

Conclusiones: Los pacientes incluidos en la unidad de IC presentaban 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 ≥ 120 ms en I, II o III y BIAc: p bifásica ≥ 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 ; ≥ 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⁻¹. 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 ± 30 . El 93% eran hipertensos, el 92% tenían FA previa, DM el 52,3% e ICC el 77%. Todos presentaban CHA2DS2-VASc ≥ 2 . El 55% (121) recibían anticoagulación oral al ingreso (18 con ACOs), 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 B₁₂ ($p=0,01$) 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

Frágilidad: 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

sobrepase, la medición de la fragilidad puede resultar útil para adecuar la intensidad del tratamiento en los distintos niveles asistenciales, incluidas las unidades de terapia intensiva. El objetivo de este estudio es identificar el grado de fragilidad de pacientes ≥ 70 años a su ingreso en la UCI de un hospital comarcal mediante el empleo de escalas validadas de fragilidad, valorando a su vez la severidad clínica empleando las escalas habituales y su asociación con mortalidad a corto/medio plazo.

Método: Estudio retrospectivo de pacientes con patologías no quirúrgicas ingresados en la UCI en el periodo enero de 2010 a enero de 2017. Se compararon escalas de severidad de enfermedad (APACHE II, SAPS II), así como escalas de fragilidad clínica (CFS, MFI y Frágil-VIG), valorando su relación con la mortalidad (durante ingreso, 6 y 12 meses).

Resultados: Un total de 478 pacientes (edad media $78,83 \pm 5,16$; 61% varones) procedentes en su mayoría de urgencias (48%), severidad media a su ingreso por APACHE II y SAPS II de $18,19 \pm 8,05$ y $33,07 \pm 15,68$, respectivamente. Un tercio de la muestra fue catalogado como frágiles con variaciones según escala empleada (33,3% MFI, 31,8% CFS y 37,2% frágil-VIG). Fallecieron 200 pacientes en el periodo estudiado (17,8% en UCI, 11,1% durante la hospitalización, 7,1 y 5,9% a los 6 y 12 meses del alta). Se relacionaron significativamente con mortalidad en UCI puntuaciones elevadas del APACHE II, del SAP II y de la CFS (RR: 2,55 [1,78-3,63], 3,03 [1,81-5,06] y 1,35 [1,09-1,66], respectivamente); con mortalidad a 6 meses en ≥ 80 años puntuaciones elevadas de CFS (RR: 2,09 [1,09-4,00]), y con mortalidad al año únicamente la CFS (RR: 2,47 [1,3-4,45]), sin evidenciar relación con ninguna escala la mortalidad hospitalaria.

Conclusiones: En nuestra muestra se evidenció variabilidad en el diagnóstico de fragilidad según la escala empleada. Se relacionaron con mortalidad a corto plazo puntuaciones elevadas de las escalas de severidad (APACHE II, SAPS II) y de fragilidad (CFS), y a largo plazo con la escala de fragilidad clínica (CFS).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.075>

OC-060

¿Cómo tratamos a los pacientes ancianos que debutan con fibrilación auricular durante su ingreso en Medicina Interna?

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

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

Objetivos: Analizar el tratamiento antitrombótico al alta de los pacientes que debutan con fibrilación auricular no valvular (FANV).

Método: Estudio longitudinal prospectivo en el que se incluyeron de forma consecutiva los pacientes que ingresaron en el servicio de Medicina Interna en un periodo de dos años (2014-2016) con FANV. Se recogieron datos demográficos, índice de Barthel (IB), antecedentes personales, determinaciones analíticas, tratamiento al ingreso y al alta, CHA2DS2-VASc y HAS-BLED. Se realizó seguimiento hasta junio de 2017, considerando la mortalidad al final de dicho período.

Se seleccionaron los pacientes con primer episodio de FANV durante el ingreso. Se analizaron las características de la muestra y el tratamiento antitrombótico con el que fueron dados de alta.

Las variables cualitativas se analizaron mediante la prueba de chi cuadrado y las cuantitativas mediante la t de Student. Se aplicó análisis multivariante para la exclusión de factores de confusión.



Resultados: Se seleccionaron 116 pacientes (12,8%) que presentaban su primer episodio de FANV, de un total de 905 pacientes. De estos, el 39% eran mayores de 85 años. El 48% eran mujeres, con una edad media de 82 años. El 22% presentaban deterioro cognitivo, y su IB medio era de 77. Entre las comorbilidades más prevalentes destacaban HTA (86%), DM (46%), insuficiencia cardíaca (40%; dentro de esta, un 84% con fracción de eyección preservada) y ERC (35%). El 60% recibían tratamiento antiagregante previo.

A pesar de que solo 2 pacientes tenían CHA2DS2-VASc < 2 , al alta el 60% se mantuvieron antiagregados, un 9% no recibieron tratamiento antitrombótico alguno, y tan solo el 31% recibieron tratamiento anticoagulante: 23% con anti-VitK, 4% ACODs y otro 4% con HBPM de forma exclusiva. El análisis univariante mostró que solo los ancianos mayores de 85 años presentaban significativamente menor anticoagulación, sin encontrar diferencias significativas en el resto de variables.

Conclusiones: A pesar de la evidencia en contra, la inercia terapéutica nos hace mantener la antiagregación en los pacientes con fibrilación auricular. Los pacientes de mayor edad, aquellos que presentan un mayor beneficio clínico neto al anticoagularlos, son los que menos la reciben.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.076>

OC-061

Diferencias en las características basales y el pronóstico de los pacientes mayores con fibrilación auricular en función del tipo de anticoagulación

L.A. Hernández Sánchez, G.E. Olaya Llor, J. Albéniz López, A. Merello de Miguel, P. Fernández Montalbán, B. Montero Errasquín, A. Cruz Jentoft

Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

Objetivo: Analizar las características basales y el riesgo de mortalidad mediante el índice pronóstico multidimensional (MPI) de pacientes ingresados en una unidad de agudos de geriatría (UAG) con diagnóstico de fibrilación auricular anticoagulados con acenocumarol frente a los anticoagulados con nuevos anticoagulantes orales (NACO).

Método: Estudio analítico, prospectivo, unicéntrico. Se incluyeron pacientes ingresados en una UAG de un hospital terciario entre septiembre de 2017 y febrero de 2018 con fibrilación auricular. El MPI incluye variables sociodemográficas, funcionales, nutricionales, cognitivas, riesgo de úlceras por presión, comorbilidad y número de fármacos. Estratifica a los pacientes en grupos según el riesgo de mortalidad: MPI-1 ($\leq 0,33$ bajo riesgo), MPI-2 (0,34-0,66 riesgo moderado) y MPI-3 (0,67-1 riesgo alto). Se recogieron, además, el tipo de terapia anticoagulante, CHA2DS2-VASc, HAS-BLED y la mortalidad intrahospitalaria. Se compararon los pacientes anticoagulados con acenocumarol frente a aquellos con NACO.

Resultados: Sesenta y dos pacientes (69% mujeres, edad media 93 ± 4 años). El 61% eran dependientes para las ABVD y el 94% para las AIVB. La mitad vivían en domicilio con familiares o cuidadora privada. El 77% presentaban polifarmacia grave al ingreso y gran comorbilidad (CIRS-CI ≥ 3). Casi dos tercios de los pacientes se incluyeron en grupo de alto riesgo de mortalidad (MPI-3). La mortalidad intrahospitalaria fue del 13%.

El 79% estaban anticoagulados al ingreso (57,1% acenocumarol, 36,7% NACO y 6,1% heparina de bajo peso molecular [HBPM]). El NACO más frecuente fue apixabán (44,4%). Se excluyeron del análisis los anticoagulados con HBPM. El 100% presentaban CHA2DS2-VASc ≥ 2 y el 58% HAS-BLED ≥ 3 .

