



7009-12. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO CON DOBLE TERAPIA ANTIAGREGANTE TRAS EL CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO HEMORRÁGICO

Marina Pascual Izco¹, María Valverde Gómez¹, Luisa Salido Tahoces¹, José Luis Mestre Barceló¹, Covadonga Fernández-Golfín Lobán¹, Jaime Masjuan Vallejo², Rosa Ana Hernández Antolín¹ y José Luis Zamorano Gómez¹ del ¹Servicio de Cardiología y ²Servicio de Neurología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La doble terapia antiagregante (DAT) está indicada de 1 a 6 meses tras el cierre percutáneo de orejuela izquierda (CPOI). Sin embargo, los pacientes candidatos a este procedimiento son habitualmente de alto riesgo hemorrágico por lo que la duración de la DAT es menor. El objetivo de este estudio fue observar la duración media y seguridad de la DAT en pacientes de alto riesgo hemorrágico tras el CPOI.

Métodos: Análisis retrospectivo de 39 pacientes consecutivos a los que se realizó CPOI mediante implante del dispositivo Amplatzer Cardiac plug (n = 14) o Amplatzer Amulet (n = 25) entre marzo/2012 y abril/2016. El tiempo medio de seguimiento fue de $14,0 \pm 10,9$ meses. La edad media fue de $74,3 \pm 8,5$ años. El 59% (n = 23) eran varones. Todos los pacientes incluidos tenían indicación de tratamiento anticoagulante oral (TAO) por fibrilación auricular (FA). La mediana de puntuación de las escalas CHA₂DS₂-VASc y HAS-BLED fue de 4 (3-4) y 3 (3-5) respectivamente. Del total de la muestra, el 89,7% (n = 35) presentaba alguna contraindicación para TAO: 12 de ellos por hemorragia cerebral (30,8%) y 22 (56,4%) por sangrado digestivo previo. En tan solo 4 pacientes (10,3%) el CPOI fue indicado por la existencia de eventos embólicos pese a una adecuada anticoagulación. Se realizó TC cardiaco previo al implante del dispositivo en el 74,4% de la muestra (n = 29). Todos los pacientes fueron sometidos a un control ecocardiográfico al primer, sexto mes y 1 año tras el procedimiento.

Resultados: El tiempo medio de DAT (AAS + clopidogrel) tras el CPOI fue de $2 \pm 1,6$ meses. En 8 pacientes con riesgo extremo de sangrado la doble terapia se mantuvo tan solo 1 mes. A los $14,01 \pm 10,9$ meses de seguimiento, el 66,7% de los pacientes continuaban en tratamiento con AAS, mientras que el 33,3% restante no mantenía ninguna terapia antiagregante. 9 pacientes (23,1%) de los que continuaban con el tratamiento antiagregante presentaron hemorragia digestiva tras el CPOI. Ningún evento embólico ni episodio de sangrado intracraneal fue observado. Se comprobó el correcto sellado y epitelización de la orejuela izquierda en el 100% de los pacientes.

Características basales y eventos clínicos	
Variable	N = 39

Fibrilación auricular	39 (100%)
Enfermedad coronaria	7 (17,9%)
Ictus (previo al CPOI)	12 (30,8%)
Hemorragia intracraneal (previa al CPOI)	12 (30,8%)
Sangrado digestivo (previo al CPOI)	22 (56,4%)
Tratamiento anticoagulante o antiagregante previo al CPOI:	
Ninguno	4 (10,3%)
Acenocumarol	18 (46,2%)
Dabigatran	2 (5,1%)
Rivaroxaban	3 (7,7%)
Apixaban	2 (5,1%)
AAS	4 (10,3%)
AAS + clopidogrel	1 (2,6%)
Acenocumarol + AAS	1 (2,6%)
Acenocumarol + AAS + clopidogrel	1 (2,6%)
Dabigatran + AAS	1 (2,6%)
Complicaciones vasculares intraprocedimiento	1 (2,6%)
Exitus (causa no cardiológica)	3 (10,37,7%)
Exitus (causa cardiológica)	0 (0%)

Conclusiones: La retirada precoz del segundo antiagregante tras el CPOI parece una opción segura en pacientes de alto riesgo hemorrágico. Sin embargo, son necesarios estudios prospectivos que incluyan a un mayor número de pacientes para confirmar estos datos.