



5016-3. COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA DE EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS Y HEMORRÁGICOS TRAS LA CARDIOVERSION DE FIBRILACIÓN AURICULAR GUIADA O NO MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA

José Luis Merino Llorens¹, Gregory Lip², Hein Heidbuechel³, Ariel Cohen¹, Raphaelle de Caterina¹, Joris de Groot³, Shannon Winters¹, Michael Melino¹ y Andreas Goethe¹, del ¹Hospital Universitario La Paz, Madrid, ²University of Birmingham Institute of Cardiovascular Sciences, Birmingham (Reino Unido) y ³Antwerp University, Antwerp (Bélgica).

Resumen

Introducción y objetivos: El estudio ACUTE (1.222 pacientes) mostró que una estrategia de exclusión de trombos auriculares mediante ecocardiografía transesofágica (ETE) es una alternativa segura a la convencional de anticoagulación durante 3 semanas (ACO-3S) previamente a la cardioversión eléctrica (CVE) de la fibrilación auricular (FA). Sin embargo y aunque no hubo diferencias significativas, se objetivó una tendencia a más eventos (incremento del 60%) en el grupo ETE, habiéndose especulado por la sensibilidad del ETE para detectar trombos de pequeño tamaño en una muestra de mayor tamaño. El estudio ensure-AF (NCT 02072434) es el ensayo prospectivo aleatorizado más grande realizado sobre anticoagulación en la CVE de la FA, aportando una muestra contemporánea en la que comparar ambas estrategias de CVE.

Métodos: El estudio ENSURE fue un estudio multicéntrico PROBE comparando edoxabán con enoxaparina/warfarina en 2.199 pacientes (tabla) sometidos CVE de FA no valvular. Los pacientes se estratificaron de acuerdo al uso de ETE, experiencia previa con anticoagulación y dosis de edoxabán (60 o 30 mg/día). El objetivo primario fue un combinado de ictus, embolia sistémica, infarto de miocardio y mortalidad cardiovascular.

Resultados: Se estratificaron a 1.183 y 1.016 pacientes a ETE o ACO-3S respectivamente. Los pacientes estratificados a ETE eran más mayores, tenían una mayor puntuación CHA₂DS₂-VASc y más frecuentemente hipertensión arterial, enfermedad valvular cardíaca e historia de ictus previo. Hubo un bajo número de eventos del objetivo primario, sin diferencias significativas entre las 2 estrategias, aunque fue numéricamente menor en la de ETE (0,59 frente a 0,89%, p = 0,459) a pesar de un perfil de riesgo mayor (tabla). La escala HAS-BLED (0,91 frente a 0,87, p = 0,247) y las hemorragias totales (2,96 frente a 3,29, p = 0,710) no fue significativamente diferente entre las 2 estrategias.

	ETE	ACO-3S	p
N	1183	1016	

Edad, media \pm DE	64,7 \pm 10,8	63,7 \pm 10,2	0,0358
≥ 75 a, n (%)	222 (18,8%)	137 (13,5%)	0,0008
Sexo masculino, n (%)	774 (65,4%)	669 (65,8%)	0,8364
CHA ₂ DS ₂ -VASc, media \pm DE	2,7 \pm 1,5	2,5 \pm 1,4	0,0046
CHA ₂ DS ₂ -VASc $>$ 5, n (%)	42 (3,6%)	19 (1,9%)	0,0165
Ictus/AIT, n (%)	87 (7,4%)	47 (4,6%)	0,0077
Hipertensión, n (%)	945 (79,9%)	769 (75,7%)	0,0181
Diabetes, n (%)	220 (18,6%)	195 (19,2%)	0,7217
Insuficiencia cardiaca, n (%)	517 (43,7%)	443 (43,6%)	0,9624
Infarto miocardio, n (%)	73 (6,2%)	74 (7,3%)	0,2976
Valvulopatía, n (%)	339 (28,7%)	151 (14,9%)	0,0001
HAS-BLED, media \pm DE	0,9 \pm 0,80	0,9 \pm 0,77	0,2471

Conclusiones: La estrategia de ETE previamente a la CVE de la FA es al menos igualmente segura que la de ACO-3S a pesar de que frecuentemente se indica en pacientes con un perfil de riesgo mayor.