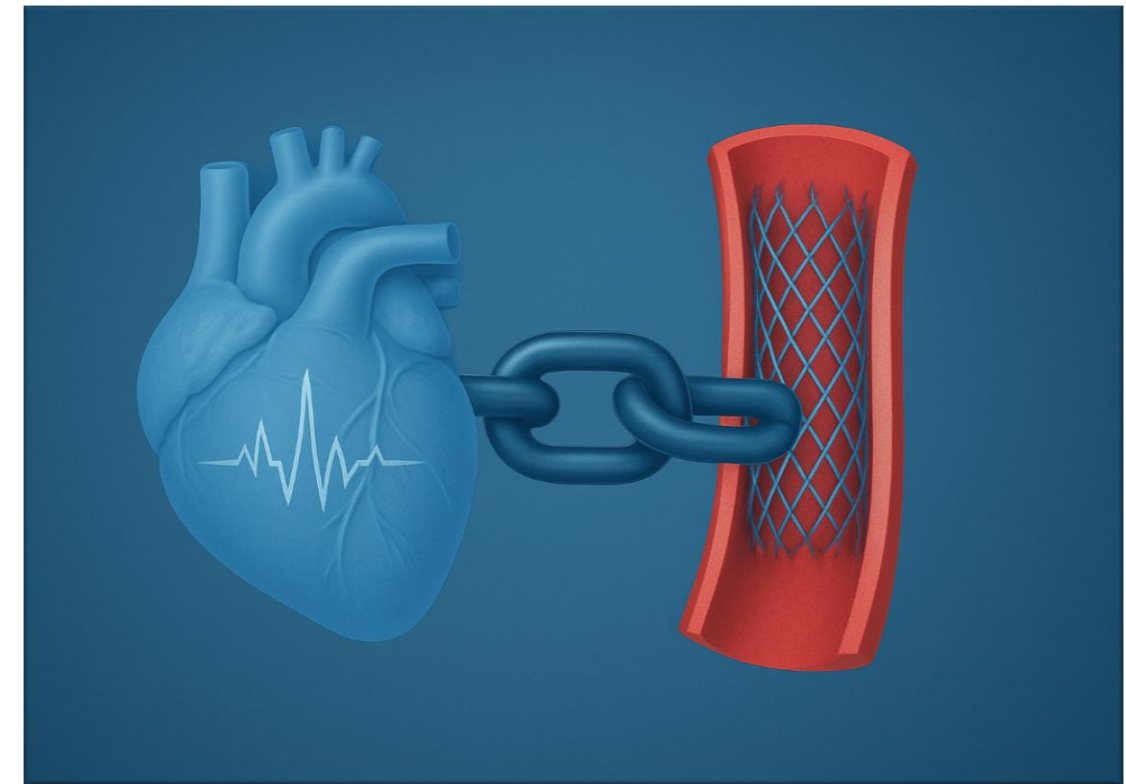


# MONOTERAPIA ANTICOAGULANTE FRENTE A COMBINADA CON ANTIAGREGACIÓN PLAQUETARIA COMO PREVENCIÓN SECUNDARIA TRAS ANGIOPLASTIA CAROTIDEA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

*PATRICIA GONZÁLEZ FEITO; ANDREA RUIZ HERNÁNDEZ;  
JAVIER TEJADA GARCÍA; ANA MARÍA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ;  
DAVID ROMERO ALONSO; ANDREA PÉREZ ÁLVAREZ*

*SERVICIOS DE NEUROLOGÍA, RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA  
Y UNIDAD I+D DEL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO  
DE LEÓN*



# INTRODUCCIÓN

- La estenosis carotídea representa entre el 12% y el 19,3% de los ictus isquémicos.
- Guías de la American Heart Association/American Stroke Association: colocación de un stent en la arteria carótida (CAS) como la endarterectomía carotídea (CEA) -> opciones en estenosis de la arteria carótida extracraneal.
- La anticoagulación oral es el pilar de la prevención secundaria en pacientes con ictus isquémico y fibrilación auricular (FA). La tasa de FA crónica en pacientes tratados con CEA varía entre el 4 % y el 7%. La FA está presente en > 10% de los pacientes con estenosis carotídea que precisan intervención.
- En pacientes con FA + ictus que requieran la colocación de un stent carotídeo, aún no está clara cuál es la mejor estrategia de prevención farmacológica secundaria.



## EVIDENCIA CIENTÍFICA

B. Pardo-Galiana: 959 stent ->  
91 FA

Perfil de seguridad:  
Sangrados y eventos  
trombóticos

1) ACOD + clopidogrel (24)  
2) Triple terapia (45)  
3) Doble antiagregante (25)

ACOD + antiagregante: buen  
perfil de seguridad, no >  
eventos tromboticos  
Triple terapia > sangrados

Johannes M. Weller et. Al:  
N=82

Mortalidad a 90 días:  
Pacientes con FA previa +  
stent

1) Doble antiagregante (25%)  
2) Antiagregante + ACOD  
(25%)  
3) Doble terapia + ACOD  
(20%)  
4) ACOD (37%)

Doble terapia Vs 1 o 2  
antiagregantes + ACOD ->  
mortalidad a 90 días > sin  
ACOD

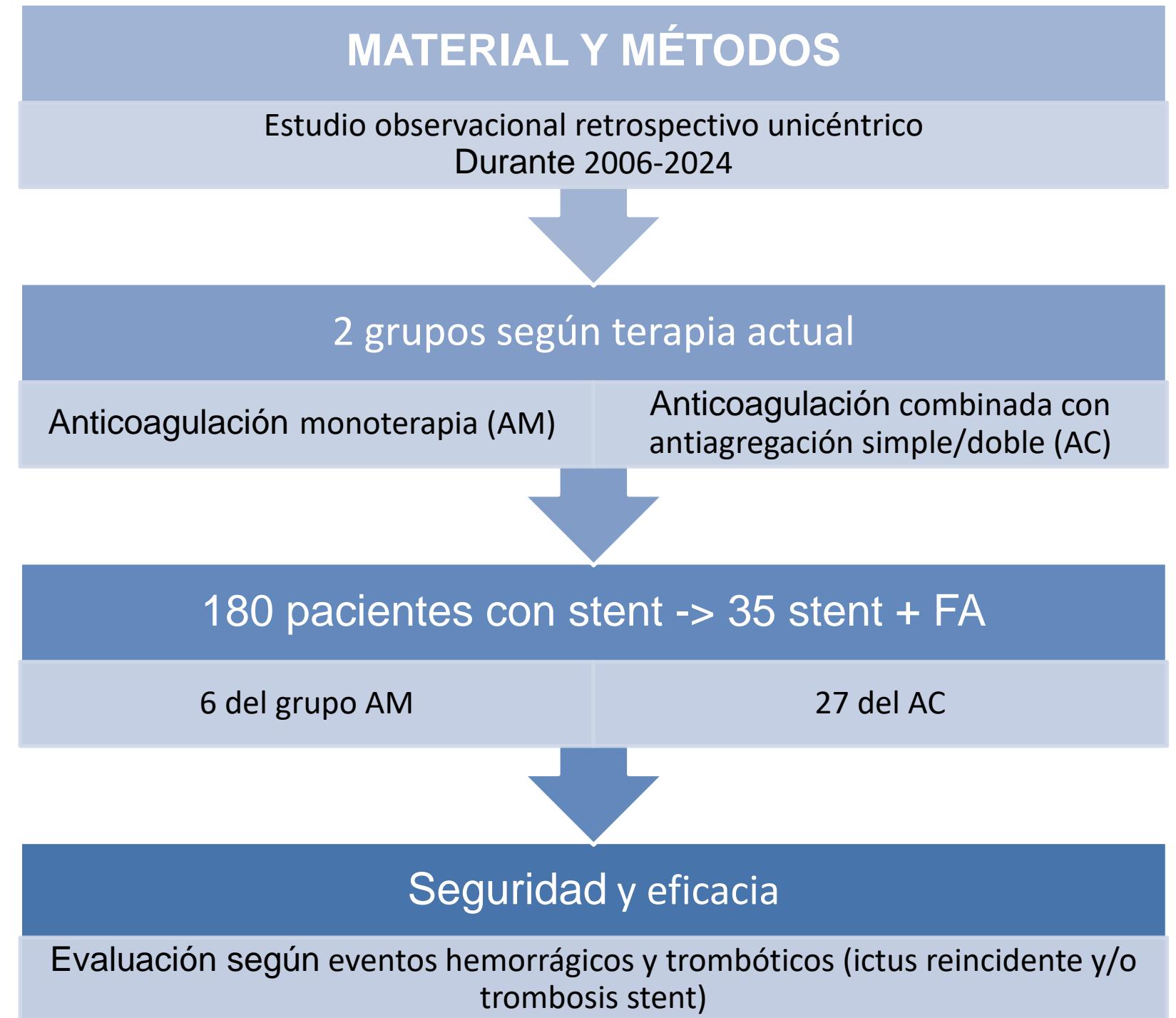
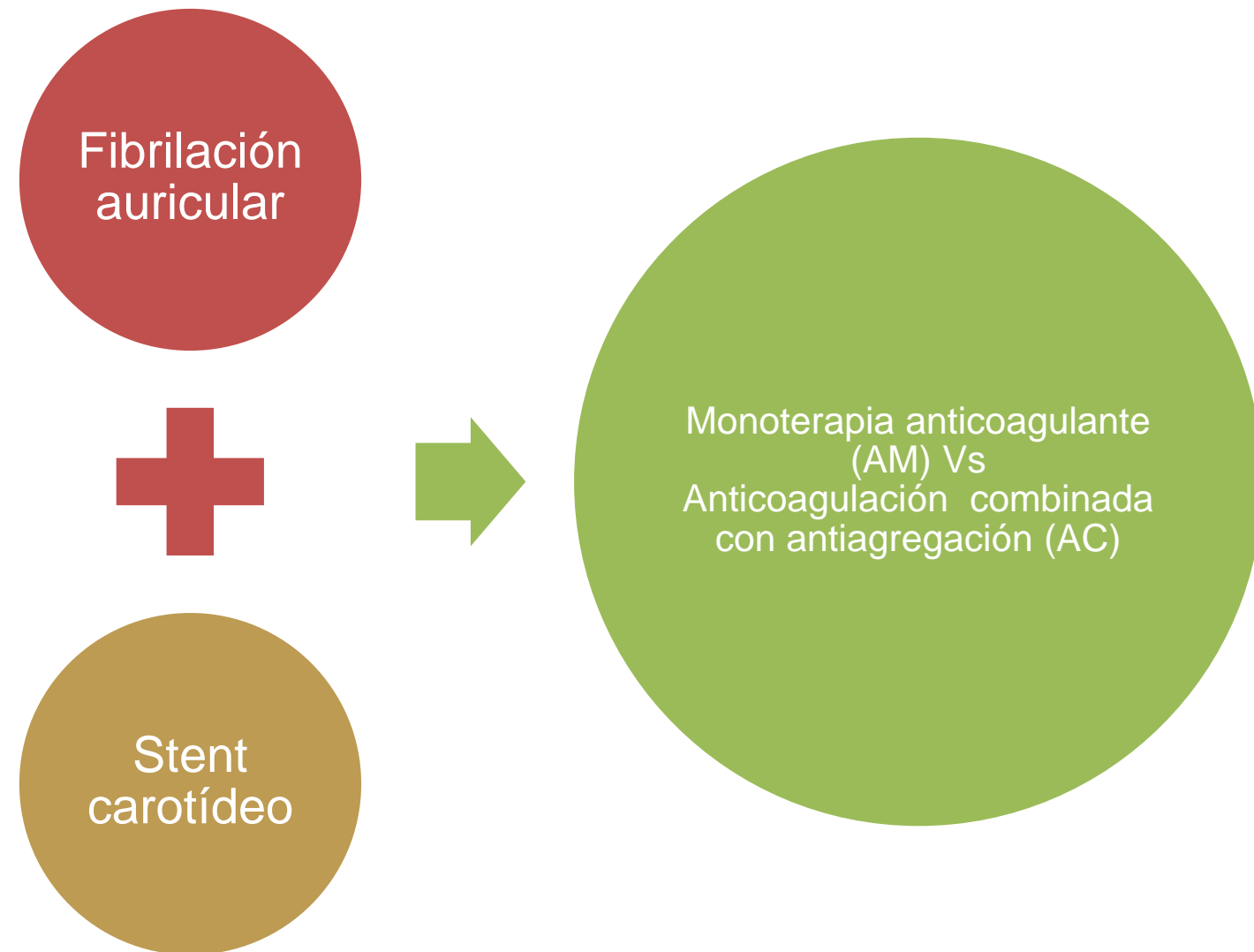
Yung-Chuan Huang et. Al:  
N=2116

Mortalidad, eventos  
trombóticos y sangrados. FA  
previa + stent

1) 1 antiagregante (587)  
2) 1 ACOD (477)  
3) Doble antiagregación (49)  
4) ACOD + antiagregantes  
(304)

Antiagregantes + ACOD y sólo  
ACOD < Tasa mortalidad Vs sólo  
antiagregación, no dif en  
sangrados ni trombosis

# OBJETIVOS DEL ESTUDIO



# TRATAMIENTOS

TRATAMIENTO ALTA DE HOSPITALIZACIÓN	ACOD	2	5.71%
	ACOD + 1 antiagregante	11	31.43%
	Triple terapia	6	17.14%
	Doble antiagregante	10	28.57%
	1 antiagregante	5	14.29%
	N/D	1	2.86%
TERAPIA POSTERIOR A LA IMPLANTACIÓN DE STENT	ACOD	1	2.86%
	ACOD + 1 antiagregante	10	28.57%
	Triple terapia	10	28.57%
	Doble antiagregante	9	25.71%
	1 antiagregante	4	11.43%
	N/D	1	2.86%
TRATAMIENTO ACTUAL	ACOD	6	17.14%
	ACOD +1 antiagregante	25	71.43%
	Triple terapia	2	5.71%
	Doble antiagregante	0	-----
	1 antiagregante	2	5.71%

TRATAMIENTO	ACOD	6	17.14%
	ACOD + Antiagregante	27	77.14%

CARACTERÍSTICAS	TODOS N=35	ACOD N=6 (18.18%)	ACOD + ANTIAGREGANTES N=27 (81.82%)	p
Edad	74.4	83.33	72.48	
Sexo femenino	14 (40%)	5 (83.33%)	9 (33.33%)	0.0529
Fibrilación auricular				
Pre-stent	16 (45.71%)	1 (16.67%)	14 (51.85%)	0.3368
Post-stent	18 (51.43%)	5 (83.33%)	12 (44.44%)	
No	1 (2.86%)	0	1 (3.70%)	
Escala HAS BLED				
<3 puntos	4 (11.43%)	0	3 (11.11%)	0.6192
>3 puntos	31 (88.57%)	6 (100%)	24 (88.89%)	
Factores de riesgo cardiovascular				
Hipertensión arterial	29 (82.86%)	6 (100%)	22 (81.48%)	0.5567
Dislipemia	25 (71.43%)	3 (50%)	21 (77.78%)	0.2934
Diabetes mellitus	9 (25.71%)	1 (16.67%)	8 (29.63%)	0.6502
Tabaquismo	33 (94.28%)	6 (100%)	25 (92.59%)	0.7656
Cardiopatía isquémica	9 (25.71)	0	8 (29.63%)	0.2969
Arteriopatía periférica	5 (14.29%)	0	5 (18.52%)	0.5507

# RESULTADOS: EVALUACIÓN EN SEGURIDAD Y EFICACIA

		ACOD N=6 (18,18%)	ACOD Y ANTI N=27 (81,82%)	P VALOR
HEMORRAGIA POST TRATAMIENTO	No	6 (100%)	25 (92.59%)	1
	Ph2	0	1 (3.7%)	
	Remota/HSA	0	1 (3.7%)	
SANGRADO RELEVANTE	Si	0	9 (33.33%)	0.1504
	No	6 (100%)	18 (66.67%)	
ICTUS REINCIDENTE	Si	1 (16.67%)	2 (7.41%)	1
	No	5 (83.33%)	25 (92.59%)	
TROMBOSIS DEL STENT	Si	0	2 (7.41%)	1
	No	6 (100%)	25 (92.59%)	



# LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Estudio observacional retrospectivo
- Tamaño muestral
- Diferencias de tamaño muestral entre ambos grupos
- Ausencia de diferenciación entre las distintas terapias antiagregantes y anticoagulantes y sus combinaciones





# CONCLUSIONES

- En pacientes con stent carotideo que precisen anticoagulación, la monoterapia con un anticoagulante no presenta diferencias estadísticamente significativas en la prevención secundaria de eventos trombóticos frente a la terapia combinada con antiagregación.
- El grupo de terapia combinada presentó mayor número de eventos adversos de tipo sangrado que el grupo de monoterapia (sin alcanzar significación estadística).
- Es necesario un mayor tamaño muestral para poder realizar inferencia estadística y poder dilucidar cuál es la mejor terapia para este grupo de pacientes.



# AMPLIACIÓN DEL ESTUDIO

- **DISEÑO DEL ESTUDIO:** Estudio transversal descriptivo multicéntrico tipo cohorte
- **JUSTIFICACIÓN:** El uso de un registro observacional reclutando pacientes de forma multicéntrica en diferentes hospitales nos permitirá obtener una muestra representativa en la que podrían conocerse datos acerca del uso de las diferentes opciones terapéuticas usadas en estos pacientes. También podríamos obtener información sobre aspectos y escenarios clínicos que suscitan dudas en la práctica clínica habitual, como modificaciones ante sangrados, eventos vasculares u otras complicaciones médicas.
- **POBLACION DE ESTUDIO:** Unidades de ictus vinculadas al grupo de enfermedades cerebrovasculares de la SEN.
- **CRITERIOS DE INCLUSION:** Paciente con diagnóstico de ictus isquémico o AIT a los que se detecte en el estudio etiológico una estenosis carotídea que precise colocación de stent y que además tengan FA, o la hayan desarrollado en el tiempo de seguimiento de aquellos pacientes sometidos a CAS
- **CONTACTO:** [pgonzalezfei@saludcastillayleon.es](mailto:pgonzalezfei@saludcastillayleon.es)



**GRACIAS POR SU  
ATENCIÓN**

