Rev Esp Cardiol. 2016:69 Supl 1: 933

Revista Española de Cardiología

6029-368. DOBLE O SIMPLE ANTIAGREGACIÓN TRAS IMPLANTE DE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA PERCUTÁNEA

Gabriela Veiga Fernández[1], José M. de la Torre Hernández[1], Miren Tellería[2], Mariano Larman[2], Dae-Hyun Lee[1], Fermín Sainz Laso[1], Juan Carlos Sanmartín[2] y Javier Zueco Gil[1] del [1]Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) y [2]Policlínica Guipúzcoa, Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa).

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes sometidos a implante percutáneo de prótesis valvular aórtica (TAVI) son tratados con doble terapia antiagregante (DAT) de forma empírica ante ausencia de evidencias pero no es bien conocido el valor de la monoterapia (MAT) en este contexto.

Métodos: Registro prospectivo en 2 centros en los que se instauró como tratamiento tras TAVI la MAT por 6 meses, excepto para aquellos ya bajo indicación de DAT por implante previo de *stents* o con indicación de anticoagulación oral. Se compara su evolución con la de la serie previa de pacientes con TAVI que se trataron con DAT por 6 meses. Se analizó el seguimiento a 6 meses de los pacientes dados de alta con las respectivas terapias.

Resultados: Se han incluido en el análisis 140 pacientes, 76 con MAT y 64 con DAT. La edad fue similar (81,9 ± 8,7 con MAT y 81,1 ± 4,7 con DAT; p = 0,6), así como el EuroSCORE (18,6 ± 11 con MAT y 17,2 ± 11,4 con DAT; p = 0,4). Del alta a los 6 meses se produjeron los siguientes eventos: muerte cardiovascular 1 (1,3%) con MAT y 0 con DAT (p = 0,8); eventos isquémicos, 6 (7,8%) con MAT (2 SCA, 4 ictus) y 2 (3,1%) con DAT (2 SCA) (p = 0,4); hemorragias relevantes, 5 (6,5%) con MAT (1 intracraneal, 4 BARC > 1) y 11 (17,2%) con DAT (2 intracraneales, 9 BARC > 1) (p = 0,08).

Conclusiones: En este registro de asignación consecutiva el tratamiento con MAT se asoció a una fuerte tendencia a menos hemorragias mayores y a una ligera tendencia a mas eventos isquémicos con similar mortalidad cardiovascular. Estos resultados sugieren la necesidad de balancear riesgos isquémicos y hemorrágicos en estos pacientes para elegir la terapia óptima.