



## 4. RELACIÓN DEL ÍNDICE DE CONICIDAD Y EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

José Miguel Rivera Caravaca<sup>1</sup>, María José Serna<sup>2</sup>, Raquel López Gálvez<sup>3</sup>, Eva Soler Espejo<sup>2</sup>, Francisco Marin<sup>3</sup> y Vanessa Roldán<sup>2</sup>

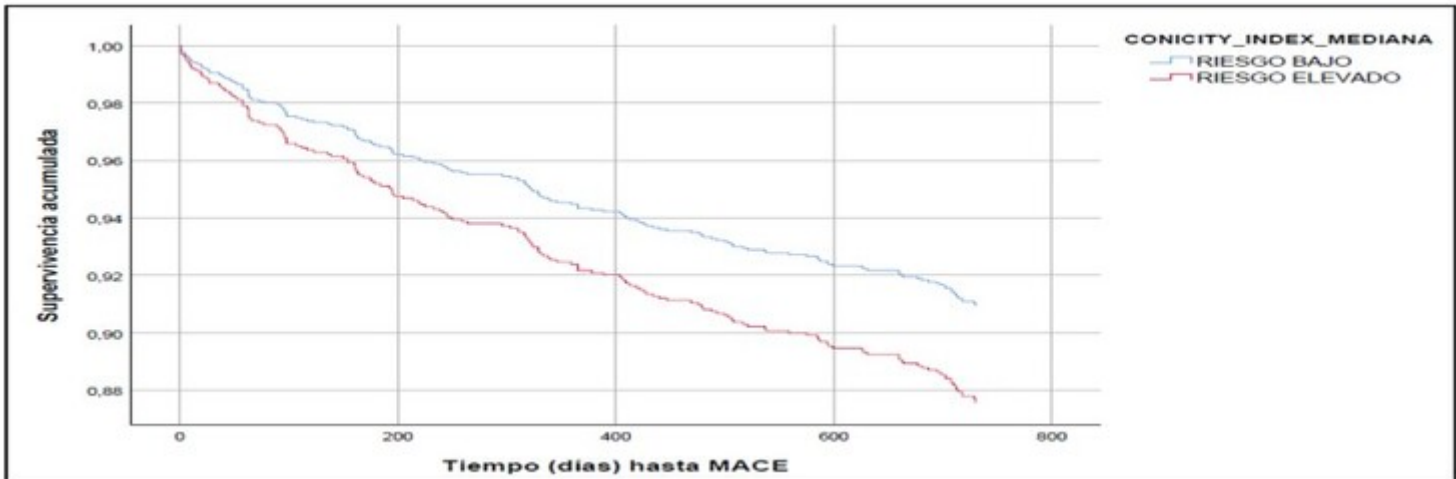
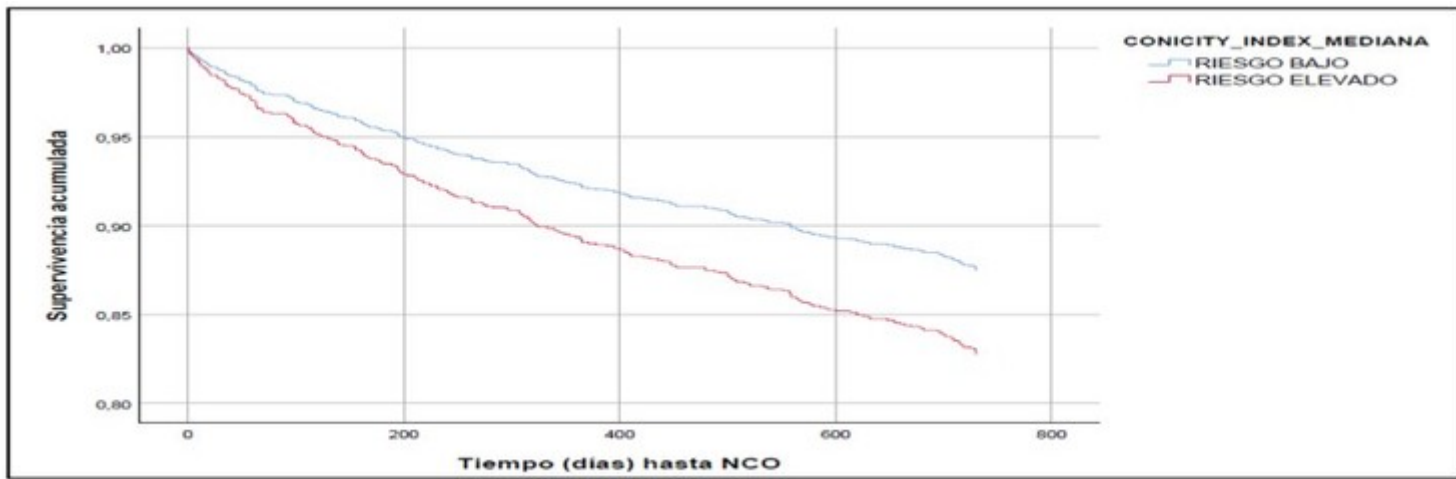
<sup>1</sup>Universidad de Murcia, Murcia, España, <sup>2</sup>Servicio de Hematología y Oncología Médica. Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia, España y <sup>3</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Los pacientes con fibrilación auricular (FA) tienen un riesgo elevado de sufrir eventos tromboembólicos y cardiovasculares, por lo que una adecuada composición corporal es necesaria para disminuir el riesgo. Sin embargo, medidas antropométricas clásicas como el índice de masa corporal tienen limitaciones. En este estudio investigamos si el índice de conicidad, una medida antropométrica sencilla y poco conocida, se asocia con mayor riesgo de eventos adversos en pacientes con FA.

**Métodos:** Estudio observacional con seguimiento prospectivo donde se incluyeron consecutivamente pacientes ambulatorios con FA no valvular que iniciaban anticoagulación oral con AVK. Durante 2 años, se registraron los siguientes objetivos primarios: eventos clínicos netos (ECN: hemorragia mayor, y/o ictus isquémico/AIT, y/o muerte) y eventos adversos cardiovasculares mayores (MACE: infarto de miocardio, y/o ictus isquémico/AIT, y/o muerte cardiovascular). El índice de conicidad se estimó mediante la siguiente fórmula: perímetro abdominal (metros)/[0,109 × √(peso corporal (kg)/altura (metros))], siendo 0,109 una constante.

**Resultados:** Se incluyeron 1.600 pacientes, de los cuales 789 (49,3%) eran varones, con una mediana edad de 76 años (RIC 69-81). La mediana del índice de conicidad fue de 1,39 (RIC 1,24-1,43). Se clasificó a los pacientes según su índice de conicidad, los pacientes con un índice de conicidad por debajo o por encima de la mediana se consideraron como bajo índice de conicidad y elevado índice de conicidad, respectivamente. Así, 775 (48,4%) se clasificaron como bajo índice de conicidad y 825 (51,6%) se consideraron elevado índice de conicidad. Durante el seguimiento, los pacientes con bajo índice de conicidad sufrieron un ECN en menor proporción que los pacientes con elevado índice de conicidad (12,5 vs 17,2%; p = 0,008). Resultados similares se hallaron para MACE (8,9 vs 12%; p = 0,043). En los modelos de regresión de Cox, los pacientes con elevado índice de conicidad mostraron un riesgo significativamente superior de desarrollar un ECN (HR 1,42; IC95% 1,09-1,83; p = 0,008) (figura 1), así como un mayor riesgo de desarrollar MACE (HR 1,40; IC95% 1,03-1,90; p = 0,034) (figura 2).



**Conclusiones:** Los pacientes con FA y elevado índice de conicidad tienen mayor riesgo cardiovascular, lo que se traduce en una mayor tasa y riesgo de eventos adversos.