



6036-314. SANGRADO DIGESTIVO ASOCIADO A ANTICOAGULACIÓN ORAL COMO INDICACIÓN DE CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA

Javier Jimeno Sánchez, Patricia Sanz Segura, Alejandro José García Ortego, Gabriel Galache Osuna, Naiara Calvo Galiano, Vanesa Bernal Monterde, Elena Gambó Ruberte y M. del Rosario Ortas Nadal, del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción y objetivos: Muchos pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) y anticoagulación oral (ACO) presentan elevado riesgo hemorrágico. El objetivo es evaluar en pacientes con FANV y hemorragia digestiva (HD) asociada a ACO el efecto del cierre percutáneo de orejuela izquierda (CPOI) sobre el consumo de recursos sanitarios atribuibles a HD. Secundariamente, analizar la seguridad del procedimiento.

Métodos: Análisis retrospectivo y unicéntrico de los pacientes con FANV sometidos a CPOI desde enero de 2015 hasta noviembre de 2018 por HD recurrente o persistente asociada a ACO. Se recogieron datos de consumo de recursos asistenciales (ingresos hospitalarios, endoscopias digestivas y hemotransfusiones) durante los 6 meses previos y posteriores al procedimiento. Para descartar trombosis del dispositivo se realizó una ecocardiografía transesofágica a los 3 meses del CPOI.

Resultados: Se analizaron 9 pacientes con indicación de CPOI por HD de un total de 18 procedimientos (50%). La edad media fue 73 ± 4 años. Las puntuaciones medias $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$ y HAS-BLED fueron $4,9 \pm 1,4$ y $4,5 \pm 1,3$, respectivamente. Había 1 paciente en tratamiento con sintrom y 8 con ACO de acción directa, así como 2 pacientes con ácido acetilsalicílico (AAS) concomitantemente. La indicación fue por angiodisplasias (55%), ectasia vascular antral gástrica (22%), cirrosis hepática (11%) y proctitis rádica (11%). Los dispositivos utilizados fueron Watchman (78%) y Amplatzer (22%). El implante tuvo éxito en el 100% de los casos, sin complicaciones periprocedimiento. El tratamiento antitrombótico tras el CPOI fue ACO (33%), ACO y AAS (11%), AAS y clopidogrel (11%), AAS (11%) o ningún tratamiento (33%). A los 90 días del CPOI ningún paciente estaba anticoagulado. El número medio de ingresos en los 6 meses previos y posteriores al CPOI se redujo de $2,3 \pm 1,4$ a $0,3 \pm 1$ ($p 0,01$), el número medio de endoscopias disminuyó de $3,5 \pm 1,6$ a $0,4 \pm 1$ ($p 0,01$) y el número medio de concentrados de hematíes por paciente se redujo de $7,4 \pm 3,7$ a $2,8 \pm 3,7$ ($p 0,02$). El valor medio de hemoglobina se incrementó desde $9,2 \pm 1$ g/dl al inicio hasta 10 ± 1 g/dl a los 6 meses del procedimiento ($p 0,1$). No se han registrado eventos tromboembólicos ni trombosis del dispositivo.

Variables del procedimiento

Edad media (años)

73 ± 4

Escala CHA ₂ DS ₂ -VASc	4,9 ± 1,4
---	-----------

Escala HAS-BLED	4,5 ± 1,3
-----------------	-----------

Dispositivo

Watchman	7 (78%)
----------	---------

Amplatzer	2 (22%).
-----------	----------

Éxito del implante	9 (100%)
--------------------	----------

Complicaciones periprocedimiento	0 (0%)
----------------------------------	--------

Tratamiento antitrombótico tras CPOI

ACO	3 (33%)
-----	---------

ACO y AAS	1 (11%)
-----------	---------

AAS y clopidogrel	1 (11%)
-------------------	---------

AAS	1 (11%)
-----	---------

Ninguno	3 (33%)
---------	---------

ACO suspendida a los 90 días	9 (100%)
------------------------------	----------

Eventos tromboembólicos	0 (0%)
-------------------------	--------

Trombosis del dispositivo	0 (0%)
---------------------------	--------

Fuga periprotésica

Mínima	1 (11%)
--------	---------

Significativa

0 (0%)

AAS: ácido acetilsalicílico; ACO; anticoagulación oral; CPOI: cierre percutáneo de orejuela izquierda.



Consumo de recursos asistenciales durante los 6 meses previos y 6 meses posteriores al CPOI en los pacientes con fibrilación auricular no valvular y hemorragia digestiva crónica asociada a tratamiento anticoagulante.

Conclusiones: El CPOI podría suponer una alternativa terapéutica en la prevención de tromboembolia en pacientes con FANV y HD crónica asociada a ACO, reduciendo el consumo de recursos sanitarios atribuibles a la HD.