



SESIONES CIENTÍFICAS AHA 2025 DÍA 1

Del **7 al 10 de noviembre**, la ciudad de **Nueva Orleans** se convirtió en el epicentro mundial de la ciencia cardiovascular con una nueva edición de las **Sesiones Científicas de la American Heart Association (AHA) 2025**. Este encuentro, uno de los más influyentes en el ámbito de la cardiología, reúne a miles de especialistas, investigadores y profesionales de la salud de todo el mundo para compartir los avances que están transformando la medicina cardiovascular.

A lo largo de cuatro días, el programa científico presentó **ensayos clínicos de alto impacto**, debates con líderes de opinión y actualizaciones en áreas clave como insuficiencia cardíaca, cardiopatía estructural, arritmias, cardiometabolismo, prevención y cuidados críticos cardiovasculares. El congreso también abordó temas prioritarios como la equidad en salud, la innovación tecnológica aplicada al cuidado cardiovascular y las estrategias globales para enfrentar la creciente carga de las enfermedades cardiovasculares.

Como es habitual, **NOLTER** les acerca la cobertura de las sesiones más relevantes, destacando los resultados de los estudios que podrían redefinir la práctica clínica y abrir nuevas perspectivas terapéuticas en distintas patologías.

A continuación, compartimos los estudios presentados durante el **primer día**.

ÍNDICE

1. **Estudio ADAPT AF-DES:** Duración apropiada de la terapia antiplaquetaria y antitrombótica después de 12 meses en pacientes con fibrilación auricular tratados con stents liberadores de fármacos.
2. **Estudio OPTIMA-AF:** Terapia antitrombótica dual corta después de angioplastia coronaria en pacientes con fibrilación auricular.
3. **Estudio OCEAN:** Necesidad de anticoagulación oral continua en pacientes con riesgo clínico de ACV tras una ablación exitosa de fibrilación auricular.
4. **Estudio CLOSURE-AF:** Cierre de la orejuela izquierda en pacientes con fibrilación auricular y alto riesgo de ACV y sangrado, en comparación con la terapia médica.
5. **Estudio TOP:** Estrategia de transfusión liberal o restrictiva después de cirugía general o vascular.

1. ESTUDIO ADAPT AF-DES

Duración apropiada de la terapia antiplaquetaria y antitrombótica después de 12 meses en pacientes con fibrilación auricular tratados con stents liberadores de fármacos.

Los pacientes con fibrilación auricular (FA) suelen recibir tratamiento anticoagulante a largo plazo para prevenir el accidente cerebrovascular (ACV) isquémico y la embolia sistémica, mientras que a los pacientes que se someten a una intervención coronaria percutánea (PCI) con implante de stents liberadores de fármacos (DES) se les recomienda recibir terapia antiplaquetaria para prevenir la trombosis del stent y nuevos eventos isquémicos. Sin embargo, la combinación de terapias anticoagulante y antiplaquetaria incrementa el riesgo de sangrado. En consecuencia, varios ensayos aleatorizados han investigado la estrategia antitrombótica más eficaz para los pacientes con FA inmediatamente después de una PCI.

Con base en estos estudios, las guías actuales recomiendan la suspensión temprana de la aspirina y la continuación de una terapia combinada —preferentemente, la administración de un anticoagulante oral directo (ACOD) junto con un inhibidor de P2Y12— durante 6 a 12 meses tras la PCI. En contraste, estas guías aconsejan la monoterapia con anticoagulantes orales más allá del primer año posterior a la PCI, cuando la condición del paciente se ha estabilizado. No obstante, la evidencia proveniente de ensayos aleatorizados que respalde esta estrategia sigue siendo limitada.

Hasta la fecha, tres ensayos clínicos aleatorizados han evaluado la eficacia y seguridad de la monoterapia con anticoagulantes orales en comparación con la terapia combinada con un anticoagulante oral y un agente antiplaquetario único en pacientes con FA y enfermedad coronaria estable. Sin embargo, dichos estudios no se centraron específicamente en pacientes con implante de DES, permitieron el uso de warfarina o aspirina, o fueron interrumpidos de manera prematura.

El estudio ADAPT AF-DES fue un ensayo multicéntrico, aleatorizado, abierto y de no inferioridad realizado en Corea del Sur y diseñado para evaluar si la monoterapia con un ACOD es no inferior a la terapia combinada con ACOD más clopidogrel en pacientes con FA y enfermedad coronaria estable, un año después del implante de DES.

El estudio incluyó pacientes con FA que habían recibido la implantación de un DES al menos 1 año antes, en una proporción 1:1, para recibir monoterapia con un ACOD o terapia combinada (ACOD más clopidogrel).

El *criterio de valoración primario* fue el evento clínico adverso neto, un compuesto de muerte por cualquier causa, infarto de miocardio (IAM), trombosis del stent, ACV, embolia sistémica o sangrado mayor o clínicamente relevante no mayor a los 12 meses. El margen de no inferioridad fue de 3 puntos porcentuales.

Un total de 960 pacientes fueron aleatorizados: 482 al grupo de monoterapia y 478 al grupo de terapia combinada.

La edad media fue de 71,1 años y el 21,4% eran mujeres. La mediana de tiempo entre la PCI y la aleatorización fue de 32,8 meses (RIC 15,1 a 73,5). Se diagnosticó FA paroxística en el 38,9% de los casos y FA persistente o permanente en el 61,1%.

A los 12 meses de seguimiento, el criterio de valoración primario se registró en 46 pacientes del grupo de monoterapia (estimación de Kaplan–Meier: 9,6%) y en 82 pacientes del grupo de terapia combinada (17,2%), lo que representó una diferencia absoluta de –7,6 puntos porcentuales (IC 95,2%: –11,9 a –3,3; $p<0,001$ para no inferioridad). Además, la monoterapia mostró una reducción significativa del riesgo frente a la terapia combinada (HR 0,54; IC 95,2%: 0,37–0,77; $p<0,001$ para superioridad).

En cuanto a la seguridad, el sangrado mayor o clínicamente relevante no mayor se presentó en 25 pacientes (5,2%) del grupo de monoterapia, comparado con 63 pacientes (13,2%) del grupo de terapia combinada, con un HR de 0,38 (IC 95%: 0,24–0,60), lo que indica un riesgo hemorrágico sustancialmente menor con la estrategia de monoterapia.

En conclusión, en pacientes con fibrilación auricular y enfermedad coronaria estable más de un año después de una PCI con implante de stents liberadores de fármacos de segunda o tercera generación, la monoterapia con ACOD a 12 meses se asoció con un menor riesgo del evento compuesto de muerte por cualquier causa, infarto de miocardio, trombosis del stent, accidente cerebrovascular, embolia sistémica o sangrado mayor o clínicamente relevante no mayor, en comparación con la terapia combinada con ACOD y clopidogrel.

Los resultados fueron publicados simultáneamente en NEJM.

Referencia: [Therapy for Atrial Fibrillation in Patients with Drug-Eluting Stents](#)

2. ESTUDIO OPTIMA-AF:

Terapia antitrombótica dual corta después de angioplastia coronaria en pacientes con fibrilación auricular.

En pacientes con **fibrilación auricular** (FA) sometidos a intervención coronaria percutánea (PCI) con implante de stent, el tratamiento antitrombótico estándar consiste en la combinación de un anticoagulante oral directo (ACOD) y un inhibidor del receptor P2Y12 durante 12 meses. Sin embargo, esta estrategia, aunque eficaz en la prevención de eventos tromboembólicos y trombosis del stent, se asocia a un aumento en el riesgo de sangrado, particularmente en adultos mayores.

El **estudio OPTIMA-AF** evaluó si un esquema abreviado de un mes de terapia dual, seguido de monoterapia con un ACOD, podía ofrecer la misma eficacia con un mejor perfil de seguridad que la estrategia tradicional de un año de doble tratamiento.

Se trata de un ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico y abierto, realizado en 75 hospitales de Japón entre octubre de 2019 y septiembre de 2024. Se incluyeron 1.101 adultos con FA y enfermedad coronaria estable que recibieron un stent liberador de fármacos.

La edad media de los participantes fue de 75,2 años, y el 79% eran hombres. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos:

- **Terapia abreviada (1 mes):** ACOD + inhibidor P2Y12 durante un mes, seguido de NOAC en monoterapia durante los 11 meses restantes.
- **Terapia estándar (12 meses):** ACOD + inhibidor P2Y12 durante todo el año.

El objetivo primario fue el compuesto de muerte, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular a los 12 meses. Se evaluaron además los eventos hemorrágicos mayores y clínicamente relevantes.

A los 12 meses de seguimiento:

- **El evento primario (muerte, infarto o ACV) ocurrió en 5,4% del grupo de un mes y en 4,5% del grupo de 12 meses, demostrando eficacia comparable entre ambas estrategias (diferencia absoluta 0.9%, HR 1.20, IC95%: 0.70-2.07, p=0.002 para no inferioridad).**
- **Los eventos hemorrágicos fueron significativamente menores en el grupo de terapia abreviada (4,8% vs. 9,5%), principalmente a expensas de sangrados no graves que requirieron atención médica.**

Estos hallazgos sugieren que reducir la duración de la terapia dual no incrementa el riesgo isquémico y puede mejorar la seguridad y calidad de vida, al disminuir las complicaciones hemorrágicas y los costos asociados a su manejo.

En conclusión, una estrategia de solo un mes de terapia dual antitrombótica seguida de monoterapia con anticoagulante oral es tan segura y eficaz como el régimen estándar de 12 meses en pacientes con FA tratados con stents.

3. ESTUDIO OCEAN

Necesidad de anticoagulación oral continua en pacientes con riesgo clínico de ACV tras una ablación exitosa de fibrilación auricular.

La **ablación con catéter** es una terapia establecida para el tratamiento de la fibrilación auricular (FA) y ha demostrado ser superior al tratamiento médico en la reducción de la recurrencia y la carga de la arritmia. Una menor carga de FA se asocia con un menor riesgo de accidente cerebrovascular (ACV); sin embargo, aún no está claro si una ablación exitosa reduce el riesgo de ACV lo suficiente como para justificar la suspensión del tratamiento anticoagulante oral.

Por este motivo, las guías actuales recomiendan mantener la anticoagulación de manera indefinida tras la ablación de FA, en función del perfil de riesgo tromboembólico del paciente y no del éxito aparente del procedimiento. Estas recomendaciones se basan principalmente en evidencia proveniente de estudios pequeños y no aleatorizados.

Los riesgos y beneficios de continuar con la anticoagulación después de una ablación exitosa siguen siendo inciertos.

El **estudio OCEAN** fue diseñado para evaluar si el tratamiento continuado con rivaroxabán es superior al uso de aspirina para prevenir el ACV, la embolia sistémica y el ACV embólico silente en pacientes con factores de riesgo de ACV que habían tenido una ablación exitosa por fibrilación auricular.

Se trata de un ensayo internacional, abierto, aleatorizado, con evaluación ciega de los resultados, que incluyó a 1.284 pacientes que habían sido sometidos a una ablación exitosa por FA al menos un año antes y presentaban un puntaje CHA₂DS₂-VASc ≥ 1 (o ≥ 2 en mujeres o en pacientes con enfermedad vascular como factor de riesgo).

Los participantes fueron asignados aleatoriamente a recibir aspirina (70–120 mg diarios, según disponibilidad local) o rivaroxabán (15 mg diarios) y fueron seguidos durante 3 años. Se realizó una resonancia magnética cerebral (RM) al inicio y al final del seguimiento.

El criterio de valoración principal fue un compuesto de ACV, embolia sistémica o nuevo ACV embólico silente (definido como ≥ 1 nuevo infarto ≥ 15 mm en la RM) a los 3 años.

El 19 de mayo de 2022, el comité de monitoreo de datos y seguridad recomendó detener la inclusión de nuevos participantes en el ensayo debido a la alta probabilidad de que, al completarse, el estudio no demostrara un beneficio del rivaroxabán en el desenlace principal; además, se observó un aumento en el riesgo de sangrados no mayores.

Entre marzo de 2016 y julio de 2022 se aleatorizaron 1284 pacientes, 641 fueron asignados al grupo de rivaroxabán y 643 al de aspirina. La edad media de los pacientes fue de $66,3 \pm 7,3$ años, y el 28,6% eran mujeres. El puntaje medio de CHA₂DS₂-VASc fue de $2,2 \pm 1,1$, y el 31,9% de los pacientes tenía un puntaje de 3 o superior.

Los pacientes fueron incorporados al estudio una mediana de 16,4 meses (rango intercuartílico, 13,5 a 25,2) después de su último procedimiento de ablación.

Un evento del criterio principal ocurrió en 5 pacientes (0,31 eventos por 100 pacientes-año) en el grupo de rivaroxabán y en 9 pacientes (0,66 eventos por 100 pacientes-año) en el grupo de aspirina (riesgo relativo [RR] 0,56; IC 95%: 0,19–1,65; diferencia absoluta a 3 años, –0,6 puntos porcentuales; IC 95%: –1,8 a 0,5; $p=0,28$).

Se detectaron nuevos infartos cerebrales menores de 15 mm en 22 de 568 pacientes (3,9%) tratados con rivaroxabán y en 26 de 590 (4,4%) tratados con aspirina (RR 0,89; IC 95%: 0,51–1,55).

No hubo diferencias significativas en el desenlace primario de seguridad a los 3 años — sangrado fatal o mayor— entre el grupo rivaroxabán y aspirina (1.6% vs. 0.6%; HR 2,51; IC 95%: 0,79–7,95), aunque la incidencia de sangrado menor (11.5% vs. 3.1%; HR 3.71, IC95%: 2.29-6.01) y de sangrado clínicamente relevante no mayor (5.5% vs. 1.6%, HR 3.51, IC95%: 1.75-7.03) fue más alta con rivaroxabán.

En conclusión, entre los pacientes con factores de riesgo de ACV que se habían sometido a una ablación con catéter exitosa por FA al menos un año antes, el tratamiento con rivaroxabán no resultó en una incidencia significativamente menor del compuesto de accidente cerebrovascular, embolia sistémica o nuevo accidente cerebrovascular embólico silente en comparación con el tratamiento con aspirina.

La incidencia de hemorragia mayor fue similar en ambos grupos, aunque la incidencia de hemorragias menores y de hemorragias clínicamente relevantes no mayores fue más alta con rivaroxabán que con aspirina.

Los resultados fueron publicados simultáneamente en NEJM.

Referencia: [Antithrombotic Therapy after Successful Catheter Ablation for Atrial Fibrillation](#)

4. ESTUDIO CLOSURE-AF

Cierre de la orejuela izquierda en pacientes con fibrilación auricular y alto riesgo de ACV y sangrado, en comparación con la terapia médica.

La **fibrilación auricular** (FA) constituye la arritmia sostenida más frecuente y representa un importante factor de riesgo para accidente cerebrovascular (ACV) y embolia sistémica. En estos pacientes, la anticoagulación oral (ACO) es el tratamiento estándar para prevenir la formación de trombos, particularmente en el apéndice auricular izquierdo (LAA, por sus siglas en inglés), origen de la mayoría de los coágulos. Sin embargo, en personas de edad avanzada o con alto riesgo hemorrágico, el uso prolongado de ACO se asocia con un riesgo considerable de sangrado, lo que ha impulsado la búsqueda de estrategias alternativas menos invasivas, como el cierre percutáneo de la orejuela auricular izquierda (LAAC, por sus siglas en inglés).

El **estudio CLOSURE-AF** evaluó si el LAAC podía ser comparable o superior al tratamiento médico estándar en pacientes de edad avanzada con FA y alto riesgo de accidente cerebrovascular y hemorragia.

Se trató de un ensayo aleatorizado y multicéntrico, realizado en 42 centros de Alemania entre marzo de 2018 y abril de 2024. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a uno de dos grupos:

1. Tratamiento médico estándar, que incluyó anticoagulación oral cuando estaba indicada.
2. Cierre percutáneo de la orejuela auricular izquierda.

El *objetivo primario* fue demostrar la no inferioridad del cierre percutáneo frente al tratamiento médico estándar en relación con un criterio compuesto de ACV, embolia sistémica, muerte cardiovascular o inexplicada, o sangrado mayor. El seguimiento tuvo una mediana de 3 años.

Se incluyeron 888 adultos con FA y alto riesgo de ACV y sangrado; la edad media fue de 78 años y el 39% eran mujeres.

El estudio no alcanzó su objetivo principal de no inferioridad.

A una mediana de seguimiento de 3 años, el LAAC se asoció con un riesgo significativamente mayor del punto final primario en comparación con el mejor tratamiento médico estándar —que incluyó anticoagulación cuando estaba indicada— (16,83% vs. 13,27%; HR 1,28; IC95%: 1,01–1,62; p para no inferioridad = 0,44).

En conclusión, en pacientes con fibrilación auricular y alto riesgo de accidente cerebrovascular y sangrado, el cierre percutáneo de la orejuela auricular izquierda no logró demostrar no inferioridad frente al tratamiento médico estándar —incluida la anticoagulación cuando estaba indicada— y se asoció con mayores tasas del punto final compuesto.

5. ESTUDIO TOP

Estrategia de transfusión liberal o restrictiva después de cirugía general o vascular.

La *anemia posoperatoria* es una condición frecuente tras cirugías vasculares y generales mayores, y se asocia con un incremento de la morbilidad y mortalidad a corto plazo, especialmente en pacientes con alto riesgo cardiovascular basal.

Diversos ensayos clínicos han demostrado que utilizar un umbral restrictivo de transfusión es seguro en múltiples contextos clínicos. Por ello, las guías actuales recomiendan una estrategia restrictiva para la mayoría de los pacientes hospitalizados y clínicamente estables con anemia.

No obstante, el umbral óptimo de transfusión en pacientes con enfermedad cardíaca isquémica, particularmente tras procedimientos quirúrgicos mayores, continúa siendo incierto. Un ensayo en pacientes sometidos a cirugía por fractura de cadera —el 62,9% con antecedentes cardiovasculares— no halló diferencias significativas en la mortalidad a 60 días ni en la capacidad de deambulación entre las estrategias liberal y restrictiva. En cambio, estudios recientes en el contexto de infarto agudo de miocardio sugieren un posible perjuicio asociado a una estrategia restrictiva.

Esta falta de claridad representa una brecha de conocimiento clínico relevante, dado que los pacientes con alto riesgo cardíaco son, en teoría, los más susceptibles a reducciones incluso moderadas en la entrega de oxígeno provocadas por la anemia posoperatoria.

El ensayo TOP (Transfusion Trigger after Operations in High Cardiac Risk Patients) fue un estudio clínico aleatorizado, paralelo, simple ciego y de superioridad, realizado en 16 centros del sistema de Asuntos de Veteranos (VA) de los Estados Unidos entre febrero de 2018 y marzo de 2023.

El objetivo fue evaluar si una estrategia liberal de transfusión (umbral de hemoglobina <10 g/dL) reducía el riesgo de muerte o eventos isquémicos mayores dentro de los 90 días posteriores a la aleatorización, en comparación con una estrategia restrictiva (umbral de hemoglobina <7 g/dL), en pacientes con alto riesgo cardíaco (antecedentes de cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica, accidente cerebrovascular o accidente isquémico transitorio) sometidos a cirugía vascular o general mayor que desarrollaron anemia posoperatoria.

Se incluyeron 1.428 pacientes adultos (≥ 18 años) con alto riesgo cardíaco que presentaron hemoglobina posoperatoria <10 g/dL.

Los participantes fueron asignados aleatoriamente a dos estrategias:

1. Estrategia liberal: transfusión si Hb <10 g/dL.
2. Estrategia restrictiva: transfusión si Hb <7 g/dL.

El *punto final primario* fue un compuesto de muerte por cualquier causa, infarto de miocardio, revascularización coronaria, insuficiencia renal aguda o accidente cerebrovascular isquémico dentro de los 90 días posteriores a la aleatorización. Los puntos finales secundarios incluyeron un compuesto de complicaciones cardíacas distintas del infarto (arritmias, insuficiencia cardíaca o paro cardíaco no fatal).

Del total de 1.424 pacientes analizados (edad media $69,9 \pm 7,9$ años; 97,8% hombres; 75,2% blancos; 18,8% negros; 4,1% hispanos), 91,1% fueron sometidos a procedimientos vasculares.

A los cinco días de la aleatorización, la diferencia media de hemoglobina entre los grupos fue de 2,0 g/dL, siendo mayor en la estrategia liberal.

El evento primario ocurrió en 9,1% (61/670) de los pacientes del grupo liberal y en 10,1% (71/700) del grupo restrictivo (RR 0,90; IC95%: 0,65–1,24), sin diferencias estadísticamente significativas.

Entre los puntos secundarios, el compuesto de complicaciones cardíacas sin infarto de miocardio ocurrió en 5,9% (38/647) de los pacientes del grupo liberal versus 9,9% (67/678) del grupo restrictivo (RR 0,59; IC99%: 0,36–0,98), sugiriendo un posible beneficio de la estrategia liberal en la reducción de arritmias, insuficiencia cardíaca o paro cardíaco no fatal.

En conclusión, en pacientes con alto riesgo cardíaco sometidos a cirugía vascular o general mayor, una estrategia liberal de transfusión (Hb <10 g/dL) no redujo la mortalidad ni los eventos isquémicos mayores a 90 días en comparación con una estrategia restrictiva (Hb <7 g/dL). Sin embargo, la estrategia liberal se asoció con una menor incidencia de complicaciones cardíacas no infarto, lo que podría tener implicancias clínicas en determinados subgrupos de pacientes.

Los resultados fueron publicados simultáneamente en JAMA.

Referencia: [Liberal or Restrictive Postoperative Transfusion in Patients at High Cardiac Risk](#)