Rev Esp Cardiol. 2017;70(Supl 1): 1034

Revista Española de Cardiología

6037-466. MANEJO ANTITROMBÓTICO Y TASAS DE HEMORRAGIA EN PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS MITRAL A LOS QUE SE LES IMPLANTA TAVI

Ignacio J. Amat-Santos[1], Carlos Cortés Villar[1], José María Hernádez[2], Mariano Larman[3], Vicenç Serra[1], Raul Moreno[1], Itziar Gómez [1] y José Alberto San Román Calvar[1] del [1]Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR), Valladolid, [2]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, y [3]Hospital Donostia, Guipúzcoa.

Resumen

Introducción y objetivos: El manejo antitrombótico óptimo en pacientes a los que se les implanta válvula aórtica percutánea (TAVI) es desconocido. Los portador de prótesis mitral previa (PMP) mecánica tienen una alta incidencia de eventos trombóticos si no existe un terapia anticoagulante óptima. El mejor régimen en pacientes con PMP que van a implante de TAVI es completamente desconocido. Objetivo: describir la terapia antitrombótica utilizada en pacientes con PMP periimplante de TAVI.

Métodos: Entre abril de 2008 y enero de 2017, se implantó TAVI a pacientes consecutivos con PMP y estenosis aórtica. Se valoró la terapia antitrombótica perioperatoria y se valoró las complicaciones hemorrágicas.

Resultados: Se implantó TAVI a un total de 91 pacientes portadores de PMP. Previo a la intervención, 86 pacientes (94,5%) estaban recibiendo inhibidores de la vitamina K (IVK). En 24 pacientes estaban en tratamiento con doble terapia antitrombótica con ácido acetilsalicílico e IVK y en 2,20% triple terapia añadiendo clopidogrel. Fue más frecuente la presencia de enfermedad coronaria en estos pacientes (66,7 frente a 21,0%; p = 0001). En 22 pacientes (24,2%) se observó complicación hemorrágica. El riesgo de complicación hemorrágica y sangrado mayor fue más alta en pacientes portadores de PMP comparados con la población TAVI general (16,1%, p = 0,04 y 7,8%, p = 0,01). El tiempo medio entre la suspensión de la terapia anticoagulante y el procedimiento fue de 3 días. Se administró heparina de bajo peso molecular (HBPM) o HNF como terapia puente en un 65,5 y 35,59% respectivamente. No se hallaron diferencias en las tasas de sangrado de acuerdo al tipo de heparina utilizado (p = 0,749). Se reintrodujo anticoagulación en las primeras 24 horas tras el procedimiento en 83,9% de los pacientes, el agente más usado fue la HBPM. En la mitad de los pacientes se reintrodujo IVK en los primeros 3 días. El retraso en la reintroducción de la anticoagulación oral se relacionó con sangrado (p = 0,03).

Conclusiones: Presentar prótesis mitral previo al implante de TAVI incrementa el riesgo de sangrado. En todos los pacientes la anticoagulación se suspendió al menos 2 días antes del procedimiento. La HBPM fue el agente más frecuentemente usado como terapia puente. El retraso en la reintroducción de la anticoagulación oral se asoció con complicación hemorrágica.