



5021-2. CIERRE DEL APÉNDICE AURICULAR IZQUIERDO PARA DISMINUIR EL RIESGO HEMORRÁGICO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO

Estrella Suárez Corchuelo¹, Juan Manuel Nogales Asensio¹, Guillermo Bastos Fernández², Luis Nombela Franco³, Ginés Martínez Cáceres¹, Reyes González Fernández¹, Eladio Galindo Fernández¹, José Carlos Fernández Camacho¹, Javier Pérez Cervera¹, José María Gimeno Montes¹, Miguel Sánchez Sánchez¹, Javier Corral Macías¹, Rosa Navarro Romero¹, Antonio Merchán Herrera¹ y José Ramón López Mínguez¹

¹Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. ²Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra. ³Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes en fibrilación auricular (FA) que precisan de intervencionismo coronario percutáneo (ICP) suponen un auténtico desafío para el balance entre el tratamiento antitrombótico y el riesgo hemorrágico derivado del tratamiento combinado de antiagregación y anticoagulación oral (ACO).

Métodos: Analizamos un total de 69 pacientes con necesidad de ACO por FA sometidos a ICP. En 14 pacientes se realizó cierre del apéndice auricular izquierdo (CAAI) peri-ICP para evitar la anticoagulación y así disminuir su riesgo hemorrágico, mientras que 55 pacientes recibieron el tratamiento antitrombótico (TA) indicado por su clínico. Evaluamos los eventos adversos mayores (EAM) definidos como muerte, ictus o hemorragia mayor (hemorragia BARC 2b o 3) durante el seguimiento tras la ICP. La media de seguimiento tras la ICP fue de 23,5 meses en el grupo TA frente a 21,2 meses en el grupo CAAI.

Resultados: La edad fue similar en ambos grupos. La prevalencia de sexo femenino fue mayor en el grupo CAAI. No hubo diferencias en el perfil de riesgo trombotico ni hemorrágico basal si bien los pacientes del grupo de CAAI tuvieron mayor prevalencia de ICP y hemorragia previa. En todos los pacientes se implantó algún *stent* liberador de fármaco (SLF) y se indicó tratamiento antitrombótico durante al menos un año. El 36,4% de los pacientes del grupo TA recibió algún anticoagulante de acción directa. Ningún paciente del grupo CAAI recibió ACO. En los pacientes con CAAI hubo una menor incidencia de EAM tanto al año post-ICP (7,1 vs 20%; $p = 0,436$) como en el seguimiento total (14,3 vs 43,6%; $p = 0,043$).

Comparación de variables clínicas en el grupo TA frente al grupo CAAI

	TA (N = 55)	CAAI (N = 14)	p
Edad	75,2 ± 8,8	75,9 ± 5,2	0,786

Sexo femenino	15 (27,3%)	6 (42,9%)	0,258
HTA	41 (74,5%)	10 (71,4%)	0,813
Diabetes	27 (49,1%)	6 (42,9%)	0,677
ICP previa	18 (32,7%)	8 (57,1%)	0,092
Ictus previo	12 (21,8%)	1 (7,1%)	0,210
Hemorragia previa	2 (3,6%)	3 (21,4%)	0,053
CHADsVASC	4,2 ± 1,7	4,3 ± 1,5	0,769
HAS-BLED	2,9 ± 1,1	3,0 ± 0,8	0,776
Muerte a 1 año	6 (10,9%)	1 (7,1%)	1
Muerte total	17 (30,9%)	2 (14,3%)	0,320
Ictus a 1 año	0	0	1
Ictus total	2 (3,6%)	0	1
Hemorragia a 1 año	5 (9,1%)	0	0,575
Hemorragia total	13 (23,6%)	0	0,056
EAM a 1 año	11 (20%)	1 (7,1%)	0,436
EAM total	24 (43,6%)	2 (14,3%)	0,043

TA: tratamiento antitrombótico; CAAI: cierre del apéndice auricular izquierdo; HTA: hipertensión arterial; ICP: intervencionismo coronario percutáneo; EAM: eventos adversos mayores.

Conclusiones: A pesar del pequeño número de pacientes incluidos por ahora en la serie y del peor perfil de riesgo del grupo de CAAI, en los pacientes con necesidad de ACO por FA sometidos a ICP, el CAAI redujo

los EAM en el seguimiento a corto y largo plazo con respecto al tratamiento antitrombótico.