



## ÁREA CLÍNICA. Cardio

**OC-055**

**Escala de riesgo de mortalidad a 6 meses en pacientes ingresados con diagnóstico de insuficiencia cardiaca. Comparación con una escala pronóstica de cuidados paliativos**

J. Marttini Abarca, F.J. Martín Sánchez, P. Carrillo García, P. Gil Gregorio

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

**Objetivo:** Elaborar un modelo de riesgo predictor de mortalidad a 6 meses en pacientes mayores con insuficiencia cardiaca crónica descompensada (ICCD) y compararlo con la escala PALIAR (escala pronóstica de cuidados paliativos en enfermedades crónicas).

**Metodología:** Estudio retrospectivo que incluye a pacientes ≥ 75 años ingresados en una unidad geriátrica de agudos con ICCD en el periodo enero de 2012 a diciembre de 2014 con seguimiento por 6 meses. Se analizaron 74 probables factores de riesgo para mortalidad a medio plazo teniendo en cuenta variables sobre el estado cognitivo, funcional, social, nutricional, clínico y de laboratorio. Elaboración de un modelo de riesgo mediante análisis multivariado de regresión logística. Construcción de una escala de puntuación para estratificación del riesgo. Validación interna mediante la técnica de *bootstrapping*. Comparación con escala PALIAR.

**Resultados:** Se incluyeron 430 pacientes con una edad media de 90 años; 312 (72,6%) fueron mujeres. Ciento cuarenta y un (32,8%) pacientes fallecieron durante el seguimiento. Las variables incluidas en el modelo de riesgo final fueron: presencia de úlceras por presión en cualquier estadio, síndrome confusional agudo al momento de la hospitalización o en el ingreso previo, grado de la NYHA III o IV, haber tenido un ingreso hospitalario en los últimos 3 meses, dependencia severa con un índice de KAT < 2, polifarmacia (8 o más medicamentos), potasio > 5,5 mmol/l, filtrado glomerular < 60 ml/min y albúmina ≤ 3 g/dl. Se estratificó en 4 grupos de riesgo basados en los cuartiles de la escala: riesgo bajo (puntuación ≤ 2), riesgo intermedio (3 puntos), riesgo alto (4-5 puntos), riesgo muy alto (puntuación ≥ 6). La mortalidad fue del 11,6, del 31, del 40,7 y del 65,2%, respectivamente. El área bajo la curva ROC fue de 0,76 (IC 95%: 0,71-0,81) y el de la escala PALIAR 0,66 en esta muestra (IC 95%: 0,6-0,71), presentando diferencias estadísticas significativas ( $p = 0,002$ ).

**Conclusión:** Esta escala de riesgo puede resultar útil para identificar y estratificar la mortalidad a mediano plazo en pacientes con



ICCD e identificar a quienes precisen un plan de cuidados al final de la vida.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.071>

**OC-056**

**Características de los pacientes atendidos en una unidad de insuficiencia cardiaca**

A.I. Palomo Iloro, A. López de Guzmán, A. Villa Martínez, E. Alegría Barrero

Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, Madrid, España

**Objetivos:** Conocer las características de los pacientes incluidos en una unidad de insuficiencia cardiaca (IC). Analizar los factores que determinan un mayor índice de ingresos.

**Material y método:** Estudio descriptivo de pacientes atendidos en la unidad de IC del Hospital de Torrejón del 15 de noviembre de 2016 al 31 de octubre de 2017.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 101 pacientes con una edad media 78,8 años ( $\pm 10,47$ ), 55% mujeres.

El 45,5% tenían clase funcional II de la NYHA, el 22,8% clase III y el 15,8% clase IV. El 37% tenían una puntuación < 60 en la escala de Kansas. En el 64% la cardiopatía tenía etiología hipertensiva, en el 20% isquémica y en el 10% valvular. Presentaban fracción de eyección (FE) < 49% el 21% de los pacientes, y disfunción diastólica el 85%. El 27% presentaban HTP moderada y el 17% HTP severa.

La estancia media del episodio índice fue de 3,35 días ( $\pm 1,68$ ). En los siguientes 12 meses hubo algún reingreso por descompensación de IC en el 21,7% de los casos, y en el 10,9% por otra causa.

Las mujeres presentaban peor clase funcional que los hombres, peor escala de Kansas, mayor porcentaje de etiología hipertensiva, de HTP moderada-severa y de disfunción diastólica. Los hombres presentan peor FE.

Los pacientes mayores de 80 años presentaban peor clase funcional que los más jóvenes, peor escala de Kansas, mayor porcentaje de HTP moderada-severa y de disfunción diastólica. Los pacientes menores de 79 años presentan peor FE.

La existencia de HTP moderada-severa se relacionó con peor clase funcional, peor escala de Kansas, mayor estancia media en el episodio índice y mayor índice de reingreso en 12 meses. Todas estas diferencias fueron significativas.

**Conclusiones:** Los pacientes incluidos en la unidad de IC presentan edad media avanzada y deterioro funcional importante; siendo significativamente mayor en las mujeres, en mayores de 80 años y en pacientes con HTP moderada-severa.

En las mujeres y en los mayores de 80 años la etiología hipertensiva con fracción de eyección preservada es significativamente más frecuente.

La etiología isquémica con fracción de eyección reducida es significativamente más frecuente en los hombres y en menores de 79 años.

La HTP moderada-severa se relaciona con un mayor índice de reingresos.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.072>

## OC-057

### El poder de la onda «p». El BIA como un nuevo factor de riesgo cardiovascular de ictus cardioembólicos



J.J. Martínez Rivas, O. Duems Noriega

Fundació Hospital Asil de Granollers, Granollers, Barcelona, España

El bloqueo interauricular (BIA) es un retraso en la conducción entre aurículas, clásicamente definido como un aumento de amplitud de la onda «p» en el ECG, que ha demostrado ser un predictor potente de arritmias supraventriculares, pero no así de ictus cardioembólicos (pobre sensibilidad y especificidad). Recientemente nuevos criterios diagnósticos del BIA (NBIA) han añadido cambios en la morfología y amplitud de la onda «p» en caras inferiores del ECG, aumentando su poder discriminativo y definiendo al BIAi: p bimodal  $\geq 120$  ms en I, II o III y BIAC: p bifásica  $\geq 120$  ms en II, III y AVF. Sin embargo, la asociación entre estos NBIA y los ictus aún no ha sido estudiada.

**Objetivo:** Buscar la asociación entre ictus isquémicos de etiología indeterminada (IIEi) y los NBIA.

**Método:** Estudio observacional, retrospectivo, de casos y controles que incluyó a 356 pacientes divididos en dos grupos: grupo A (178 casos con IIEi) y grupo B (178 controles sin ictus); ambos grupos fueron apareados 1 a 1 por edad, género y riesgo cardiovascular. Se valoró la presencia en ambos grupos de BIA completo (BIAC) e incompleto (BIAi) al ingreso y su relación con los eventos isquémicos cerebrales.

**Resultados:** Edad media  $73,1 \pm 13,8$ , 51% hombres, Barthel medio  $78,5 \pm 24,9$ . La presencia de onda «p» ancha (OPA) y NBIA fueron más prevalentes en el grupo A, siendo estadísticamente significativo ( $p \leq 0,000$ ). Los resultados más relevantes se encontraron al dividir la muestra por edad ( $< 75$ ;  $\geq 75$  años): en los más jóvenes se encontró una fuerte asociación entre las 3 variables estudiadas (OPA, BIAi, BIAC) y la variable resultado (IIEi), con OR de 26,8 (11,9-60,9), 21,5 (7,27-63,5) y 25,43 (3,3-194), respectivamente, en contraste con la mayor asociación del BIAC y BIAi vs OPA en los pacientes añosos: OR 27,07 (6,25-127,3) y 2,3 (1,2-4,7) vs 9,6 (4-23,2).

**Conclusiones:** OPA y NBIA mostraron asociación estadísticamente significativa con IIEi. Las diferencias más importantes fueron encontradas al valorar la edad, siendo más frecuente la OPA y BIAi en jóvenes y BIAC en pacientes añosos. En el futuro podrían considerarse como nuevos factores de riesgo que justifiquen profilaxis primaria con anticoagulantes antes de las taquicardias supraventriculares.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.073>

## OC-058

### Fibrilación auricular y enfermedad renal crónica avanzada. Datos en la vida real



H.S. Rosario Mendoza, A. Merlán Hermida, J.A. Martín Armas, I. Ramos Gómez, I. Pulido González, A. Conde Martel

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

**Objetivos:** Analizar la mortalidad, el tratamiento antitrombótico y los factores que influyen en ellos en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) avanzada y fibrilación auricular no valvular (FANV).

**Método:** Estudio longitudinal observacional donde se incluyeron los pacientes con diagnóstico de FANV ingresados en el servicio de MI durante 2 años (2014-2016). Se seleccionaron pacientes con ERC avanzada definida por FG (CKD-EPI)  $< 30$  ml/kg/min<sup>-1</sup>. Se recogieron datos demográficos, índice de Barthel (IB), antecedentes personales, parámetros analíticos, tratamiento al ingreso y al alta, CHA2DS2-VASc, HAS BLED y mortalidad. Se realizó seguimiento hasta junio de 2017. Se analizaron los factores que se relacionan con la mortalidad y el tratamiento anticoagulante al alta. Las variables cuantitativas se analizaron mediante t de Student y las cualitativas mediante chi cuadrado.

**Resultados:** Se recogieron 905 pacientes con FANV. De ellos, 220 (24,3%) presentaban ERC avanzada (51% varones), con edad media 82,1 años e IB  $74 \pm 30$ . El 93% eran hipertensos, el 92% tenían FA previa, DM el 52,3% e ICC el 77%. Todos presentaban CHA2DS2-VASc  $\geq 2$ . El 55% (121) recibían anticoagulación oral al ingreso (18 con ACODs), el 49% estaban antiagregados. La mortalidad fue del 67,3% (21% intrahospitalaria) y se relacionó significativamente con el antecedente de IC ( $p=0,003$ ) y la presencia de FA previa ( $p=0,007$ ). La peor situación funcional ( $p<0,001$ ), mayor CHA2DS2-VASc ( $p=0,013$ ), mayor BNP ( $p=0,001$ ) y niveles elevados de PCR ( $p=0,008$ ) se relacionaron con mayor mortalidad global. Al alta, el 18,6% no recibió anticoagulación, el 45% se mantuvo anticoagulado, el 29% antiagregado y un 4,5% con HBPM. No se encontraron diferencias significativas en el tratamiento anticoagulante en relación con la edad, el sexo o la situación basal. Se objetivó anticoagulación significativamente mayor en aquellos con mayor nivel de vitamina B<sub>12</sub> ( $p=0,01$ ) y CHA2DS2-VASc ( $p=0,02$ ), independientemente del resto de variables. No existieron diferencias de mortalidad entre los pacientes anticoagulados al alta frente a los no anticoagulados.

**Conclusiones:** Los pacientes con ERC presentan una elevada mortalidad, en especial aquellos con IC y FANV de larga data, sin diferencias entre los distintos anticoagulantes al alta. Un gran porcentaje de pacientes son dados de alta con tratamiento antiagregante exclusivo, a pesar del elevado riesgo de ictus.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.074>

## OC-059

### Fragilidad: término crítico en la medicina intensiva



A.E. Orozco Terán, O. Duems Noriega

Fundació Hospital Asil de Granollers, Granollers, Barcelona, España

**Objetivos:** Tomar decisiones en momentos críticos resulta complicado debido en gran parte a la dificultad de establecer un pronóstico de vida fiable. Ya sea por una enfermedad crónica que agote la reserva fisiológica o por una enfermedad aguda que la