

Artículo original

Antiagregación doble frente a simple, con o sin anticoagulación, tras reemplazo percutáneo de válvula aórtica: comparación indirecta y metanálisis

Monica Verdoia^a, Lucia Barbieri^{a,b}, Matteo Nardin^{a,c}, Harry Suryapranata^d y Giuseppe De Luca^{a,*}

^a Division of Cardiology, Azienda Ospedaliera-Universitaria "Maggiore della Carità", Eastern Piedmont University, Novara, Italia

^b Department of Cardiology, Ospedale S. Andrea, Vercelli, Italia

^c Department of Medicine, ASST "Spedali Civili", University of Brescia, Brescia, Italia

^d Department of Cardiology, University Medical Centre St Radboud, Nijmegen, Países Bajos

Historia del artículo:

Recibido el 9 de marzo de 2017

Aceptado el 5 de junio de 2017

Palabras clave:

Terapia antiagregante

Implante percutáneo de válvula aórtica

Metanálisis

RESUMEN

Introducción y objetivos: La estrategia antitrombótica más adecuada tras el reemplazo percutáneo de válvula aórtica (RPVA) es incierta, de manera que actualmente se recomienda de manera empírica la terapia antiagregante doble (TAD). El objetivo del presente metanálisis es valorar la seguridad y la efectividad de la TAD en pacientes sometidos a RPVA.

Métodos: Se incluyeron estudios que compararon diferentes estrategias antitrombóticas tras el RPVA. La variable de resultado primaria fue mortalidad total a los 30 días.

Resultados: Se incluyeron 9 estudios, 5 de ellos compararon la TAD con el ácido acetilsalicílico como único antiagregante y 4, la TAD con antiagregación plaquetaria en monoterapia (APM) junto con anticoagulación oral. De un total de 7.991 pacientes, el 72% estaba en TAD. La mediana de seguimiento fue de 3,5 meses. Se observó menos mortalidad entre los pacientes en TAD (el 12,2 frente al 14,4%; OR = 0,81; IC95%, 0,70-0,93; p = 0,003; p_{het} = 0,93), con beneficio cuando se comparó con ácido acetilsalicílico en monoterapia (OR = 0,80; IC95%, 0,69-0,93; p = 0,004; p_{het} = 0,60) y sin beneficio estadísticamente significativo cuando se comparó con la estrategia combinada de APM junto con anticoagulación oral (OR = 0,86; IC95%, 0,55-1,35; p = 0,51; p_{het} = 0,97). Un tendencia similar se observó respecto al ictus (OR = 0,83; IC95%, 0,63-1,10; p = 0,20; p_{het} = 0,67), sin incremento de la tasa de hemorragias mayores (OR = 1,69; IC95%, 0,86-3,31; p = 0,13; p_{het} < 0,0001). Mediante el método de análisis de comparación indirecta, no se documentó beneficio en las tasas de supervivencia total, ictus y hemorragias mayores con la adición de anticoagulación oral.

Conclusiones: Los resultados de este metanálisis muestran una reducción de la mortalidad y un beneficio discreto en la tasa de ictus, sin un aumento de la de hemorragias mayores, con la TAD respecto al tratamiento con un único antiagregante tras el RPVA. La adición de anticoagulación oral al ácido acetilsalicílico no obtuvo mayor beneficio respecto a la TAD o la APM.

© 2017 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Dual Versus Single Antiplatelet Regimen With or Without Anticoagulation in Transcatheter Aortic Valve Replacement: Indirect Comparison and Meta-analysis

ABSTRACT

Introduction and objectives: There is uncertainty on the correct management of antithrombotic therapies after transcatheter aortic valve replacement (TAVR), with dual antiplatelet therapy (DAPT) being currently recommended on an empirical basis. The aim of the present meta-analysis was to assess the safety and effectiveness of DAPT in patients undergoing TAVR.

Methods: Studies comparing different antithrombotic regimens after TAVR were included. The primary endpoint was 30-day overall mortality.

Results: We included 9 studies, 5 comparing DAPT with aspirin monotherapy and 4 comparing DAPT with monoantiplatelet therapy (MAPT) + oral anticoagulation. Among 7991 patients, 72% were on DAPT. The median follow-up was 3.5 months. Mortality was significantly lower in the DAPT group (12.2% vs 14.4%; OR, 0.81; 95%CI, 0.70-0.93; P = .003; P_{het} = .93), with similar benefits compared with aspirin monotherapy (OR, 0.80; 95%CI, 0.69-0.93; P = .004; P_{het} = .60), which were not statistically significant when compared with MAPT + oral anticoagulation (OR, 0.86; 95%CI, 0.55-1.35; P = .51; P_{het} = .97). A similar trend for DAPT was observed for stroke (OR, 0.83 95%CI, 0.63-1.10; P = .20; P_{het} = .67), with no

Keywords:

Antiplatelet therapy

Transcatheter aortic valve implantation

Meta-analysis

* Autor para correspondencia: Division of Cardiology, Azienda Ospedaliera-Universitaria "Maggiore della Carità", Eastern Piedmont University, Corso Mazzini 18, 28100 Novara, Italia.

Correo electrónico: giuseppe.deluca@maggioreosp.novara.it (G. De Luca).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2017.06.013>

0300-8932/© 2017 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

increase in the rate of major bleedings (OR, 1.69; 95%CI, 0.86-3.31; $P = .13$; $P_{\text{het}} < .0001$). On indirect comparison analysis, no benefit in survival, stroke, or bleedings was identified for additional oral anticoagulation.

Conclusions: The present meta-analysis supports the use of DAPT after TAVR, reducing mortality and offering slight benefits in stroke, with no increase in major bleedings compared with MAPT. The strategy of aspirin + oral anticoagulation did not provide significant benefits compared with MAPT or DAPT.

Full English text available from: www.revespcardiol.org/en

© 2017 Sociedad Española de Cardiología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Abreviaturas

AO: anticoagulación oral
APM: antiagregación plaquetaria en monoterapia
RPVA: reemplazo percutáneo de la válvula aórtica
TAD: terapia antiagregante plaquetaria combinada doble
TAVI: implante percutáneo de válvula aórtica

INTRODUCCIÓN

El reemplazo percutáneo de la válvula aórtica (RPVA) se está convirtiendo en la opción principal para el tratamiento de los pacientes con estenosis valvular aórtica grave, en especial los de los subgrupos con mayor riesgo, a los que no se puede tratar con una sustitución valvular quirúrgica^{1,2}.

Sin embargo, a pesar de los avances técnicos, el riesgo de complicaciones periintervención o a largo plazo sigue siendo relevante, incluida la aparición de eventos hemorrágicos en hasta el 41% de las intervenciones de implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI)³, principalmente por hemorragias en el lugar de acceso, mientras que alrededor de un 6% de los pacientes presentan ictus⁴.

Por este motivo, las guías actuales recomiendan una terapia antiagregante plaquetaria combinada doble (TAD) con ácido acetilsalicílico (AAS) a dosis bajas y una tienopiridina inmediatamente después del TAVI y durante un periodo de hasta 6 meses⁵. De todos modos, la evidencia que respalda estas indicaciones sigue siendo débil, y en metanálisis recientes se ha observado un aumento del riesgo de complicaciones hemorrágicas con las estrategias antiagregantes plaquetarias más potentes^{6,7}.

El equilibrio entre los riesgos hemorrágico y trombótico resulta difícil de alcanzar en los pacientes ancianos y frágiles, que generalmente son los candidatos a un RPVA. Además, se ha propuesto un posible efecto beneficioso de la anticoagulación de corta duración, con objeto de mejorar la prevención del ictus, según la estrategia aplicada para el reemplazo quirúrgico de la válvula aórtica, y principalmente en pacientes con fibrilación auricular concomitante⁸.

En ensayos aleatorizados actualmente en marcha, se intenta identificar la estrategia antitrombótica ideal después de las intervenciones de TAVI. Sin embargo, mientras no se disponga de nuevos datos, la información terapéutica sobre la seguridad y la efectividad de la TAD o la anticoagulación solo puede obtenerse de metanálisis de los estudios existentes, y este es el objetivo del presente estudio.

MÉTODOS

Elegibilidad para el estudio y estrategia de búsqueda

Se examinó la bibliografía existente mediante búsquedas bibliográficas formales en bases de datos electrónicas (MEDLINE,

Cochrane y EMBASE) para identificar los estudios clínicos, así como en resúmenes de congresos científicos, a través de las páginas web de *Transcatheter Cardiovascular Therapeutics*, EuroPCR, el *American College of Cardiology*, la *American Heart Association* y la Sociedad Europea de Cardiología, para identificar presentaciones orales y presentaciones de expertos entre enero de 1990 y diciembre de 2015.

Se incluyeron los estudios que comparaban una estrategia de TAD con una antiagregación plaquetaria en monoterapia (APM), con o sin anticoagulación oral (AO) después del TAVI.

Se utilizaron las siguientes palabras clave: «antiplatelet», «dual antiplatelet therapy»; «anticoagulation», «transcatheter aortic valve implantation»; «TAVI».

No se aplicaron restricciones de idioma. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: a) pacientes tratados con TAVI; b) disponibilidad de datos clínicos completos, y c) asignación de tratamientos antitrombóticos diferentes. Los criterios de exclusión fueron: a) datos de seguimiento de menos del 90% de los pacientes; b) estudios en marcha o con datos no recavables, y c) uso de tratamiento antitrombótico combinado triple (TAD + AO).

Extracción de los datos y evaluación de la validez

Extrajeron los datos 2 investigadores (M. Verdoia y L. Barbieri) de manera independiente. Si los datos estaban incompletos o eran poco claros, se contactó con los autores. Las discrepancias se resolvieron por consenso. Los datos se evaluaron según el principio de intención de tratar.

Parámetros de valoración

El objetivo principal fue la mortalidad total con TAD frente a APM ± AO. El objetivo secundario fue la aparición de ictus. El objetivo de seguridad se definió como la aparición de complicaciones hemorrágicas de carácter mayor (según la definición del protocolo) con TAD frente a otras estrategias. Se realizó una comparación indirecta ajustada de la APM + AO frente a la APM sola, y luego se llevó a cabo para los 3 objetivos del estudio.

Análisis de los datos

El análisis estadístico se realizó con el paquete informático gratuito Review Manager 5.3. Como estadísticas de resumen se utilizaron las *odds ratio* (OR) y sus intervalos de confianza del 95% (IC95%). Se calculó el valor combinado de la OR con un modelo de efectos fijos o aleatorios (modelo de efectos aleatorios de DerSimonian y Laird, si había una heterogeneidad significativa entre los estudios). Se utilizó la prueba de Breslow-Day para examinar la evidencia estadística de heterogeneidad entre los estudios ($p < 0,1$).

Evaluaron la calidad de los estudios los mismos 2 investigadores mediante una puntuación que, según lo descrito anteriormente⁹, se expresó en una escala ordinal, asignando 1 punto por la presencia

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8676521>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8676521>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)