



ESC CONGRESS 2025 MADRID DÍA 3

ÍNDICE

- 1. Estudios SWEDEPAD 1 y 2:** Impacto de los Dispositivos Recubiertos de Droga en Pacientes con Enfermedad Arterial Periférica
- 2. Estudio PULSE:** angiotomografía coronaria para el seguimiento de la angioplastia de tronco de coronaria izquierda
- 3. Estudio Aquatic:** Aspirina agregada a la terapia anticoagulante en pacientes con síndromes coronarios crónicos, angioplastia previa y alto riesgo aterotrombótico.
- 4. Estudio OPTION-STEMI:** Momento de la Revascularización Completa durante la Hospitalización Índice en Pacientes con IAMCEST y Enfermedad de Múltiples Vasos
- 5. Estudio TAILORED-CHIP:** Terapia Antiagregante Plaquetaria en Angioplastia Coronaria Compleja
- 6. Estudio TARGET-FIRST:** Discontinuación Temprana de la Aspirina luego de una Angioplastia Coronaria en Pacientes con Infarto Agudo de Miocardio
- 7. Estudio ALONE-AF:** Discontinuación de la Anticoagulación Oral a Largo Plazo luego de una Ablación Exitosa de Fibrilación Auricular

1. ESTUDIOS SWEDEPAD 1 Y 2

Impacto de los Dispositivos Recubiertos de Droga en Pacientes con Enfermedad Arterial Periférica.

La enfermedad arterial periférica (EAP) se ha consolidado como un problema sanitario de magnitud creciente. Su impacto se refleja tanto en la elevada carga de morbilidad como en el incremento del riesgo cardiovascular asociado. Desde la claudicación intermitente hasta la isquemia crónica amenazante de las extremidades, las manifestaciones clínicas comprometen de manera profunda la calidad de vida de los pacientes y, en los casos más graves, pueden culminar en amputación.

Con el avance de la terapéutica endovascular, surgió el interés en dispositivos recubiertos con fármacos antiproliferativos —en particular paclitaxel— que mostraron, en los primeros estudios, una reducción en la tasa de reestenosis y de reintervenciones. Sin embargo, la verdadera trascendencia clínica de estas ventajas técnicas ha permanecido en discusión: ¿se traducen en menos amputaciones, en una mejor calidad de vida o en mayor seguridad a largo plazo?

Los ensayos SWEDEPAD 1 y 2, llevados a cabo en 22 centros suecos, fueron diseñados precisamente para responder a estas preguntas. Se trató de estudios pragmáticos, aleatorizados, con enmascaramiento de los participantes y con seguimiento prolongado, lo que les confiere un alto valor en términos de aplicabilidad clínica.

En **SWEDEPAD 1** se incluyeron 2.355 pacientes con isquemia crónica avanzada (Rutherford 4–6), tratados mediante abordaje endovascular infrainguinal. Los pacientes fueron aleatorizados a recibir dispositivos recubiertos con paclitaxel (en más del 99% de los casos) o dispositivos convencionales sin recubrimiento.

El desenlace primario fue el tiempo hasta la amputación mayor de la extremidad tratada.

Tras cinco años de seguimiento, no se observaron diferencias en la incidencia de amputación entre ambos grupos (HR 1,05; IC 95% 0,87–1,27).

En el primer año, sí se constató una menor frecuencia de reintervenciones en el grupo con dispositivos recubiertos (HR 0,81; IC 95% 0,66–0,98), pero esta ventaja se diluyó con el tiempo. La mortalidad global y la calidad de vida no mostraron diferencias significativas a largo plazo.

Por su parte, **SWEDEPAD 2** analizó 1.155 pacientes con claudicación intermitente (Rutherford 1–3) tratados mediante intervención endovascular infrainguinal tras cruce exitoso de la lesión con guía. Los participantes se asignaron a dispositivos con recubrimiento de paclitaxel o a dispositivos estándar.

El desenlace principal fue la calidad de vida a los 12 meses, evaluada con el cuestionario VascuQoL-6.

Tras un seguimiento medio de 6,2 años, no se halló diferencia entre los grupos (diferencia media –0,02; IC 95% –0,66 a 0,62). Tampoco se identificaron variaciones en las tasas de reintervención ni en la mortalidad global a largo plazo (HR 1,18; IC 95%

0,94–1,48). Sin embargo, emergió un hallazgo preocupante: una mayor mortalidad a 5 años en el grupo tratado con dispositivos recubiertos (HR 1,47; IC 95% 1,09–1,98).

En conclusión, los resultados de los ensayos SWEDEPAD indican que los dispositivos recubiertos con paclitaxel no reducen el riesgo de amputación en pacientes con isquemia crónica de las extremidades ni mejoran la calidad de vida en aquellos con claudicación intermitente.

Aunque se observó una reducción inicial en las reintervenciones, este beneficio fue transitorio y no se tradujo en mejoras en desenlaces clínicos relevantes.

Los resultados fueron publicados simultáneamente en The Lancet

Referencias:

[Paclitaxel-coated versus uncoated devices for infrainguinal endovascular revascularisation in chronic limb-threatening ischaemia \(SWEDEPAD 1\): a multicentre, participant-masked, registry-based, randomised controlled trial](#)

[Paclitaxel-coated versus uncoated devices for infrainguinal endovascular revascularisation in patients with intermittent claudication \(SWEDEPAD 2\): a multicentre, participant-masked, registry-based, randomised controlled trial](#)

2. ESTUDIO PULSE:

Angiotomografía coronaria para el seguimiento de la angioplastia de tronco de coronaria izquierda.

La enfermedad del tronco coronario izquierdo (TCI) representa una de las formas más críticas de cardiopatía isquémica, ya que su afectación compromete la irrigación de gran parte del ventrículo izquierdo. Durante décadas, el bypass coronario fue considerado el estándar terapéutico. Sin embargo, la mejora en los stents de última generación y en el tratamiento farmacológico han abierto la puerta a que la angioplastia coronaria transluminal (ATC) sea una alternativa válida en determinados pacientes. El desafío no termina con el procedimiento: persiste la incertidumbre sobre el seguimiento posterior, especialmente por el riesgo de reestenosis intrastent y de recurrencia de eventos isquémicos.

En este contexto, la tomografía computarizada coronaria (TCC) ha ganado terreno como herramienta diagnóstica. Se trata de una técnica no invasiva, con elevada precisión diagnóstica y menor exposición a riesgos y costes que la angiografía invasiva. No obstante, aún es motivo de debate si incorporar sistemáticamente la TCC al seguimiento de pacientes con ATC en el TCI aporta beneficios clínicos reales.

El **ensayo PULSE** fue diseñado para responder a este interrogante. Con carácter abierto, pero con evaluación ciega de los eventos, se llevó a cabo en 15 centros de Europa y Sudamérica, incluyendo pacientes consecutivos con estenosis crítica de TCI tratados mediante ATC.

Los 606 participantes (edad media 69 años, 18% mujeres) fueron asignados al azar, en una proporción 1:1, a dos estrategias: un control con TCC a los seis meses o un seguimiento convencional guiado por síntomas y pruebas de isquemia.

En el grupo TCC, cuando se detectaba reestenosis significativa se procedía a coronariografía invasiva y, en caso de confirmarse, a una nueva revascularización. Las lesiones en otros segmentos se abordaban siguiendo las guías clínicas. En el grupo control, las decisiones se basaban en la práctica estándar de cada centro.

El punto final primario fue un compuesto de muerte por cualquier causa, infarto de miocardio espontáneo, angina inestable o trombosis del stent, evaluado a los 18 meses de seguimiento.

La TCC se realizó en el 89,8% de los pacientes asignados a este grupo, a una mediana de 200 días tras la ATC.

Al comparar los resultados, no se encontraron diferencias en la incidencia del objetivo primario entre la estrategia con TCC y el seguimiento estándar (11,9% vs. 12,5%; HR 0,97; IC 95% 0,76–1,23; p=0,80).

Un hallazgo relevante fue la reducción del riesgo de infarto de miocardio espontáneo en el grupo de TCC (0,9% vs. 4,9%; HR 0,26; IC 95% 0,07–0,91; p=0,004). No obstante, esta estrategia también generó más revascularizaciones inducidas por hallazgos de imagen (4,9% vs. 0,3%; HR 7,7; IC 95% 1,70–33,7; p=0,001). Cabe destacar que cuando se analizaron las reintervenciones estrictamente clínicamente indicadas, no hubo diferencias entre los grupos (5,3% vs. 7,2%; HR 0,74; IC 95% 0,38–1,41; p=0,32).

En conclusión, El seguimiento sistemático con TCC a los seis meses de una ATC en el TCI no redujo el riesgo combinado de muerte, infarto, angina inestable o trombosis del stent en el plazo de 18 meses.

A pesar de no demostrar beneficios en el desenlace principal, la reducción de infartos espontáneos y la detección de lesiones que requirieron nueva revascularización plantean que la TCC podría tener un papel en subgrupos de pacientes con anatomía coronaria compleja o con riesgo elevado de complicaciones.

3. ESTUDIO AQUATIC

Aspirina agregada a la terapia anticoagulante en pacientes con síndromes coronarios crónicos, angioplastia previa y alto riesgo aterotrombótico.

El tratamiento antitrombótico de los pacientes con síndrome coronario crónico (SCC) que además requieren anticoagulación oral prolongada sigue siendo un terreno complejo y controvertido. Estos enfermos —a menudo con diabetes, enfermedad renal crónica o afectación multivaso— se encuentran en la encrucijada entre un riesgo trombótico elevado y un riesgo hemorrágico no menor. En la práctica cotidiana, la combinación de anticoagulación oral (ACO) más aspirina ha sido una elección frecuente, aunque sin un respaldo sólido de evidencia.

El **ensayo AQUATIC**, diseñado para poner a prueba si añadir aspirina a la ACO en pacientes con SCC y antecedente de implante de stent realmente ofrece un beneficio neto o, por el contrario, aumenta el riesgo de complicaciones.

Se trata de un ensayo multicéntrico, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, desarrollado en 51 hospitales de Francia. Se incluyeron pacientes con SCC sometidos a intervención coronaria percutánea (PCI) con stent al menos 6 meses antes, con indicación de ACO crónica (fundamentalmente por fibrilación auricular) y con alto riesgo aterotrombótico: antecedentes de PCI en síndrome coronario agudo, diabetes, enfermedad renal crónica, enfermedad multivaso difusa, PCI compleja o enfermedad arterial periférica.

La aleatorización se realizó 1:1 a aspirina o placebo, ambos en combinación con ACO (ya fueran anticoagulantes orales directos o antagonistas de la vitamina K).

El **objetivo primario de eficacia** fue un compuesto de muerte cardiovascular, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, embolia sistémica, revascularización coronaria y isquemia aguda de extremidades. La **variable principal de seguridad** fue la hemorragia mayor definida por ISTH.

El ensayo se detuvo de manera anticipada, tras una mediana de 2,2 años de seguimiento, debido a un exceso de mortalidad en el grupo tratado con aspirina. En total se aleatorizaron **872 pacientes**, con edad media de 72 años y 14,5% de varones.

Los resultados fueron claros:

- El evento primario ocurrió en **16,9% con aspirina vs. 12,1% con placebo** (HR ajustado 1,53; IC 95% 1,07–2,18; p=0,019).
- La **mortalidad total** fue más alta en el grupo aspirina (**13,4% vs. 8,4%**; HR ajustado 1,72; IC 95% 1,14–2,58; p=0,010).
- El riesgo de **hemorragia mayor** prácticamente se triplicó con aspirina (**10,2% vs. 3,4%**; HR 3,35; IC 95% 1,87–6,00; p<0,0001).
- Se documentaron **467 eventos adversos graves** con aspirina frente a 395 con placebo.

En conclusión, en este perfil de pacientes —SCC con antecedente de PCI, necesidad de ACO crónica y alto riesgo aterotrombótico— la adición de aspirina no solo no aportó un beneficio clínico, sino que incrementó de forma significativa los eventos cardiovasculares mayores, la mortalidad global y las hemorragias.

Los estudios fueron publicados simultáneamente en [NEJM](#).

Referencia: [Aspirin in Patients with Chronic Coronary Syndrome Receiving Oral Anticoagulation](#)

4. ESTUDIO OPTION-STEMI:

Momento de la Revascularización Completa durante la Hospitalización Índice en Pacientes con IAMCEST y Enfermedad de Múltiples Vasos.

La enfermedad coronaria multivaso es una condición que aparece con gran frecuencia en el contexto del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST), llegando a afectar a casi uno de cada dos pacientes. Ante esta realidad, las guías de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) recomiendan llevar a cabo una revascularización completa mediante intervención coronaria percutánea (PCI), abordando no solo la arteria responsable del evento agudo sino también las demás lesiones no culpables. Sin embargo, sigue abierto el debate sobre cuál es el mejor momento para tratar estas últimas.

El **estudio OPTION-STEMI** comparó dos estrategias: la revascularización completa inmediata, en la que todas las lesiones se tratan durante el mismo procedimiento, y la revascularización completa diferida, que reserva la intervención sobre las lesiones no culpables para un segundo procedimiento dentro de la misma hospitalización. El propósito fue determinar si ambas opciones ofrecen resultados clínicos equivalentes.

Se trató de un ensayo aleatorizado, abierto y de no inferioridad, iniciado por investigadores en 14 centros de Corea del Sur. Los participantes eran pacientes con IAMCEST y enfermedad coronaria multivaso que habían recibido una PCI exitosa de la arteria culpable. Tras ello, fueron asignados en proporción 1:1 a una estrategia de revascularización completa inmediata o a una diferida.

El objetivo primario se definió como un compuesto de mortalidad por cualquier causa, infarto de miocardio no fatal y necesidad de revascularización no planificada al año de seguimiento.

En total, se incluyeron 994 pacientes con una mediana de edad de 66 años; el 79% eran varones y un tercio (33%) presentaban signos de insuficiencia cardíaca al ingreso, clasificados como Killip II o III. La mediana de estancia hospitalaria fue de 4 días en quienes recibieron la estrategia inmediata y de 5 días en aquellos con tratamiento diferido. En este último grupo, la segunda intervención se realizó a una mediana de 3 días de la inicial.

Al cabo de un año, el desenlace primario se registró en el 13,1% de los pacientes tratados con revascularización inmediata frente al 10,8% de los del grupo diferido (HR 1,24; IC 95% 0,86–1,79; p para no inferioridad = 0,24), por lo que la hipótesis de no inferioridad no pudo confirmarse.

El análisis por subgrupos mostró resultados dispares según la clase de Killip al ingreso. En pacientes con insuficiencia cardíaca, la estrategia inmediata se asoció a peores resultados (HR 1,79; IC 95% 1,05–3,05). En contraste, en quienes no presentaban insuficiencia cardíaca no hubo diferencias significativas entre ambas estrategias (HR 0,84; IC 95% 0,50–1,41; p para interacción = 0,04).

En cuanto a los objetivos secundarios, el infarto no fatal ocurrió en el 3,9% de los pacientes del grupo inmediato y en el 5,1% del grupo diferido (HR 0,77; IC 95% 0,42–1,39). La mortalidad por todas las causas fue del 7,5% en la estrategia inmediata y del 5,3% en la diferida (HR 1,44; IC 95% 0,87–2,38).

En conclusión, la revascularización completa inmediata no logró demostrar no inferioridad respecto de la estrategia diferida en pacientes con IAMCEST y enfermedad coronaria multivaso. Además, se identificó una señal de mayor riesgo en aquellos que presentaban insuficiencia cardíaca al momento del evento.

Los resultados fueron publicados simultáneamente en [The Lancet](#).

Referencia: [Immediate versus staged complete revascularisation during index admission in patients with ST-segment elevation myocardial infarction and multivessel disease \(OPTION-STEMI\): a multicentre, non-inferiority, open-label, randomised trial](#)

5. ESTUDIO TAILORED-CHIP

Terapia Antiagregante Plaquetaria en Angioplastia Coronaria Compleja.

La doble terapia antiplaquetaria (DAPT), que combina aspirina con un inhibidor del receptor P2Y12, sigue siendo el estándar tras la intervención coronaria percutánea (ICP) con implante de stent. Sin embargo, en escenarios de alta complejidad y riesgo isquémico elevado, el esquema óptimo de inhibición plaquetaria aún no está claramente establecido.

El **ensayo TAILORED-CHIP** se planteó para investigar si una estrategia de modulación temporal de la DAPT—con una fase inicial de mayor intensidad seguida de una reducción progresiva—podría mejorar los resultados clínicos frente al régimen convencional. Este estudio abierto, aleatorizado, se llevó a cabo en 24 centros de Corea del Sur, incluyendo pacientes con características clínicas o anatómicas de alto riesgo que requerían ICP compleja.

Los participantes fueron asignados en proporción 1:1 a una estrategia personalizada, que consistió en ticagrelor a dosis baja (60 mg dos veces al día) más aspirina durante los primeros seis meses, seguido de clopidogrel en monoterapia durante los seis meses restantes, o a la DAPT estándar con clopidogrel más aspirina durante 12 meses.

El objetivo principal del estudio fue la incidencia de eventos clínicos adversos netos a 12 meses, definidos como un compuesto de muerte por cualquier causa, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, trombosis del stent, revascularización urgente no planificada y hemorragia clínicamente relevante. Entre los objetivos secundarios se evaluaron específicamente los eventos isquémicos mayores y las hemorragias clínicamente relevantes.

Se aleatorizaron un total de 2.018 pacientes, con una edad media de 64 años y un 17,1% de mujeres. La mayoría de los procedimientos (93,7%) involucraron la revascularización de al menos dos vasos principales, reflejando la complejidad de la población estudiada.

A los 12 meses, los eventos clínicos adversos netos se presentaron en el 10,5% de los pacientes asignados a la estrategia personalizada y en el 8,8% de aquellos tratados con DAPT estándar (HR 1,19; IC 95%: 0,90–1,58; p=0,21), sin diferencias estadísticamente significativas.

La incidencia de eventos isquémicos mayores también fue comparable entre ambos grupos (3,9% frente a 5,0%; HR 0,78; IC 95%: 0,52–1,19; p=0,25).

En contraste, la estrategia personalizada se asoció con un aumento significativo de hemorragias clínicamente relevantes (7,2% frente a 4,8%; diferencia absoluta 2,45%; IC 95%: 0,37–4,53; p=0,002), mientras que no se observaron diferencias significativas en hemorragias mayores (1,7% vs. 1,5%; p=0,70).

En conclusión, en pacientes sometidos a ICP compleja con alto riesgo isquémico, la modulación temporal de la DAPT mediante intensificación temprana y reducción tardía no ofreció un beneficio clínico neto sobre la terapia estándar. Aunque los eventos isquémicos se mantuvieron similares, esta estrategia personalizada se asoció con un mayor riesgo de hemorragias clínicamente relevantes, lo que pone en evidencia la necesidad de cautela al considerar ajustes en la intensidad de la terapia antiplaquetaria en escenarios de alto riesgo.

6. ESTUDIO TARGET-FIRST:

Discontinuación Temprana de la Aspirina luego de una Angioplastia Coronaria en Pacientes con Infarto Agudo de Miocardio.

La llegada de los stents liberadores de fármacos marcó un antes y un después en el tratamiento de la cardiopatía isquémica, al reducir de manera significativa el riesgo de reestenosis. Sin embargo, los primeros dispositivos se asociaban con trombosis tardía, lo que llevó a recomendar periodos prolongados de terapia antiplaquetaria doble, sobre todo en pacientes con síndrome coronario agudo. Esta estrategia, aunque efectiva, incrementa el riesgo de sangrado, incluso en pacientes con bajo riesgo de sangrado. Los stents de nueva generación, con mejor biocompatibilidad y dosis más bajas de fármaco, han disminuido notablemente la trombosis tardía, reavivando el interés por estrategias de desescalada antiplaquetaria temprana ajustadas al riesgo individual.

A pesar de algunos estudios que evaluaron terapias abreviadas en pacientes con alto riesgo de sangrado o en poblaciones específicas, son limitados los ensayos que investigan la suspensión temprana de aspirina en pacientes con infarto agudo de miocardio que han recibido una revascularización completa mediante stent contemporáneo.

El **estudio TARGET-FIRST** fue un ensayo multicéntrico y aleatorizado, diseñado para comparar la monoterapia con inhibidor de P2Y12 desde el primer mes frente a la terapia antiplaquetaria doble convencional en pacientes de bajo riesgo tratados con intervención coronaria percutánea (ICP) y stent de nueva generación.

Se incluyeron adultos con infarto agudo de miocardio que habían recibido una revascularización completa exitosa dentro de los 7 días posteriores al evento. Tras completar un mes de doble antiagregación sin eventos isquémicos ni sangrados mayores, los pacientes fueron aleatorizados a continuar con monoterapia de inhibidor de P2Y12 o mantener la doble antiagregación durante 11 meses más.

El desenlace primario consistió en un compuesto de muerte por cualquier causa, infarto de miocardio, trombosis del stent, accidente cerebrovascular o sangrado mayor (según BARC tipo 3 o 5) a los 11 meses, evaluado con un margen de no inferioridad de 1,25 puntos porcentuales. Como desenlace secundario principal se consideró el sangrado clínicamente relevante (BARC tipo 2, 3 o 5), evaluado para superioridad.

De los 2246 pacientes reclutados, 1942 fueron aleatorizados: 961 al grupo de monoterapia con inhibidor de P2Y12 y 981 al grupo de doble antiagregación. La edad media fue de $61,0 \pm 10,6$ años; el 78,4% eran hombres y el 21,6% mujeres. Entre las comorbilidades, 14,5% presentaban diabetes mellitus, 38,7% hipertensión y 27,8% hipercolesterolemia. La mitad de los pacientes (50,4%) ingresó por infarto con elevación del ST y el 49,6% por infarto sin elevación del ST.

En cuanto a los resultados, el desenlace primario se presentó en 20 pacientes (2,1%) del grupo de monoterapia y en 21 pacientes (2,2%) del grupo de doble antiagregación (diferencia: -0,09 puntos porcentuales; IC 95%: -1,39 a 1,20; $p=0,02$ para no inferioridad).

El sangrado BARC tipo 2, 3 o 5 ocurrió en 2,6% de los pacientes del grupo monoterapia frente a 5,6% del grupo de doble antiagregación (HR 0,46; IC 95%: 0,29–0,75; $p=0,002$).

para superioridad). La trombosis del stent fue poco frecuente y comparable entre grupos, al igual que los eventos adversos graves.

En conclusión, en pacientes de bajo riesgo con infarto agudo de miocardio sometidos a revascularización completa temprana y que completaron un mes de doble antiagregación sin complicaciones, la monoterapia con inhibidor de P2Y12 fue no inferior a la doble antiagregación en términos de eventos cardiovasculares y cerebrovasculares adversos, y se asoció con menor incidencia de sangrado.

Los resultados fueron publicados simultáneamente en NEJM.

Referencia: [Early Discontinuation of Aspirin after PCI in Low-Risk Acute Myocardial Infarction](#)

7. ESTUDIO ALONE-AF

Discontinuación de la Anticoagulación Oral a Largo Plazo luego de una Ablación Exitosa de Fibrilación Auricular.

La fibrilación auricular (FA) constituye la arritmia sostenida más frecuente y se asocia a un mayor riesgo de accidente cerebrovascular y eventos tromboembólicos. La ablación con catéter es una estrategia terapéutica destinada a eliminar focos eléctricos responsables de los latidos irregulares. Tras el procedimiento, las guías recomiendan anticoagulación oral (ACO) durante al menos dos meses para reducir el riesgo trombótico, y posteriormente, continuar el tratamiento según el riesgo individual de accidente cerebrovascular, evaluado mediante la puntuación CHA₂DS₂-VASc. Sin embargo, hasta la fecha, no existían datos provenientes de ensayos aleatorizados que avalen la necesidad de mantener ACO de forma indefinida en pacientes con ablación exitosa y sin recurrencias.

En este contexto, el estudio **ALONE-AF**, evaluó la seguridad de interrumpir la ACO en pacientes con FA no valvular que permanecieron libres de arritmia durante al menos 12 meses tras la primera ablación con catéter. Se trató de un ensayo abierto, multicéntrico y aleatorizado de superioridad, realizado en 18 centros de Corea del Sur.

Se incluyeron pacientes con al menos un factor de riesgo de accidente cerebrovascular (CHA₂DS₂-VASc ≥ 1 en hombres o ≥ 2 en mujeres), sin recurrencias documentadas de arritmia tras el primer año post-ablación. Los participantes fueron asignados aleatoriamente en proporción 1:1 a continuar la ACO con apixabán, rivaroxabán o edoxabán, o a suspenderla completamente.

El **desenlace primario** consistió en un compuesto de eventos clínicos adversos netos, incluyendo accidente cerebrovascular, embolismo sistémico y sangrado mayor, evaluado a los 24 meses. La cohorte final incluyó 840 pacientes, con edad media de 64 años y 25% de mujeres.

Los resultados mostraron que, a los 24 meses, la continuación de ACO se asoció con un mayor riesgo de eventos clínicos adversos netos en comparación con la suspensión del tratamiento (2,2% vs. 0,3%; diferencia absoluta -1,9%; IC 95%: -3,5 a -0,3; p=0,024).

No se observaron diferencias significativas en la incidencia de accidente cerebrovascular isquémico o embolismo sistémico entre los grupos (0,8% vs. 0,3%; diferencia absoluta -0,5%; IC 95%: -1,6 a 0,6). Por el contrario, el sangrado mayor fue más frecuente en el grupo con ACO (1,4%) y no se registró en el grupo sin ACO (0%; diferencia absoluta -1,4%; IC 95%: -2,6 a -0,2).

En conclusión, en pacientes sin recurrencias documentadas de arritmia auricular durante al menos 12 meses tras una ablación exitosa de FA, suspender la anticoagulación oral se asoció con un menor riesgo de eventos clínicos adversos netos, principalmente debido a la reducción de sangrado mayor, sin un aumento significativo del riesgo de accidente cerebrovascular o embolismo sistémico.

Los resultados fueron publicados simultáneamente en JAMA.

Referencia: [Long-Term Anticoagulation Discontinuation After Catheter Ablation for Atrial Fibrillation The ALONE-AF Randomized Clinical Trial](#)