

5006-6. CIERRE DE OREJUELA IZQUIERDA EN ICTUS RECURRENTE

Berenice Caneiro-Queija¹, Rodrigo Estévez Loureiro¹, José Luis Maciñeiras Montero², Amanda Álvarez Noval³, Carmen Labandeira Guerra⁴, Sergio Raposeiras Roubín⁵, Manuel Barreiro Pérez⁵, Julio Echarte-Morales¹, Rocío González Ferreiro¹, Guillermo Bastos Fernández¹, Antonio Alejandro de Miguel Castro¹, Francisco Calvo Iglesias⁵, José Antonio Baz Alonso¹ y Andrés Íñiguez Romo⁵

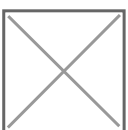
¹Cardiología Intervencionista. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), España, ²Neurología. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), España, ³Neurología. Hospital POVISA, Vigo (Pontevedra), España, ⁴Neurología. Complejo Hospitalario, Ourense, España y ⁵Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), España.

Resumen

Introducción y objetivos: No existen recomendaciones acerca de la prevención del ictus recurrente en pacientes bajo tratamiento con anticoagulantes orales directos (ACOD). El cierre de orejuela izquierda (COI) es una alternativa para pacientes que no toleran la anticoagulación. Este estudio pretende comparar una estrategia híbrida de COI y anticoagulantes orales directos frente a una estrategia basada en el manejo médico mediante anticoagulación en una cohorte de pacientes con fibrilación auricular (FA) y eventos embólicos recurrentes.

Métodos: De forma retrospectiva incluimos consecutivamente 100 pacientes que habían presentado eventos tromboembólicos bajo tratamiento con ACOD entre enero de 2017 y noviembre 2023 en 3 hospitales con una red común de código ictus y cardiología intervencionista. Los pacientes recibieron una estrategia intervencionista o conservadora de acuerdo con el criterio médico. Se llevó a cabo un análisis con emparejamiento por puntuación de propensión (PSM) para ajustar las diferencias entre grupos. El objetivo primario de eficacia incluyó un combinado de mortalidad, ictus y eventos embólicos. El objetivo primario de seguridad fue el sangrado mayor de acuerdo con los criterios Bleeding Academic Research Consortium (BARC).

Resultados: Tras el análisis PSM se incluyeron 62 pacientes (56,5% mujeres). El CHA₂DS₂-VASc medio fue $5,2 \pm 1,3$ y $4,7 \pm 1,4$ puntos y HAS-BLED $2,3 \pm 0,4$ y $2,2 \pm 0,8$ puntos para los grupos intervencionista y conservador, respectivamente. Durante el seguimiento 21 pacientes presentaron un evento embólico: 1,7% por paciente-año en el grupo conservador frente al 0,6% por paciente-año en el grupo intervencionista. El COI mostró una reducción significativa en el objetivo primario de eficacia, *hazard ratio* [HR 0,19 (IC95% 0,06-0,67)] (figura). La estrategia híbrida se asoció con una reducción del riesgo embólico [HR 0,11 (IC95% 0,01-0,88)]. No hubo diferencias en cuanto al sangrado mayor entre grupos [HR 0,28 (IC95% 0,03-2,5)].



Conclusiones: En nuestro estudio el COI se asoció de forma significativa a un menor riesgo de mortalidad, ictus y eventos embólicos comparado con una estrategia conservadora en pacientes con FA y eventos embólicos recurrentes. Además, el COI redujo significativamente el riesgo embólico con un perfil de seguridad similar para ambos grupos.