



P-107 - EFICACIA Y SEGURIDAD DEL CIERRE PERCUTÁNEO DE LA OREJUELA EN PACIENTES CON SANGRADO DIGESTIVO GRAVE, RECURRENTE Y REFRACTARIO

Pablo Fernández Rodríguez¹, Pilar Roquero Giménez², Luis Miguel García¹, Mario Calvo Soto¹, Elena Resina^{1,3}, Pablo Miranda García^{1,3}, Cecilio Santander Vaquero^{1,3} y Eukene Rojo Aldama^{1,3}

¹Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario La Princesa, Madrid. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Princesa, Madrid. ³Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Universidad Autónoma de Madrid, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERHD), Madrid.

Resumen

Introducción: El objetivo de este estudio es evaluar la seguridad y la eficacia del cierre percutáneo de la orejuela izquierda (COI) para prevenir resangrado digestivo, en pacientes con indicación de anticoagulación crónica y hemorragia digestiva recurrente y refractaria.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo llevado a cabo en el Hospital de La Princesa (Madrid). Se revisaron todos los pacientes sometidos a COI entre enero de 2017 y julio de 2023 y se seleccionaron aquellos sometidos a dicho procedimiento por indicación digestiva (sangrado grave, recurrente o refractario a tratamientos endoscópicos). Todos los pacientes recibieron posintervención doble antiagregación con clopidogrel y ácido acetilsalicílico (AAS) durante un mes y antiagregación simple otros 5 meses. Se evaluó la tasa de resangrado tanto en el postoperatorio inmediato bajo dicho protocolo (6 meses) una vez suspendido.

Resultados: De 58 pacientes sometidos a COI, 24 (50%) presentaron indicación por sangrado digestivo (edad media 81,5 años; 58% varones). La indicación de anticoagulación crónica fue la fibrilación auricular en un 83% y flutter en el 17%. El 67% recibía anticoagulantes de acción directa, el 21% antivitaminas K y tres pacientes tomaban AAS. La indicación más frecuente de COI fue sangrado recurrente por angiodisplasias (42%), hemorragia diverticular (29%) y ectasia vascular antral (EVA) (17%). El número medio de procedimientos endoscópicos tanto diagnósticos como terapéuticos fue de 5, 2 y 7 respectivamente. El 100% de los pacientes con sangrado por EVA habían recibido previamente tratamiento endoscópico, un 70% de los pacientes con sangrado por angiodisplasias y ningún paciente en el caso de sangrado diverticular. Como complicaciones del procedimiento, 2 pacientes presentaron derrame pericárdico y 1 paciente falleció por angina hemodinámica secundaria a hemorragia digestiva. Tras el COI (mediana de seguimiento 15 meses (RIC 9-29)), 16 pacientes no tuvieron más eventos hemorrágicos (71%), 5 pacientes (21%) resangraron en el postoperatorio inmediato estando bajo protocolo profiláctico antitrombótico y 3 (12%) resangraron tras finalizarlo. Entre los pacientes con sangrado inmediato, uno falleció por dicho motivo y en el resto (4/5) se suspendió o simplificó terapia antiagregante sin nuevos episodios de sangrado. De los 3 pacientes con sangrado tras suspender protocolo profiláctico antitrombótico, uno de ellos mantenía AAS de forma indefinida por cardiopatía isquémica y 2 no recibían

antiagregación. Tras el COI y una vez finalizado el protocolo de antiagregación posprocedimiento, el 88% de los pacientes estuvieron libres de eventos hemorrágicos a lo largo del seguimiento.

Conclusiones: El COI permite suspender la anticoagulación en el 100% de los pacientes y prevenir sangrado digestivo en el 88% de los pacientes. El COI en pacientes con indicación de anticoagulación crónica y sangrado digestivo grave, recurrente y refractario es seguro y eficaz.