



7009-8. WARFARINA MÁS TRATAMIENTO ANTIPLAQUETAR COMPARADA CON WARFARINA SOLA PARA EL TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES SOMETIDOS A TAVI

Omar Abdul-Jawad Altisent¹, Ander Regueiro¹, Antonio J. Muñoz-García², Luis Nombela-Franco¹, Enrique Gutiérrez³, Ignacio J. Amat-Santos¹, Vicenç Serra¹ y Josep Rodés-Cabau¹ del ¹Quebec Heart and Lung Institute, Quebec, (Canadá) ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga y ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías de práctica clínica recomiendan el uso de terapia antiplaquetar tras el implante de TAVI para reducir el riesgo de eventos cerebrovasculares. No obstante, no existen datos sobre la eficacia y seguridad de esta recomendación en pacientes con indicación adicional de anticoagulantes orales por fibrilación auricular (FA). El objetivo fue evaluar el riesgo de eventos isquémicos y hemorrágicos asociados a 2 terapias antitrombóticas distintas en pacientes con FA bajo tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) sometidos a TAVI.

Métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico. La monoterapia (MT) con AVK (n = 101) fue comparada con la doble terapia (DT) que incluye tratamiento antiplaquetar con Aspirina o clopidogrel más AVK (n = 463). Se utilizó los criterios VARC-2 para las definiciones de los eventos.

Resultados: Durante una mediana de seguimiento de 13 meses (IQR: 3-31) no hubo diferencias en el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV) (MT: 5%, DT: 5%, adjusted HR [IC95%]: 1,05 [0,39-2,83], p = 0,93), eventos cardiovasculares mayores (MT: 13,9%, DT: 16,4%, HR ajustada [IC95%]: 1,28 [0,72-2,29], p = 0,41) ni muerte (MT 22,8%, DT: 19,2%, HR ajustada [IC95%]: 0,93 [0,58-1,50], p = 0,77). No obstante, hubo un mayor riesgo de hemorragia mayor o amenazante en el grupo de DT (HR ajustada [IC95%]: 1,91 [1,11-3,31], p = 0,02).

Conclusiones: En pacientes sometidos a TAVI con indicación de AVK por FA, el uso de terapia antiplaquetar concomitante no reduce el riesgo de ACV, eventos cardiovasculares mayores ni la mortalidad, sin embargo aumenta el riesgo de sangrado mayor o amenazante.