



6040-361. DOBLE O TRIPLE TERAPIA ANTITROMBÓTICA CON ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS: ¿VALORAMOS BIEN EL RIESGO DE CADA PACIENTE A LA HORA DE ELEGIR LA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA MÁS ADECUADA?

Sofía Calero Núñez¹, Raquel Ramos-Martínez¹, Laura Expósito Calamardo¹, Ana de León-Ruíz², Juan Gabriel Córdoba-Soriano¹, Cristina Ramírez Guijarro¹, Víctor Manuel Hidalgo Olivares¹, Miguel José Corbi Pascual¹, Francisco Manuel Salmerón Martínez¹ y Jesús María Jiménez Mazuecos¹, del ¹Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete y ²Facultad de Medicina, Universidad de Castilla La Mancha, Albacete.

Resumen

Introducción y objetivos: La revascularización percutánea en pacientes con fibrilación auricular (FA) implica añadir antiagregación al tratamiento anticoagulante. Este escenario supone un reto para el cardiólogo que debe individualizar según el riesgo isquémico y hemorrágico de cada paciente a la hora de decidir el régimen terapéutico más adecuado.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de pacientes tratados con anticoagulantes orales directos (ACOD) y doble antiagregación (triple terapia-TT) o antiagregación simple (doble terapia-DT). Analizamos las características clínicas y la actitud terapéutica elegida según la incidencia de eventos adversos: mortalidad cardiovascular, infarto no mortal, restenosis o trombosis de *stent* e ictus isquémico y hemorragias mayores (BARC > 3) en el seguimiento a un año.

Resultados: Se incluyeron 74 pacientes (edad media $75,4 \pm 8,7$ años; 27% mujeres). La comorbilidad, el riesgo trombótico y hemorrágico fueron elevados (I. Charlson $5,2 \pm 1,6$; CHA₂DS₂-VASc $3,5 \pm 1,2$; HAS-BLED $2,6 \pm 0,8$ respectivamente). El resto de características basales se muestran en la tabla. El 23% (17 pacientes) recibieron rivaroxabán, el 44,6% (33 pacientes) apixabán y el 32% (24 pacientes) dabigatrán. El 29,7% recibieron DT, de los que recibieron TT la duración media fue 3,6 meses, siendo lo más frecuente 1 mes, el 19% recibieron TT más de 3 meses. El 49% recibieron dosis de ACOD reducida. La mortalidad global fue 8,2% (6), 4 pacientes (6%) fallecieron de causa cardiovascular, 25 pacientes (32,9%) sufrieron algún evento adverso, hubo 2 hemorragias mayores, un IAM, una embolia periférica, un ictus y 16 pacientes (24,76%) requirieron ingreso. Los factores relacionados con la aparición de eventos fueron la arteriopatía periférica, FEVI 50%, I. Charlson y CHA₂DS₂-VASc altos. El sexo femenino, la edad avanzada, diabetes, insuficiencia renal grave y HAS-BLED alto también fueron más frecuentes entre los pacientes con eventos, pero sin alcanzar la significación estadística. Sin embargo la elección de DT o TT, su duración y la dosis de ACOD no fue diferente entre los pacientes que sufrieron eventos y los que no.

Características basales y resultados

	No MACE 67,1%(49)	Sí MACE 32,9%(25)	p	Total (n = 74)	
Mujeres	20,4% (10)	40% (10)	0,07	27% (20)	
Edad (años)	74,5 ± 8,3	77 ± 9,7	0,25	75,2 ± 8,8	
DM II	33,3% (32)	56% (11)	0,06	41,1% (30)	
HTA	85,7% (42)	88% (34,4%)	0,78	86,5% (64)	
Tabaquismo	18,8% (9)	12% (3)	0,76	16,4% (12)	
I. renal grave (ClCr 30)	4,1% (2)	16% (4)	0,08	8,1% (6)	
Hb inicial	13,8 ± 2,2	13,4 ± 2,3	0,72	13,6 ± 2,3	
HAS-BLED	2,5 ± 0,8	2,8 ± 0,7	0,09	2,6 ± 0,8	
Características basales y tratamiento	CHA ₂ DS ₂ -VASc	3,2 ± 1	4 ± 1,4	0,013	3,5 ± 1,2
FEVI 50%	32,7% (16)	60% (15)	0,024	41,9% (31)	
Arteriopatía periférica	12,2% (6)	32% (8)	0,04	18,9% (14)	
I. Charlson	4,5 ± 2,1	6,5 ± 2,9	0,002	5,2 ± 1,6	
Angiagregación por SCA	78,7% (37)	73,9% (17)	0,65	77,1% (54)	
Doble terapia	26,5% (13)	36% (9)	0,39	29,7% (22)	
Dosis reducida	43,8% (21)	60% (15)	0,18	49,3% (36)	
Duración triple terapia > 3 meses	19,2% (5)	18,2% (2)	0,94	18,9% (7)	

	Enfermedad multivaso	51% (25)	60,9% (14)	0,43	54,2% (39)
Hallazgos angiográficos y procedimiento	Revascularización completa	69,4% (34)	59,1% (13)	0,39	66,2% (47)
	<i>Stent</i> metálico	26,1% (12)	25% (6)	0,76	25,7% (18)

MACE: combinado de mortalidad, eventos isquémicos (IAM, trombosis de *stent*, ictus o accidente isquémico transitorio, embolia periférica) y hemorrágicos mayores (BARC ? 3). Las variables cuantitativas se expresan en media \pm desviación estándar.

Conclusiones: En nuestro medio, la DT y TT se emplean en pacientes muy complejos, de edad avanzada y con comorbilidad. Los pacientes que partían con un perfil de riesgo alto tuvieron una tasa de eventos mayor, debemos adaptar el tratamiento antitrombótico al riesgo isquémico y hemorrágico para equiparar la tasa de eventos a la de los pacientes con riesgo bajo.