



## 6003-37. IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO TRANSCATÉTER: MANEJO ANTITROMBÓTICO CON LA PRÓTESIS DE EDWARDS-SAPIEN

Luis Felipe Valenzuela García, Rafael J. Ruiz-Salmerón, Ramón Rodríguez, Alejandro Recio Mayoral, Manuel Calvo Toracido, Daniela Martins Romeo, Manuel Vizcaíno Arellano, Omar Araji Tagliani, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

### Resumen

**Antecedentes y objetivos:** El manejo antitrombótico antes y después del implante de la válvula Edwards-SAPIEN es un aspecto necesitado de mayor conocimiento. Desde noviembre/2008, 82 P remitidos por EAO en los que se desestimó la cirugía han sido evaluados por un equipo multidisciplinar.

**Métodos:** Se seleccionaron 39 P con edad de 79 años (61-91) y Euroscore de 16 % (5-47 %). El abordaje fue femoral (con exposición quirúrgica de la arteria) en 22 casos (TF) y transapical (TA) en 17 casos, todos bajo anestesia general. Para el procedimiento, 16 P llegaron sin antitrombóticos, 5 de ellos previamente anticoagulados que no recibían antiagregantes. Los 23 restantes llegaron con mono o doble antiagregación.

**Resultados:** Tras el procedimiento 12 P (grupo A) recibieron sólo anticoagulación (HBPM y dicumarínicos) que se inició tras retirar los drenajes y 23 P recibieron antiagregantes (grupo B) en las primeras 24 horas. La tasa de sangrado/transfusión fue de 3/12 (25 %) en el grupo A frente a 12/23 (52 %) en el grupo B y la tasa de infección 3/12 (25 %) en grupo A frente a 5/23 (21 %) en grupo B. Tras un seguimiento medio de 7 meses (rango 1-17 meses), 8 P presentaron eventos mayores (muerte 5P o reintervención 3P) y 23 P presentaron alguna complicación menor definida como prótesis en acceso vascular, fiebre y/o infección de la herida, necesidad de transfusión, estancia en UCI > 10 días, hospitalaria > 20 días o reingreso. No hubo diferencias en la tasa de eventos mayores (1/12 en grupo A y 3/23 en el grupo B) o menores (7/12 en grupo A y 14/23 en grupo B). En ninguno de los dos grupos ocurrieron complicaciones trombóticas de la prótesis o embolias sistémicas.

**Conclusiones:** En nuestra serie, la premedicación con antiagregantes no resultó imprescindible. La anticoagulación sistémica tras la retirada de los drenajes es una alternativa eficaz y posiblemente más segura que la doble antiagregación cuando no existe intervencionismo coronario o periférico.