

**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