

Tratamiento antitrombótico en implante transcáteter de prótesis de válvula aortica/ Mitraclip

Las valvulopatías aórtica y mitral afectan aproximadamente al 2.5% de la población general con una prevalencia > 10% en sujetos >75 años. Los procedimientos percutáneos de reemplazo o reparación de válvulas cardíacas son una alternativa eficaz a la cirugía y se han convertido en una opción superior de tratamiento para los pacientes con alto/muy alto riesgo quirúrgico.

A pesar de su indiscutible utilidad, las prótesis cardíacas pueden generar intercurencias graves e incluso mortales; entre ellas las trombosis de las prótesis y las embolizaciones sistémicas. A su vez, el procedimiento per se puede complicarse con sangrado.

Eventos tromboembólicos y sangrados tras el implante percutáneo de válvulas Ao			
	<30 días	1 año	2 años
Complicaciones severas (potencialmente fatales) (%)	10,2+3,5	15,95+0,9	17,6+0,7
Stroke (%)	4,1+0,7	7+1,7	8,5+2,3
Stroke invalidante (%)	2,4+1,3	4,1+1,8	4,9+2,1
FA de novo (%)	11,2+1,9	13+4,1	15,4+5,7
IAM (%)	0,9+0,1	2,1+0,3	2,7+0,8
Mortalidad de cualquier causa (%)	2,8+0,6	10,3+3,7	15,9+5,6
Mortalidad de causa cardiovascular (%)	2,6+0,6	7,1+2,9	10,7+4,1

J. Clin. Med. 2019, 8, 280; doi:10.3390/jcm8020280

Las razones para anticoagular a los pacientes con procedimientos percutáneos de reparación y/o reemplazo valvulares incluyen a la prevención de eventos tromboembólicos agudos, otras causas concomitantes como la FA y la trombosis valvular.

La estrategia antitrombótica después de un Reemplazo valvular aórtico transcáteter (TAVI) debe sopesar riesgo trombotico y de sangrado. Los scores CHADS2-VASc y HAS-BLED pueden colaborar en predecir estos riesgos,

permitiendo seleccionar la opción más apropiada (Anticoagulación-ACO-/ anti agregación-AP-)

En el Reemplazo valvular mitral trans catéter, la primera opción es la ACO debido al riesgo significativamente mayor de eventos tromboticos.

Si el paciente presenta fibrilación auricular u otra causa de ACO se recomienda ACO MONOTERAPIA. Doble esquema (ACO+AP con 1 único agente) solo si el paciente ha presentado síndrome coronario agudo reciente (menos de 6 meses), stents coronarios complejos y/o ateromas aórticos extensos.

La incidencia de ACV post TAVI por vía transfemoral es 2.4% y ha permanecido estable en los últimos años.

Los pacientes con eventos cerebrovasculares previos y Clearance de creatinina bajo tienen un riesgo > de stroke en los primeros 30 días.

El stroke post procedimiento aumenta x 6 la mortalidad a los 30 días. También aumenta la presentación de novo de FA y de sangrados potencialmente fatales.

La trombosis valvular en TAVI ocurre en un porcentaje bajo de los pacientes.

La mayoría presenta disnea progresiva y aumento de los gradientes transvalvulares. Debe ser sospechada ante evidencias de disfunción temprana.

Generalmente ocurre dentro de los primeros 2 años de realizado el procedimiento. No se asocia a estados protromboticos ni a la discontinuación del esquema antitrombotico. La anticoagulación restituye la función normal en los primeros 2 meses de tratamiento y debe ser considerado la terapéutica de elección.