

Monoantiagregación al alta tras cierre percutáneo de orejuela izquierda: seguridad y eficacia frente a doble antiagregación

Belén Albaladejo Muñoz(1), Luisa Salido Tahoces(1), Ana Pardo Sanz(1), Paola Ramos Cano(1), Irene Gámez Guijarro(1), Diego Matellán Alonso(1), Gabina Oronoz Saz(1), Ander Larrea Iñarra(1), Luis Manuel Domínguez-Rodríguez(1), Ana García Martín(1), Juan Manuel Monteagudo Ruiz(1), José Luis Mestre Barceló(1), Covadonga Fernández Golfín(1), José Luis Zamorano Gómez(1) y Ángel Sánchez Recalde(1) de (1)Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España

Introducción: La selección del tratamiento antitrombótico al alta tras el cierre percutáneo de orejuela izquierda (OI) en pacientes con antecedente de sangrado representa uno de los principales retos clínicos. La doble antiagregación (DAPT) se prescribe habitualmente durante los primeros meses postprocedimiento para reducir el riesgo de trombosis sobre el dispositivo durante la fase de endotelización, mientras que la monoantiagregación (SAPT) podría minimizar el riesgo hemorrágico. El objetivo fue comparar los eventos embólicos, hemorrágicos y la mortalidad a 1 año y durante el seguimiento total entre pacientes tratados con SAPT o DAPT al alta.

Métodos: Se incluyeron pacientes con indicación hemorrágica sometidos a cierre percutáneo de OI (hemorragia digestiva, urológica, ORL, cerebral u otros sangrados; n=148) resultando dos grupos: SAPT (n=94) y DAPT (n=54). Los eventos embólicos y hemorrágicos a 1 año se definieron como aquellos ocurridos durante los primeros 365 días tras el procedimiento. La mortalidad se analizó a 1 año y durante el seguimiento total. Para las comparaciones se utilizó el test exacto de Fisher.

Resultados: La puntuación CHADS-VA fue similar entre grupos (4,2 ± 1,6 en ambos; p=NS). El grupo DAPT presentó un mayor tiempo de seguimiento (52,5 ± 34,5 vs 28,4 ± 30,7 meses; p<0,001).
Durante el primer año no se observaron diferencias significativas en eventos embólicos (1,1% vs 1,9%; p=1,000), hemorrágicos (6,4% vs 7,4%; p=1,000) ni mortalidad (12,8% vs 7,4%; p=0,414) entre SAPT y DAPT, respectivamente.
En el seguimiento total tampoco se observaron diferencias en eventos embólicos (3,3% vs 7,8%; p=0,258) ni hemorrágicos (22,8% vs 30,0%; p=0,551). La mortalidad total fue mayor en el grupo DAPT (51,9% vs 25,5%; p=0,004), probablemente en relación con su mayor tiempo de seguimiento al corresponder a pacientes del periodo inicial de la serie.

Conclusiones: En pacientes con antecedente hemorrágico sometidos a cierre percutáneo de OI, la monoantiagregación al alta mostró un perfil de seguridad y eficacia comparable a la doble antiagregación durante el primer año de seguimiento, sin aumento de eventos embólicos ni hemorrágicos. Estos hallazgos sugieren que la SAPT podría representar una estrategia segura en pacientes con alto riesgo hemorrágico, evitando una intensificación antitrombótica innecesaria durante el periodo postimplante.