



7008-8. FIBRILACIÓN AURICULAR Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO, UNA MALA CASUALIDAD. DATOS EN VIDA REAL

María Plaza Martín¹, Marcelo Sanmartín Fernández¹, Susana del Prado Díaz¹, Belén Álvarez Álvarez², Rut Andrea Riba³, Sergio Hernández Jiménez¹, Javier Ramos Jiménez¹, María Valverde Gómez¹, Cristina Lozano Granero¹, Marina Pascual Izco¹ y José Luis Zamorano Gómez¹, del ¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, ²Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela (A Coruña) y ³Hospital Clínic, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías de práctica clínica (GPC) recomiendan, de forma general, un corto periodo de triple tratamiento en pacientes con fibrilación auricular (FA) y síndrome coronario agudo (SCA), mientras que algunos ensayos clínicos sugieren que el doble tratamiento es más seguro e igual de eficaz. El objetivo de este estudio multicéntrico fue analizar cuál es la estrategia antitrombótica empleada en este subgrupo de pacientes en nuestro entorno. Además, se llevó a cabo una comparación entre pacientes con antecedente de FA y aquéllos con FA de nuevo diagnóstico durante el ingreso por SCA.

Métodos: Se incluyeron de forma consecutiva 1.056 pacientes ingresados por SCA en 10 hospitales terciarios españoles en el año 2017. De ellos, 95 presentaban antecedente de FA o fueron diagnosticados de un primer episodio de FA durante el ingreso.

Resultados: 49 (53%) fueron diagnosticados de un primer episodio de FA durante el ingreso. Entre los pacientes con FA previamente conocida, 23 (50%) estaban en tratamiento con antagonistas de la vitamina K (AVK), 8 (17%) con anticoagulantes de acción directa (ACOD), 11 (24%) con antiagregación simple y 4 (9%) carecían de tratamiento antitrombótico al ingreso. Al alta, la estrategia con triple tratamiento (con AVK o ACOD) se empleó solamente en 30 (32%) pacientes. El resto de estrategias antitrombóticas se reflejan en la tabla. El triple tratamiento se empleó más frecuentemente en el grupo de pacientes con antecedente de FA que en los de nuevo diagnóstico (41 frente a 22%, p 0,048). La anticoagulación (aislada o asociada a antiagregación simple) fue también más común en el grupo con FA conocida (10 frente a 0%, p 0,001). En contraposición, los pacientes con presentación de FA fueron más frecuentemente tratados con doble tratamiento antiagregante (55 frente a 28%, p 0,008), siendo solamente un 22% de ellos dados de alta con anticoagulación. No hubo diferencias en las tasas de complicaciones hemorrágicas, trombosis aguda del *stent* o reinfarto durante el ingreso entre ambos grupos.



Indicación de triple tratamiento.

Terapia antitrombótica	Global	FA conocida	FA <i>de novo</i>
Triple terapia	30 (32%)	19 (41%)	11 (22%)
Anticoagulación	5 (5%)	5 (11%)	0
Anticoagulación y SAPT	5 (5%)	5 (11%)	0
DAPT	40 (42%)	13 (28%)	27 (55%)
SAPT	4 (4%)	1 (2%)	3 (6%)

SAPT: antiagregación simple; DAPT: doble antiagregación.

Conclusiones: En base a los resultados de este estudio, el triple tratamiento en pacientes con SCA y FA no es una práctica ampliamente extendida en nuestro entorno, siendo lo más frecuente el tratamiento con TAPD. A pesar de la opinión de expertos y las recomendaciones de las GPC, solo una minoría de los pacientes con nuevo diagnóstico de FA durante el ingreso por SCA son dados de alta con anticoagulación.