



## 6003-51. IMPACTO PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

Ruth María Sánchez Soriano<sup>1</sup>, María Dolores Albero Molina<sup>2</sup>, Carlos Israel Chamorro Fernández<sup>1</sup>, Rocío Julià-Sanchís<sup>3</sup>, Rafael Raso Raso<sup>1</sup>, Carlos del Pozo Fernández<sup>2</sup>, Guillermo Grau Jornet<sup>1</sup> y Julio Núñez Villota<sup>4</sup> de la <sup>1</sup>Unidad de Cardiología del Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy (Alicante), <sup>2</sup>Unidad de Nefrología del Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy (Alicante), <sup>3</sup>Universidad de Alicante y <sup>4</sup>Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario, Valencia.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La evidencia de la eficacia y seguridad de la anticoagulación oral con dicumarínicos en pacientes en hemodiálisis con fibrilación auricular (FA) no valvular es controvertida. El objetivo de nuestro estudio es evaluar las implicaciones a nivel pronóstico a largo plazo de la anticoagulación con dicumarínicos en una cohorte de pacientes con FA no valvular en programa de hemodiálisis debido a insuficiencia renal terminal.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo con inclusión consecutiva de 74 pacientes en hemodiálisis con FA no valvular. El periodo de inclusión fue de enero de 2005 a octubre de 2016. Los objetivos primarios fueron mortalidad por todas las causas, reingresos no programados (por todas las causas y por causas específicas) y sangrados durante el seguimiento. Se registraron los International Normalized Ratios (INRs) y los tiempos en rango terapéutico (TRT) de los pacientes anticoagulados durante el periodo de seguimiento. El fármaco anticoagulante administrado fue acenocumarol en todos los casos.

**Resultados:** La edad media fue de  $75 \pm 10$  años, 66,2% fueron varones y 43 pacientes (58,1%) recibieron acenocumarol (las características basales se muestran en la tabla). Durante una mediana de seguimiento de 2,40 años (IQR = 0,88-4,15), el acenocumarol no demostró beneficio en supervivencia [HR = 0,76, IC95% (0,35-1,66),  $p = 0,494$ ]. Sin embargo, los pacientes anticoagulados presentaron más riesgo de hospitalizaciones cardiovasculares recurrentes [IRR = 3,94, IC95% (1,06-14,69),  $p = 0,041$ ]. Hubo una tendencia a un aumento de hospitalizaciones repetidas de causa isquémica en los pacientes anticoagulados [IRR = 5,80, IC95% (0,86-39,0),  $p = 0,071$ ] (figura). Se observó una tendencia estadística hacia un mayor riesgo de sangrados totales recurrentes en los anticoagulados [IRR = 4,43, IC95% (0,94-20,81),  $p = 0,059$ ]. Los pacientes anticoagulados que sufrieron sangrados mayores presentaban mayor porcentaje de controles de INR por encima del rango terapéutico que los pacientes anticoagulados sin hemorragias mayores, mediana de 19% (IQR = 2-26%) frente a 10% (IQR = 0-26%);  $p = 0,01$ .



*Incidencia de hospitalizaciones recurrentes en pacientes en hemodiálisis con FA no valvular. A-Por todas las causas. B-Causa cardiovascular. C-Causa isquémica. ACO- Anticoagulación oral.*

Características basales de los pacientes con fibrilación auricular no valvular incluidos en programa de hemodiálisis anticoagulados frente a los no anticoagulados

|                                        | ACO (n = 43)    | No ACO (n = 31)   | p     |
|----------------------------------------|-----------------|-------------------|-------|
| Sexo                                   | 13 (30) mujeres | 12 (38,7) mujeres | 0,44  |
| Edad                                   | 74,7 (8)        | 75,5 (12,7)       | 0,76  |
| HTA                                    | 36 (83,7)       | 27 (87,1)         | 0,75  |
| Diabetes                               | 18 (42)         | 13 (42)           | 0,99  |
| Cardiopatía isquémica                  | 9 (21)          | 7 (22,6)          | 0,37  |
| Ictus previo                           | 9 (21)          | 4 (12,9)          | 0,37  |
| Sangrados mayores previos              | 5 (11,6)        | 2 (6,5)           | 0,69  |
| Insuficiencia cardiaca                 | 10 (23,3)       | 5 (16,1)          | 0,45  |
| FEVI ? 40%                             | 7 (16,3)        | 5 (17,2)          | 1     |
| CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc | 4,02 (1,42)     | 3,48 (1,09)       | 0,63  |
| HAS-BLED                               | 3,35 (0,92)     | 3,48 (1,06)       | 0,56  |
| Paroxística                            | 14 (32)         | 24 (77)           | 0,001 |
| Persistente                            | 8 (18,6)        | 5 (16)            | 0,86  |
| Permanente                             | 21 (48)         | 2 (6)             | 0,001 |
| Antiagregantes                         | 3 (7,3)         | 17 (54,83)        | 0,001 |
| IECA o ARA II                          | 13 (25)         | 13 (33,3)         | 0,69  |

|                       |             |              |       |
|-----------------------|-------------|--------------|-------|
| AI (mm)               | 44,7 (6,63) | 40,64 (6,64) | 0,017 |
| HVI (mm)              | 10 (24,4)   | 1 (3)        | 0,01  |
| Tiempo de seguimiento | 1015 (854)  | 1159 (1065)  | 0,52  |

Las variables continuas se expresan en media  $\pm$  desviación estándar. Las variables discretas se expresan en número (%). ACO: anticoagulación oral, AI: aurícula izquierda, FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo, IECA: inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina

**Conclusiones:** En el presente estudio, la anticoagulación oral con acenocumarol en pacientes en hemodiálisis con FA no valvular, no supuso un aumento de la supervivencia, y sin embargo, se asoció a un mayor riesgo de hospitalizaciones de causa cardiovascular y una tendencia a mayor riesgo de sangrados totales.