



6037-463. ESTRATEGIA ANTITROMBÓTICA TRAS EL CIERRE PERCUTÁNEO DE LA OREJUELA IZQUIERDA

Ana Pardo Sanz, Luisa Salido Tahoces, Covadonga Fernández-Golfín, José Luis Mestre Barceló, Alicia de Felipe Mimbbrera, Jaime Masjuán Vallejo, Rosana Hernández-Antolín y José Luis Zamorano Gómez del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El cierre percutáneo de la orejuela izquierda (CPOI) ha demostrado ser una alternativa segura a la anticoagulación oral en pacientes con fibrilación auricular no valvular con contraindicación para la misma. El régimen antiagregante más adecuado posprocedimiento no está bien establecido. Nuestro objetivo es evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento antiagregante posterior al implante, ajustándolo en función del riesgo embólico y hemorrágico del paciente.

Métodos: Se incluyeron 57 pacientes consecutivos con fibrilación auricular no valvular (edad media $74,77 \pm 7,9$ años; 63,2% varones) referidos a nuestro centro para CPOI entre marzo de 2012 y noviembre de 2016. Se evaluaron las indicaciones para el procedimiento, scores de riesgo (CHA₂DS₂-VASc, HAS-BLED), tratamiento antiagregante pautado al alta y aparición de eventos durante el seguimiento. Se analizaron los resultados con el programa estadístico SPSS versión 23.

Resultados: La indicación más frecuente para el CPOI fue sangrado digestivo de repetición (49%), seguido de hemorragia cerebral (28%), ictus de repetición (17,5%) y otros (2%). La mediana de puntuación de los scores de riesgo fue CHA₂DS₂-VASc de 4 (rango intercuartílico (RIQ) 6) y HAS-BLED de 3 (RIQ 5). La media de seguimiento fue de $12,3 \pm 9,3$ meses. El CPOI se realizó con éxito en 55 pacientes (96,5%; ACP en 13 pacientes y amulet en 42 pacientes). El tratamiento pautado al alta fue doble antiagregación durante 6 meses en 38 pacientes, monoantiagregación en 7 pacientes con riesgo hemorrágico muy alto y doble antiagregación más anticoagulación durante 3 meses (seguido de anticoagulación indefinida) en pacientes con ictus de repetición a pesar de anticoagulación correcta. Se registraron en el seguimiento 11 eventos hemorrágicos, todos ellos en pacientes cuya indicación era sangrado digestivo (7 de ellos estaban monoantiagregados y 3 con doble antiagregación en el momento del sangrado). En el seguimiento se realizó ecocardiograma transtorácico un mes tras el procedimiento a todos los pacientes y ecocardiograma transesofágico en un 53% de los casos a los 6 meses. No se detectó ninguna trombosis del dispositivo. No se registro ningún evento embólico durante el seguimiento.

Conclusiones: Individualizar el tratamiento antiagregante y anticoagulante en los pacientes a los que se les realiza CPOI en función del riesgo embólico y hemorrágico es una estrategia eficaz y segura para prevenir eventos embólicos y de sangrados.