



5016-8. PREDICTORES CLÍNICOS DE TROMBOSIS AURICULAR IZQUIERDA PREVIAMENTE A CARDIOVERSIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR: UN SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO ENSURE-AF

José Luis Merino Llorens¹, Gregory Lip², Michael Ezekowitz¹, Hein Heidbuchel¹, Michael Melino¹, Shannon Winters³, Bella Merkely³ y Andreas Goette³ del ¹Hospital Universitario La Paz, Madrid, ²University of Birmingham, Institute of Cardiovascular Sciences, City Hospital, Birmingham (Reino Unido) y ³University Hospital Magdeburg, (Alemania).

Resumen

Introducción y objetivos: El estudio ENSURE-AF (NCT 02072434) es el mayor ensayo clínico aleatorizado de cardioversión de fibrilación auricular (FA) no valvular, constituyendo la mayor muestra de ecocardiografía transesofágica (ETE) en este contexto clínico. El objetivo de este subanálisis fue investigar los predictores clínicos de trombo auricular izquierdo (TAI) detectado mediante ETE en esta población.

Métodos: El estudio ENSURE incluyó de forma multicéntrica a 2.199 pacientes que fueron aleatorizados a 30/60 mg de edoxabán o a enoxaparina/warfarina antes de una cardioversión eléctrica (CVE) de FA. Se estratificó a los pacientes de acuerdo al uso de ETE (para obviar 3 semanas de correcta anticoagulación antes de la CVE), experiencia previa con anticoagulación y dosis final de edoxabán. Se compararon las características demográficas (edad, sexo, índice de masa corporal-BMI), clínicas (escalas CHA₂DS₂-VASc y HAS-BLED, infarto de miocardio previo) y de tratamiento (experiencia previa anticoagulante, tratamiento anticoagulante los 30 días previos al ETE sin cumplir los estándares recomendados, INR en la inclusión, toma de diuréticos) de los pacientes con TAI frente a los sin TAI en el ETE.

Resultados: 1.183 pacientes fueron estratificados a ETE y se detectó TAI en 91 (8,2%) de ellos. El análisis univariado mostró que la edad 75 años (26,4 frente a 16,9%, $p = 0,0308$), la insuficiencia cardiaca (59,3 frente a 43,0%, $p = 0,0029$) y el tratamiento diurético (53,9 frente a 40,1%, $p = 0,0141$) fueron más prevalentes en aquellos con TAI. No se encontraron diferencias significativas en la puntuación CHA₂DS₂-VASc (1,41 frente a 1,48, $p = 0,0571$) o en el uso de anticoagulación los 30 días previos a la inclusión (60,4 frente a 50,3%, $p = 0,0795$) en los pacientes con TAI frente a los sin TAI. El análisis de regresión logística mostró que únicamente la edad 75 años ($p = 0,0013$) y la presencia de insuficiencia cardiaca ($p = 0,0008$) estaban independientemente asociados con TAI en la ETE, que fue encontrada en 12,2% y 10,9% de los pacientes con estas variables respectivamente.

Datos demográficos y clínicos de los P del estudio ENSURE según la presencia de TAI

TAI

No TAI

p

N	91	1.022	
Edad, media (DE)	67,3 (9,40)	64,2 (10,85)	0,0095
≥ 75 años (%)	24 (26,4)	173 (16,9)	0,0308
Sexo, masculino n (%)	55 (60,4)	678 (66,3)	0,2515
IMC, media (DE)	29,9 (5,15)	30,4 (5,46)	0,4312
CHA ₂ DS ₂ -VASc, media (DE)	3,0 (1,41)	2,7 (1,48)	0,0571
HAS-BLED, media (DE)	1,0 (0,76)	0,9 (0,80)	0,3713
Insuficiencia cardiaca	54 (59,3)	439 (43,0)	0,0029
Infarto de miocardio	4 (4,4)	63 (6,2)	0,6477
Experimentado a ACO, n (%)	69 (75,8)	745 (72,9)	0,6221
Anticoagulación 30 días antes	55 (60,4)	514 (50,3)	0,0795
INR a la inclusión [JLM1]	1,6 (0,70)	1,5 (0,65)	0,3381
Diuréticos	49 (53,9)	410 (40,1)	0,0141

ANOVA y test exacto de Fisher. DE: desviación estándar.

Conclusiones: La detección de TAI mediante TEE es relativamente frecuente antes de la CVE electiva, especialmente en pacientes ancianos o con insuficiencia cardiaca. El tratamiento anticoagulante previo sin cumplir los estándares recomendados no parece disminuir la incidencia de TAI y puede transmitir una idea de falsa seguridad.