



Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

BENEFICIOS DEL CIERRE PERCUTÁNEO DE LA OREJUELA IZQUIERDA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR Y SANGRADO DIGESTIVO CRÓNICO ASOCIADO A ANTICOAGULANTES ORALES

P. Sanz Segura¹, J. Jimeno Sánchez², A. García Ortego³, J.M. Arbonés-Mainar⁴, J. Sánchez-Rubio Lezcano², G. Galache Osuna² y V. Bernal Monterde⁵

¹Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Royo Villanova, Zaragoza. ²Servicio de Cardiología, Unidad de Hemodinámica, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ³Servicio de Hematología y Hemoterapia, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ⁴Instituto Aragonés de Investigación Sanitaria and Translational Research Unit, Zaragoza. ⁵Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción: La hemorragia digestiva (HD) es la complicación grave más frecuente en pacientes anticoagulados por fibrilación auricular no valvular (FANV) y supone un notable consumo de recursos sanitarios. El cierre percutáneo de la orejuela izquierda (CPOI) consiste en implantar un dispositivo antitrombótico en la pared de la OI, responsable de la formación de más del 90% de los trombos. Esta técnica permite suspender la anticoagulación y ha demostrado no inferioridad en la prevención de eventos tromboembólicos respecto a anticoagulantes antagonistas de la vitamina K.

Objetivos: Evaluar en pacientes con FANV y HD crónica asociada a tratamiento anticoagulante, el efecto del CPOI sobre el consumo de recursos sanitarios atribuibles a la HD. Secundariamente, analizar la seguridad del procedimiento.

Métodos: Estudio prospectivo y unicéntrico, que incluyó pacientes con antecedente de FANV y HD recurrente o persistente (abierta o en forma de anemia crónica) o con alto riesgo de sangrado digestivo (reflejado por un score HAS-BLED ? 3) asociada a anticoagulación, sometidos a CPOI con dispositivo Watchman™ o Amplatzer™, desde marzo-2016 hasta noviembre-2021. Se evaluó el riesgo de eventos tromboembólicos y hemorrágicos mediante escalas CHAD2S2VASc y HAS-BLED, respectivamente. Se recogieron datos clínicos, analíticos y de consumo de recursos asistenciales (endoscopias digestivas, hemotransfusiones, ingresos hospitalarios y días de estancia) previos y 12 meses tras el procedimiento.

Resultados: Se incluyeron 35 pacientes, con edad media de 78,4 años (rango: 59-89), el 68,6% varones (n = 24). La indicación fue: 54,3% angiodisplasias intestinales (n = 19), 22,9% HD de origen oscuro (n = 8), y 22,9% otras indicaciones. En el 51,4% de los pacientes (n = 18) se modificó el anticoagulante en 2 o más ocasiones previo al CPOI, con puntuaciones medias de las escalas CHAD2S2VASc y HAS-BLED de 4,74 y 5 respectivamente. Se excluyeron 8 pacientes: 5 por pérdida de seguimiento y 3 por mantenimiento de la anticoagulación. El valor medio de hemoglobina aumentó desde 8 g/dl (DE 0,94) al inicio hasta 11,8 (DE 0,54) a los 12 meses del procedimiento (p 0,001). El número medio de concentrados de hematíes por paciente durante el año previo al CPOI fue 8,00 (DE 2,10) vs. 1,33 (DE 1,63) en los 12 posteriores (p 0,001); el de endoscopias 4,29 (DE 2,97) vs. 0,28 (DE 0,78) (p 0,001); y el de ingresos 2,44 (DE 1,94) vs. 0,05 (DE 0,23) (p 0,001), con una estancia hospitalaria media de 19,77 (DE 14,54) vs. 0,16 días (DE 0,7) (p 0,001). Se

identificó un caso de derrame pericárdico secundario a dislocación del dispositivo, sin objetivar eventos tromboembólicos en el seguimiento.

Conclusiones: El CPOI supone una alternativa segura a la anticoagulación oral en pacientes con FANV, que podría suponer un ahorro en el consumo de recursos sanitarios debidos a HD. Se precisan estudios prospectivos más amplios, aleatorizados y aleatorizados para confirmar estos resultados.