

## 5021-8. CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS

Fabián Blanco Fernández<sup>1</sup>, Jean Carlos Núñez García<sup>1</sup>, Blanca Trejo Velasco<sup>2</sup>, Rocío González Ferreiro<sup>1</sup>, Alba Cruz Galbán<sup>1</sup>, Mónica García Monsalvo<sup>1</sup>, Milena Antúnez Ballesteros<sup>1</sup>, María Pilar Fraile<sup>1</sup>, David González Calle<sup>1</sup>, Alejandro Diego Nieto<sup>1</sup>, Javier Martín Moreiras<sup>1</sup>, Jesús Herrero Garibí<sup>1</sup>, Javier Rodríguez Collado<sup>1</sup>, Pedro Luis Sánchez Fernández<sup>1</sup> e Ignacio Cruz González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. <sup>2</sup>Complejo Asistencial de Burgos.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Los pacientes con fibrilación auricular (FA) y enfermedad renal crónica en hemodiálisis (HD) presentan una alta tasa de eventos tromboembólicos, con un peor resultado de la anticoagulación oral y una alta tasa de hemorragias en relación con esta. El cierre percutáneo de orejuela izquierda (COI) podría ser una alternativa, sin embargo, la evidencia disponible es escasa.

**Métodos:** El objetivo de este estudio es presentar los resultados del COI de pacientes en HD de nuestro centro, así como comparar estos resultados con una cohorte de pacientes no HD.

**Resultados:** De julio 2009 a enero 2020 se ha realizado COI en 370 pacientes, 25 pacientes en HD (56% varones). Los pacientes en HD eran más jóvenes (edad  $72 \pm 11$  vs  $78 \pm 7$ ;  $p < 0,001$ ) y más frecuentemente diabéticos (76 vs 37%;  $p < 0,01$ ). El diagnóstico de FA paroxística fue más frecuente (56 vs 27%;  $p < 0,01$ ), así como la historia de *flutter* auricular (20 vs 5%;  $p < 0,002$ ). La indicación más frecuente en HD fue la hemorragia (84%) mayor o menor, con una menor tasa de ictus (12 vs 35%;  $p < 0,02$ ) o hemorragia intracraneal (4 vs 27%;  $p < 0,01$ ) previos en comparación con los no-HD. El CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc y HAS-BLED fueron similares, pero aquellos en HD presentaban más frecuentemente INR lábil (42 vs 12%;  $p < 0,01$ ). El procedimiento se realizó de forma exitosa en todos los pacientes en HD, con uso similar de contraste ( $172 \pm 95$  vs  $144 \pm 76$  ml;  $p < 0,21$ ) y de escopia ( $15 \pm 7$  vs  $14 \pm 6$  min;  $p < 0,58$ ). Los dispositivos más utilizados fueron Amulet (44%) y Watchman (36%). Solo se registró 1 complicación periprocedimiento (4 vs 2,3%;  $p < 0,78$ ), siendo esta una reacción alérgica al contraste, y el tiempo medio de ingreso fue similar ( $1,8 \pm 2,2$  vs  $1,2 \pm 0,8$  días;  $p < 0,28$ ). La doble antiagregación al alta fue más utilizada (67 vs 39%;  $p < 0,01$ ), probablemente en relación con la suspensión de la anticoagulación oral al alta en todos los pacientes en HD (0 vs 16%;  $p < 0,046$ ). Tras un seguimiento medio significativamente superior en los pacientes con COI en HD ( $899 \pm 742$  vs  $586 \pm 404$  días;  $p < 0,04$ ), no se encontraron diferencias en las tasas de trombo peridispositivo, *leak*, ictus, hemorragia mayor y muerte cardiovascular (fig.), aunque la muerte por cualquier causa fue superior (28 vs 68%  $p < 0,01$ ).

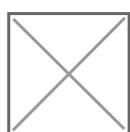


Tabla COI en pacientes en hemodiálisis.

**Conclusiones:** En nuestro medio, el COI es un procedimiento seguro y eficaz en pacientes en HD, con una tasa de complicaciones periprocedimiento y de eventos tromboembólicos a largo plazo, similar a los pacientes no-HD.