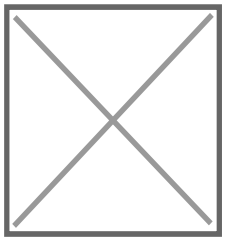
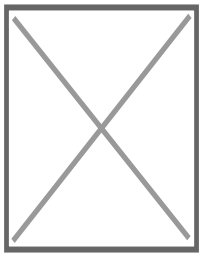
Rev Esp Cardiol. 2013;66 Supl 1: 250



Revista Española de Cardiología



4031-2. ¿TRIPLE TERAPIA PARA TODOS LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR SOMETIDOS A *STENT* CORONARIO?

Albert Alonso Tello[1], Antonia Sambola[1], María Mutuberria[1], Bruno García del Blanco[1], José Antonio Barrabés[1], Ángel Cequier[2], Fernando Alfonso[3] y David García-Dorado[1] del [1]Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, [2]Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) y [3]Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: El uso combinado de doble antiagregación plaquetaria (DAP) más anticoagulación (triple terapia: TT) es la estrategia recomendada para el tratamiento de pacientes con fibrilación auricular (FA) no valvular sometidos a la implantación de un *stent* coronario (SC). Sin embargo, el impacto de esta estrategia en términos de la escala de riesgo tromboembólica CHA2DS2VASc es desconocida.

Objetivos y métodos: Comparar el efecto de la TT vs DAP en pacientes con FA, en relación a la escala CHA2DS2VASc sometidos a la implantación de un SC en términos de incidencia de eventos tromboembólicos y hemorrágicos. Estudio prospectivo multicéntrico que incluyó pacientes con FA no valvular sometidos a *stent* coronario (SC) desde 2007 a 2011 con un seguimiento de 1 año.

Resultados: Se identificaron 585 pacientes con FA, 154 (26%) con CHA2DS2VASc < 2 y 431 (74%) con CHA2DS2VASc ? 2. En los de CHA2DS2VASc < 2, el 53% recibía TT y el 47% DAP. Los pacientes tratados con TT comparados con los tratados con DAP, tuvieron una tasa similar de ictus (1,2% vs 0%; p = 0,53) y una mayor incidencia de hemorragia mayor (19,5% vs 6,9%; p = 0,01). Entre los pacientes con un CHA2DS2VASc ? 2, el 55,5% recibieron TT y el 44,5% DAT. Los pacientes tratados con TT presentaron una tendencia a una mayor incidencia de eventos hemorrágicos (21,8% vs 15,6%; p = 0,06), con un exceso de hemorragia mayor (8,4% vs 3,1%; p = 0,01). Los pacientes tratados con DAP presentaron una mayor incidencia de embolismo sistémico (1,7% vs 7,5%; p = 0,01) y más ictus (1,7% vs 5,2%, p = 0,03). En total, 49 pacientes (7,9%) murieron durante el seguimiento, de los cuales 16 (32,7%) pacientes habían presentado un evento hemorrágico. Un análisis multivariante identificó como factores predictores independientes de mortalidad: la edad (OR 1,06, IC95% 1,0-1,11; p = 0,039) y la TT (OR 3,5, IC95% 1,4-8,9; p = 0,007). El CHA2DS2VASc no fue predictor (OR 1,24, IC95% 0,3-4,04; p = 0,71).

Conclusiones: El tratamiento con TT en pacientes con CHA2DS2VASc < 2 implica un alto riesgo de sangrado sin beneficio en la prevención de eventos tromboembólicos. En pacientes con CHA2DS2VASc ? 2, la omisión del tratamiento con TT se asocia a una alta tasa de tromboembolismos, aunque conlleva un incremento en la incidencia de las hemorragias.