



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

Fabián Blanco Fernández¹, Jean Carlos Núñez García¹, Blanca Trejo Velasco², Rocío González Ferreiro¹, Alba Cruz Galbán¹, Mónica García Monsalvo¹, Milena Antúnez Ballesteros¹, María Pilar Fraile¹, David González Calle¹, Alejandro Diego Nieto¹, Javier Martín Moreiras¹, Jesús Herrero Garibí¹, Javier Rodríguez Collado¹, Pedro Luis Sánchez Fernández¹ e Ignacio Cruz González¹

¹Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ²Complejo 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 ± 11 vs 78 ± 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 CHA₂DS₂-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 ± 95 vs 144 ± 76 ml; $p < 0,21$) y de escopia (15 ± 7 vs 14 ± 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 ± 742 vs 586 ± 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% $p < 0,01$).

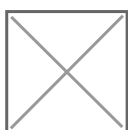


Tabla COI en pacientes en hemodiálisis.

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.