

Estrategia de desescalada antitrombótica guiada por ETE tras el CPOI en pacientes con contraindicación para anticoagulación

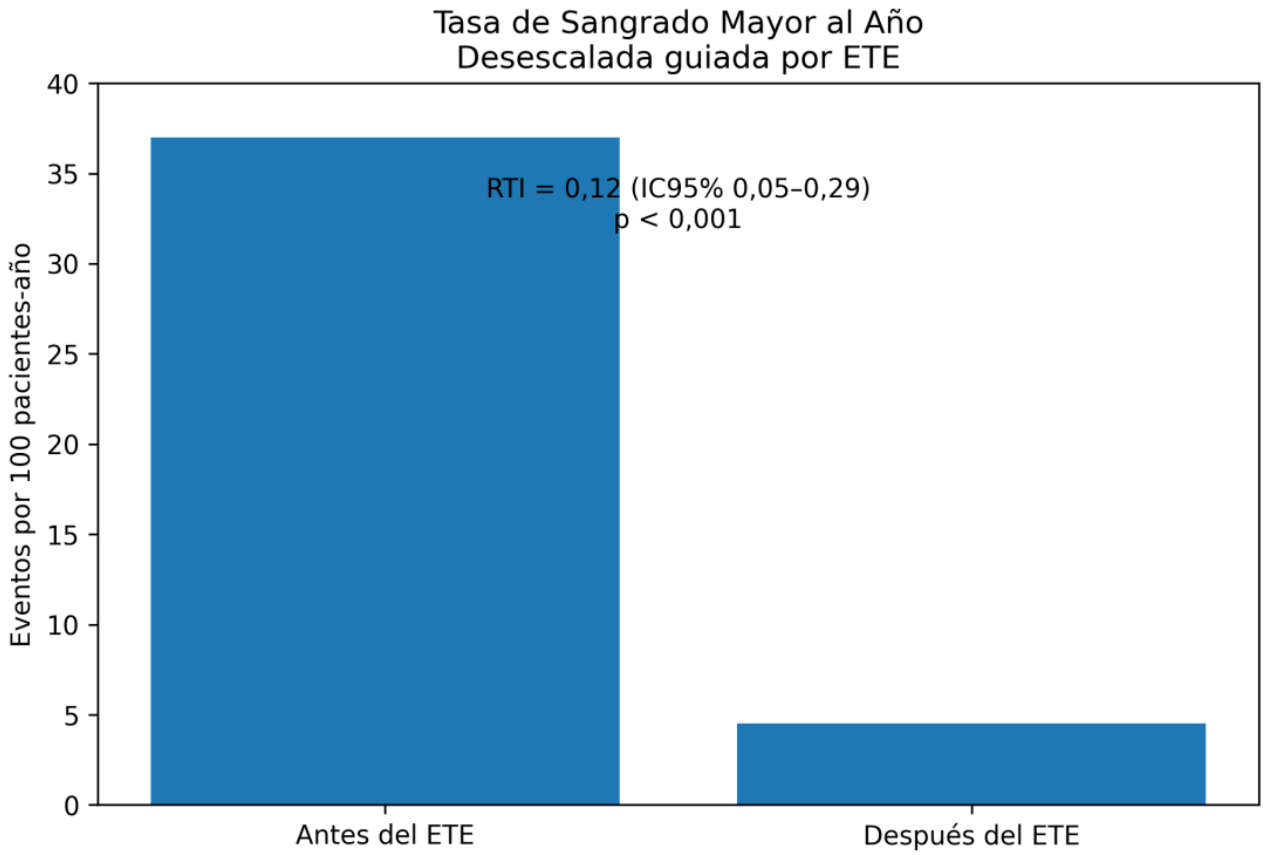
Julian Campos Vara(1), Ernesto Valero Picher(1), Sergio García Blas(1), Enrique Santas Olmeda(1), Paolo Racugno(1), Gema Miñana Escrivà(1), Claudio Manuel Rivadulla Varela(1), Carlos Eduardo Vergara Uzcategui(1), Julio Núñez Villota(1) y Juan Sanchís Forés(1) de (1)Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia - España

Introducción: El cierre percutáneo de la orejuela izquierda (CPOI) es una alternativa a la anticoagulación oral (ACO) crónica para la prevención del ictus en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV). Tras el procedimiento suele ser necesario un tratamiento antitrombótico intensivo, lo que puede aumentar el riesgo de eventos hemorrágicos en pacientes con contraindicación para ACO. Nuestro objetivo fue evaluar la seguridad y eficacia de una estrategia de desescalada antitrombótica precoz guiada por ecocardiografía transesofágica (ETE) tras el CPOI en pacientes con FANV y contraindicación para ACO.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo que incluyó pacientes sometidos a CPOI entre octubre de 2019 y diciembre de 2024 con contraindicación para ACO crónica. La desescalada precoz del tratamiento antitrombótico fue guiada por ETE realizada entre los 45 y 90 días tras el procedimiento. El objetivo primario fue el evento compuesto de ictus/accidente isquémico transitorio (AIT), embolia sistémica (ES) y/o sangrados mayores (BARC ?3) durante el seguimiento a 1 año. El objetivo secundario fue analizar las tasas de sangrado mayor antes y después de la desescalada guiada por ETE.

Resultados: Se incluyeron 170 pacientes. La edad media fue de 77±7,8 años y el 73,5% eran varones. Las puntuaciones CHA?DS?-VASc y HAS-BLED fueron de 4,3±1,6 y 3,8±0,9. Todos presentaban contraindicación para ACO, absoluta en el 75,3% y relativa en el 24,7%. Los regímenes antitrombóticos al alta fueron DAPT (44,4%), ACO (27,2%), SAPT (20,1%) y HBPM (8,3%). Se realizó ETE de control a 69±18 días en 162 pacientes (95,3%), permitiendo desescalar en 114 (70,4%). Tras la desescalada, los tratamientos fueron SAPT 70,7%, sin tratamiento 11,4%, DAPT 6,6% y ACO 11,4%. A 1 año, el objetivo primario ocurrió en 23 pacientes (13,5%): 2 (1,2%) ictus/AIT, 1 (0,6%) ES y 20 (11,8%) sangrados mayores. La mortalidad fue del 8,8%. La tasa de sangrados mayores fue de 37,0 frente a 4,3 eventos por 100 pacientes-año (RTI 0,12; IC95% 0,05–0,29; p<0,001), lo que supone una reducción relativa del 88%.

Conclusiones: Una estrategia de desescalada antitrombótica precoz guiada por ETE tras CPOI parece segura y se asocia con menor sangrado en pacientes con FANV y contraindicación para ACO. Se necesitan estudios mayores para confirmarlo.


Tasa de Sangrado Mayor al Año
Desescalada guiada por ETE
Eventos por 100 pacientes-año
40
35
30
25
20
15
10
5
0
RTI = 0,12 (IC95% 0,05–0,29)
p < 0,001
Antes del ETE
Después del ETE