



6015-266. DETERMINANTES CLÍNICOS DE USO DE ANTICOAGULACIÓN ORAL AL ALTA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y FIBRILACIÓN AURICULAR *DE NOVO*

David José Vázquez Andrés, Miriam Gómez Molina, Ana Isabel Rodríguez Serrano, Gunnar Leithold, Alejandro Lova Navarro, Francisca María Muñoz Franco, Francisco Arregui Montoya, Pedro José Flores Blanco, Domingo Andrés Pascual Figal y Sergio Manzano Fernández, del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia).

Resumen

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular (FA) *de novo* es frecuente en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA). Las guías de práctica clínica recomiendan la anticoagulación oral (ACO) al alta, asociada al tratamiento antiplaquetario, en pacientes con riesgo embólico elevado (CHADS-VASc ? 1 en varones y ? 2 en mujeres). Sin embargo, no es infrecuente la no prescripción de ACO en el tratamiento al alta de estos pacientes, pudiendo influir varios factores en tal decisión. El objetivo de nuestro estudio fue analizar el impacto de las características de la arritmia y el riesgo embólico estimado en la utilización de ACO al alta en pacientes con FA *de novo* y SCA.

Métodos: Análisis retrospectivo de un registro unicéntrico de SCA en el que se incluyen de forma prospectiva todos los pacientes con SCA desde enero de 2011. Para este estudio se seleccionaron los pacientes con FA *de novo* entre los años 2011 y 2016. Se excluyeron los pacientes fallecidos durante el ingreso (17) y los pacientes con FA asociada a cirugía de revascularización coronaria (11). La población final del estudio estuvo formada por 109 pacientes. Se realizó un análisis de regresión logística uni- y multivariante para identificar los factores asociados al uso de ACO al alta.

Resultados: Un total de 57 pacientes (52%) recibieron ACO al alta, principalmente con acenocumarol (93%). Un 75% de los pacientes eran varones y la edad media fue de 74 ± 11 años. Un 60% de los casos fueron SCA con elevación del segmento ST. Los pacientes con ACO al alta presentaron con mayor frecuencia FA al ingreso, duración de la FA > 24 horas, FA al alta y una escala CHADS-VASc más elevada, sin alcanzar diferencias estadísticamente significativa (tabla). Tras el ajuste multivariante, solo la duración de la FA > 24 horas mostró una tendencia a la asociación independiente con el uso de ACO al alta (OR (IC95%) = 2,172 (0,991-4,764), $p = 0,053$).

Comparación de las características de la FA y los scores de riesgo en pacientes con o sin ACO al alta

	ACO al alta (n = 57)	No ACO al alta (n = 52)	p
Primer ritmo al ingreso FA	31 (54)	19 (37)	0,062

Duración FA (> 24 horas)	28 (49)	16 (31)	0,051
Ritmo al alta FA	18 (32)	11 (21)	0,219
CHADS-VASc	4,7 $\pm$ 1,4	4,2 $\pm$ 1,7	0,097
HASBLED	3,1 $\pm$ 0,9	3,0 $\pm$ 1,2	0,529

Los datos se expresan como media $\pm$ desviación estándar y frecuencia absoluta (porcentaje).

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con FA *de novo* y SCA la mitad de los pacientes fueron dados de alta sin ACO. Ni las características de la FA y ni las escalas de riesgo se asociaron al empleo de ACO al alta lo que posiblemente refleja la complejidad del tratamiento de estos pacientes y la necesidad de un tratamiento antitrombótico individualizado.