



## 6003-61. INFLUENCIA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LA EVOLUCIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR

Joan Vañó Bodí<sup>1</sup>, Aurelio Quesada Dorador<sup>1</sup>, David Gomis Coloma<sup>2</sup>, Bruno Bochar-Villanueva<sup>1</sup>, Víctor del Moral Ronda<sup>2</sup>, Javier Jiménez Bello<sup>1</sup>, Víctor Palanca Gil<sup>1</sup>, Esteban Reig Montaner<sup>2</sup>, Verónica Tuñón Lequant<sup>2</sup> y Carlota Tuñón Lequant<sup>2</sup>, del <sup>1</sup>Consortio Hospital General Universitario, Valencia y <sup>2</sup>Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La fisiopatología de la enfermedad renal crónica (ERC) y de la fibrilación auricular (FA) están muy relacionadas aunque la influencia de la ERC en la evolución de la FA no es bien conocida. El objetivo del presente trabajo fue comparar la presentación clínica y la morbimortalidad en pacientes con FA en función de la presencia o no de ERC.

**Métodos:** Se recogieron retrospectivamente los datos de todos los pacientes (n = 2.133) atendidos en el servicio de Urgencias de nuestro centro con diagnóstico de FA durante los años 2010-2015, y de los que se dispuso de un seguimiento mínimo de 1 año. Los pacientes fueron divididos en 2 grupos según presentaran ERC (231 pacientes) o no (1.782 pacientes). Se excluyeron 120 pacientes fundamentalmente por imposibilidad de seguimiento. La evolución fue revisada registrando todos los eventos adversos significativos y fecha de aparición, especialmente la mortalidad total.

**Resultados:** Basalmente, el grupo con ERC presentaba un número significativamente mayor de comorbilidades como miocardiopatía isquémica (17,3% ERC frente a 8,1% no ERC), insuficiencia cardiaca previa (IC) (10 frente a 4,5%), hipertensión arterial (89,2 frente a 74,2%), o DM (48,5 frente a 34,9%), CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc (4,51 ± 1,47 frente a 3,46 ± 1,66) (todos, p 0,001); así como mayor frecuencia de presentaciones atípicas de FA, especialmente insuficiencia cardiaca (29,1 frente a 39,4%, p = 0,001) o EAP (3,4 frente a 11,3%, p 0,001), siendo las palpitaciones más frecuentes en no-ERC (31,9 frente a 17,3%, p 0,001). Durante un seguimiento medio de 3,34 ± 1,55 años, el grupo con ERC presentó mayor mortalidad (65,4% frente a 37,4%, p 0,001) (figura), más eventos hemorrágicos (20,8 frente a 13,1%, p 0,01) y más hospitalizaciones (46,3 frente a 29,3%, p 0,001) respecto al grupo sin ERC. El análisis multivariado demostró que la ERC es un factor de riesgo independiente de mortalidad (HR: 1,501; IC95% 1,247-1,806; p 0,001) en estos pacientes (tabla).



*Análisis de supervivencia Kaplan-Meier mortalidad total (días).*

Análisis multivariante de mortalidad

	Sig.	Exp (B)	IC (95%)	
			Inferior	Superior
Edad > 75 años	0,000	4,689	3,855	5,703
Sexo mujer	0,154	0,894	0,767	1,043
HTA	0,182	0,886	0,741	1,059
Diabetes	0,006	1,223	1,059	1,412
ERC	0,000	1,501	1,247	1,806
EPOC	0,000	1,695	1,372	2,093
Arteriopatía	0,904	1,018	0,764	1,356
IAM	0,001	1,500	1,186	1,895
ACV	0,000	1,550	1,276	1,882
ICC	0,000	1,483	1,261	1,744
Miocardiopatía dilatada	0,020	1,467	1,061	2,028

Sig.: significación de p; Exp (B): estimación de la *odds ratio* (*hazard ratio*). HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IAM: infarto agudo de miocardio; ACV: accidente cerebrovascular.

**Conclusiones:** En los pacientes con FA, la ERC se asocia de manera significativa a un peor perfil clínico basal, una presentación clínica más atípica de la FA y un peor pronóstico a largo plazo.