Rev Esp Cardiol. 2015;68 Supl 1: 797

Revista Española de Cardiología

6025-261. INFLUENCIA DE LA ADHERENCIA A LAS GUÍAS CLÍNICAS EN LA MORTALIDAD DE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO

Antonia Sambola Ayala[1], Javier Limeres[1], Berta Mirando Barrio[1], Bruno García del Blanco[1], Héctor Bueno[2], Fernando Alfonso[3], José Antonio Barrabes[1] y David García-Dorado[1] del [1]Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, [2]Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid y [3]Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Las nuevas guías para el manejo de la fibrilación auricular (FA) recomiendan el uso de triple terapia (TT: doble antiagregación: DAPT y anticoagulación oral: ACO), el acceso radial y la restricción del uso de *stents* liberadores de fármacos (SLF) en pacientes sometidos a intervencionismo coronario percutáneo (ICP). El objetivo de este estudio fue determinar la influencia de la adherencia a las guías clínicas en la supervivencia de los pacientes con FA sometidos a ICP.

Métodos: En un registro multicéntrico, 839 pacientes con FA sometidos a ICP desde 2003 a 2013 se siguieron prospectivamente durante 1 año. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: pacientes incluidos durante 2003-2009 (grupo A) y los que se incluyeron durante 2010-2013 (grupo B), (antes y después de las nuevas recomendaciones de las guías).

Resultados: El grupo A incluyó a 477 pacientes (24% m; 77 ± 7 años) y el grupo B a 362 pacientes (25% m; 72 ± 10 años). En el grupo A, 54,7% de los pacientes tenían un CHA_2DS_2 ? 2 y en el grupo B, 78,8% tenían un CHA_2DS_2-VASc ? 2. Un HAS-BLED *score* ? 3 fue más frecuente en el grupo B (66,5% frente a 75,8%, p = 0,0001). El acceso radial fue elegido con mayor frecuencia en el grupo B (20,7% frente a 82,6%, p 0,0001). No hubo diferencias en el uso de *stents* liberadores de fármacos (SLF) entre ambos grupos (39,8% frente a 35,3%, p = 0,10). Al alta, la TT y la combinación de ACO con clopidogrel fueron menos utilizadas en el grupo B (TT: 43,6% frente a 50,7% DAPT frente a 5,7% ACO con clopidogrel, p = 0,83) que en el grupo A (TT: 54,5% frente a 38,3% DAPT frente a ACO con clopidogrel: 7,3%, p = 0,43). El grupo B tuvo una mayor mortalidad (8,6% frente a 17%, p 0,0001) y una mayor incidencia de eventos tromboembólicos (1,3% frente a 5,8%, p = 0,0001). Sin embargo, los eventos hemorrágicos fueron más frecuentes en el grupo A (16,4% frente a 10,6%, p = 0,01), pero con una tasa de hemorragia mayor similar (6,3% frente a 5,6%, p = 0,38). Un análisis multivariante de Cox identificó como predictores de mortalidad: edad (OR: 1,04, p = 0,004), insuficiencia renal (OR 2,17 p = 0,004), insuficiencia cardiaca (OR: 2,03, p = 0,005), grupo B (OR 2,87, p = 0,003) mientras que la utilización de TT (OR 0,56, p = 0,03) fue un factor protector. El uso de SLF o el acceso radial no se asociaron con la mortalidad.

Conclusiones: La adherencia a las nuevas recomendaciones de las guías mejora la supervivencia en los pacientes con FA sometidos a ICP.