



4025-6. ESTRATEGIA DE ANTIAGREGACIÓN SIMPLE Y DE CORTA DURACIÓN TRAS EL CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA: EFICACIA Y SEGURIDAD A 12 MESES

Marc Llagostera Martín, Héctor Cubero Gallego, Neus Salvatella Giralt, Aleksandra Mas-Stachurska, Andrea Sánchez Carpintero, Alejandro Negrete, Helena Tizón Marcos, Marcos García-Guimaraes, Álvaro Aparisi Sanz, Luis Molina Ferragut y Beatriz Vaquerizo Montilla

Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: El cierre percutáneo de orejuela izquierda (CPOI) es la estrategia de prevención de eventos embólicos en pacientes (p) con fibrilación auricular (FA) y contraindicación para tratamiento anticoagulante. Sin embargo, no está claro cuál es la mejor pauta de tratamiento pos-CPOI, siendo la recomendación más extendida realizar doble antiagregación (AAG) durante al menos 3-6 meses (m) y posteriormente AAG simple durante como mínimo 12 m, con los riesgos hemorrágicos que ello conlleva. El objetivo de este estudio es valorar la seguridad y eficacia de una pauta de AAG simple y de corta duración tras CPOI.

Métodos: Se trata de un estudio observacional, prospectivo y unicéntrico que incluyó de forma consecutiva pacientes con indicación para CPOI y que realizaron una pauta de AAG simple y de corta duración (3m) tras el procedimiento. Se excluyeron aquellos pacientes que por otras razones clínicas mantuvieron el tratamiento AAG de forma indefinida. Se realizó ecocardiograma transesofágico al mes y 12 m pos-CPOI. Se realizó seguimiento clínico a los 3 y 12 m.

Resultados: Se incluyó a 40 pacientes. La edad media fue $76,5 \pm 11$ años (50% mujeres). Alto índice de comorbilidad con 90% HTA, 40% DM2, 30% ictus/AIT, 85% eventos hemorrágicos previos (tabla). Riesgos isquémicos y hemorrágicos muy elevados con CHA_2DS_2-VASc $4,65 \pm 2,2$ y $HAS-BLED$ $4,1 \pm 1,2$. El dispositivo usado para el CPOI fue tipo *pacifier* en el 100%p y el tamaño medio fue de 24 ± 4 mm. Al alta, 39p (97,5%) recibieron AAS en monoterapia y 1 paciente recibió clopidogrel. La mediana de la duración del tratamiento fueron 3 m [1,25-5]. El seguimiento durante 12 m se completó en el 100% de los pacientes. Se realizó ETE al mes en 37 pacientes (92,5%) y a los 12 m en 32 pacientes (80%). Durante el seguimiento: 1 paciente (2,5%) falleció de causa cardiovascular. No hubo ictus isquémicos ni embolias sistémicas; 0 pacientes presentaron trombosis del dispositivo a los 12m del procedimiento; 4 pacientes (10%) presentaron eventos hemorrágicos significativos según la clasificación de la *Bleeding Academic Research Consortium-BARC* (3 BARC 3a; 1 BARC 3c), de los cuales 3 pacientes -75% (2 BARC 3a y 1 BARC 3c); fueron mientras aún estaban en tratamiento con AAS.

Características basales (n = 40p)

Edad (años)	76 ± 11	Insuficiencia renal (%)	67,5
Sexo femenino (%)	50	FG (ml/min)	49,4 ± 23
Hipertensión (%)	90	Hemodiálisis (%)	7,5
Diabetes (%)	40	Hb (g/dl)	11,7 ± 1,9
FA (%)		Sangrado previo (%)	80
Paroxística	42,5	Gastrointestinal	47,5
Persistente	10	Ictus hemorrágico	15
		Intracraneal	7,5
Permanente	47,5	Otros	10
Ictus/AIT previo (%)	30	FEVI (%)	59,4 ± 8,3
Enfermedad coronaria (%)	5	Diámetro AI (mm)	46,3 ± 8,6
Vasculopatía periférica (%)	10		

AI = aurícula izquierda; AIT = accidente isquémico transitorio; FA = fibrilación auricular; FG = filtrado glomerular; Hb = hemoglobina.

Conclusiones: En una población de elevado riesgo embólico y hemorrágico, la estrategia de AAG simple durante 3m tras el cierre percutáneo de orejuela, podría ser una opción segura cuanto a prevención de eventos isquémicos embólicos y trombosis del dispositivo.