Rev Esp Cardiol. 2020;73(Supl 1): 657

Revista Española de Cardiología

6021-215. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y FIBRILACIÓN AURICULAR (FA). TRATAMIENTO CON TRIPLE TERAPIA (DOBLE ANTIAGREGACIÓN MÁS ANTICOAGULACIÓN)

Sergio López Tejero, Eloísa Mariscal López, Carmen Martín Domínguez, Almudena Valle Alberca, Rafael Bravo Marqués, Fidel Ernesto Mesa Prado, Carmen Corona Barrio, Susana Pérez Córdoba, Francisco J. Torres Calvo, Francisco Ruiz Mateas y Pedro Antonio Chinchurreta Capote

Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga).

Resumen

Introducción y objetivos: La CI y la FA son las dos patologías cardiacas más prevalentes, apareciendo asociadas frecuentemente con importantes implicaciones pronosticas per se y en función del tratamiento establecido, por lo que es necesario estudiar a esta población.

Métodos: se realiza un análisis descriptivo de los pacientes ingresados en nuestro hospital por cardiopatía isquémica, con diagnóstico de fibrilación auricular previo o durante el ingreso, en 2018 y 2019. Se estudiaron las características basales, tipo de tratamiento y eventos isquémicos y hemorrágicos durante seguimiento.

Resultados: 69 pacientes fueron analizados con edad media de 73,9 ± 7,4 años, mayoría varones. El FRCV más frecuente fue HTA (75,4%), seguido de dislipemia (52,2%). Un tercio padecían DM2, con control subóptimo (HbA1c 7,5 ± 2,6%), y ERC. El 89,9% presentaban diagnóstico de FA previo. La mayoría contaba con FEVI preservada (tabla). El motivo principal de ingreso fue SCASEST (53,6%), seguido de angina estable, que se realizaron de forma programada (30,4%), quedando en menor proporción SCACEST (14,5%) y el estudio de la DVI (1,4%). Se empleó stent farmacoactivo en un 92,8%, siendo en el 35% angioplastias de alto riesgo (TCI, DA proximal, 3 vasos). Los fármacos más empleados fueron AAS + clopidogrel + apixabán 5 mg (31,9%). Se realizó una revisión de la concordancia del mismo con las guías de práctica habitual (ESC) en función del tiempo, tipo de doble antiagregación y dosis ACO; hallándose un porcentaje del 78,3% de ajuste adecuado. En los casos que recibieron AVK la mayoría fueron por negativa del paciente a recibir ACOD y solo 1 presentaba patología reumática. El seguimiento global fue de 368 ± 230 días. MACE ocurrió en 10 ocasiones (14,5%): 2 ACV, 3 SCA y 5 muertes de origen cardiovascular. Los sangrados, similares en número a los eventos isquémicos, fueron en su mayoría menores (60%) según la escala ISTH, 2 clínicamente relevantes y solo uno mayor, sin exitus a consecuencia de estos. La ERC se asoció a mayores eventos isquémicos y hemorrágicos.

Características basales de los pacientes incluidos

Género (varón)	72,5

Edad (años)	73,9 ± 7,4
Hipertensión arterial (HTA)	75,4%
Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)	36,2%
HbA1c*	7,5 ± 2,6%
Dislipemia	52,2%
LDL (mg/dL)	92 ± 45
Obesidad	44,9%
Enf. renal crónica, ERC (FG 60 mL/min/1,73 m^2)	30,4%
Tabaco	
No	44,9%
Exfumador	36,2%
Activo	18,8%
C. Isquémica	31,9%
ACV/AIT	11,6%
Enf. arterial periférica (EAP)	17,4%
CHA2DS2-VASc	3,77 ± 1,51
HASBLED	2,53 ± 1,17
GRACE**	138,2 ± 31,5

CRUSADE**	39,3 ± 17,2
Fracción eyección ventrículo izquierdo (FEVI)	
Conservada	63,8%
Levemente deprimida	18,8%
Moderadamente deprimida	10,1%
Gravemente deprimida	7,2%
Estrategia terapéutica	
ICP	84,3%
CABG	10%
Tratamiento médico óptimo	5,7%

*HBA1c media de los pacientes con diabetes. **Calculados en pacientes con ingreso por SCA.

Tipos de tratamiento (triple terapia) empleados.

Conclusiones: Los pacientes que cursan conjuntamente con ambas patologías suelen presentar mayores comorbilidades, como se demuestra en nuestra cohorte, siendo pacientes de muy alto riesgo cardiovascular. El empleo de triple terapia, especialmente con ACODs como recomiendan las guías, se ha demostrado seguro y eficaz durante el seguimiento.