



Revista Española de Cardiología



6033-410. TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO INDIVIDUALIZADO TRAS CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA-EN LA BÚSQUEDA DEL EQUILIBRIO

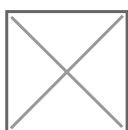
María Plaza Martín, Luisa Salido Tahoces, Covadonga Fernández Golfín, José Julio Jiménez Nácher, Amparo Esteban Peris, Ana Ayala Carbonero, Javier Ramos Jiménez, Sergio Hernández Jiménez, José Luis Mestre Barceló, Rosa Ana Hernández Antolín, Ana Pardo Sanz, María Valverde Gómez, Vanesa Cristina Lozano Granero, Marina Pascual Izco y José Luis Zamorano Gómez, del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El cierre percutáneo de la orejuela izquierda (CPOI) constituye una alternativa terapéutica segura en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) y contraindicación para anticoagulación. Sin embargo, el esquema antitrombótico después del procedimiento no está claramente establecido.

Métodos: Se incluyeron 74 pacientes consecutivos con FANV referidos a nuestro centro para CPOI entre marzo de 2012 y diciembre de 2017. Se evaluó el tratamiento antitrombótico al alta y aparición de eventos durante el seguimiento.

Resultados: Las indicaciones de CPOI más frecuentes fueron: sangrado digestivo (38%), hemorragia intracraneal (28%) e ictus embólico de repetición (27%). La edad media fue de $65,1 \pm 26,8$ años, siendo 49 (66%) varones y 34 (46%) tenían antecedente de ictus. La puntuación media de la escala $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$ fue de $4,6 \pm 1,6$ y de la escala HAS-BLED de $3,3 \pm 1,0$. El intervencionismo se llevó a cabo de forma exitosa en 71(96%) pacientes. La doble antiagregación (TAPD) fue la estrategia más frecuentemente empleada al alta (63%). En el subgrupo con ictus embólicos de repetición (15%), se prescribió anticoagulación (ACO) asociada a un fármaco antiagregante. En aquéllos con bajo riesgo hemorrágico (HAS-BLED de 1 a 3) se optó por triple tratamiento (representaban un 7% de la muestra). En último lugar, la antiagregación simple (SAPT) fue la estrategia empleada en el subgrupo con mayor riesgo hemorrágico (HAS-BLED medio de $4,3 \pm 2,2$) que incluía 9 (13%) pacientes. El tiempo de seguimiento medio fue de $13,5 \pm 9,3$ meses. Durante el mismo se detectaron 19(27%) complicaciones hemorrágicas (84% en relación con sangrado digestivo). La mayoría de los pacientes que desarrollaron estas complicaciones (89%) tenían indicación de CPOI por eventos hemorrágicos, mientras que solo 2(11%) la tenían por ictus isquémicos múltiples. En todos ellos, la estrategia antitrombótica elegida al alta había consistido en doble o simple antiagregación. No hubo ictus isquémicos de origen cardioembólico durante el seguimiento ni se detectó trombosis asociada al dispositivo en el ecocardiograma transesofágico a los 6 meses.



Conclusiones: En nuestra muestra, el CPOI constituye un procedimiento seguro y efectivo en la prevención de eventos embólicos en pacientes con FANV. La elección individualizada del esquema antitrombótico al

alta es crucial para minimizar las complicaciones hemorrágicas especialmente en los pacientes de alto riesgo.