETIDOS A IMPLANTACIÓN DE STENT CORONARIO?

Antonia Sambola¹, María Mutuberria¹, Bruno García del Blanco¹, José Antonio Barrabés¹, Fernando Alfonso², Ángel Cequier³ y David García-Dorado¹ del ¹Hospital Universitario Vall d' Hebrón, Barcelona, ²Hospital Clínico San Carlos, Madrid y ³Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Resumen

Introducción: Las guías europeas para el tratamiento de la fibrilación auricular (FA) recomiendan anticoagulación oral (ACO) en pacientes con CHA₂DS₂VASc ≥ 1 . Sin embargo, para los pacientes con una puntuación CHA₂DS₂VASc = 0, las guías recomiendan aspirina y en los pacientes con puntuación = 1, recomiendan ACO o Aspirina, ACO preferido. A pesar de las directrices, este enfoque no siempre es seguido en la práctica clínica.

Objetivos y métodos: Evaluar el impacto de ACO combinada con doble antiagregación (triple terapia:TT) en pacientes con FA no valvular sometidos a *stent* coronario (SC) y CHA₂DS₂VASc < 2 respecto a la incidencia de eventos adversos. Estudio prospectivo multicéntrico que incluyó pacientes con FA no valvular sometidos a implantación de SC desde 2007 a 2011 con un seguimiento de 1 año.

Resultados: Se identificaron 640 pacientes con FA (75% hombres, $73,2 \pm 8,2$ años) y 170 (27%) de ellos tenían un CHA₂DS₂VASc < 2 . De estos, 95 (56%) recibían TT. Los pacientes con ACO mostraron una mayor mortalidad (1,3% vs 8,4%; $p = 0,03$) por un exceso de mortalidad cardiovascular (0% vs 8,4%; $p = 0,008$) y mayor incidencia de hemorragia mayor (0% vs 5,3%; $p = 0,05$). No obstante, mostraron una incidencia similar de tromboembolismo (1,3% vs 1,1%; $p = 0,68$), MACE (9,3% vs 13,7%; $p = 0,26$) y MAE (18,7% vs 26,3%; $p = 0,16$). Un total de 9 pacientes (5,3%) murieron durante el seguimiento, 8 de ellos recibían ACO, 4 exitus ocurrieron en el contexto de un evento hemorrágico y 3 de ellos tenían un CHA₂DS₂VASc = 1. En un análisis multivariante, el tratamiento con ACO mostró una tendencia hacia una mayor mortalidad (OR 8,4, IC95%: 0,91 a 77,6; $p = 0,05$) y fue un factor predictivo de hemorragia mayor (OR 2,9, IC95% 1,04 a 8,25; $p = 0,042$).

Conclusiones: En los pacientes con FA y CHA₂DS₂VASc < 2 sometidos a la implantación de un SC, la combinación de ACO y DAP puede aumentar la mortalidad cardiovascular, así como la incidencia de hemorragia mayor y no proporciona ningún beneficio aparente en la prevención de tromboembolismo.