



6058-498. RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y LA INCIDENCIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES EN EL SEGUIMIENTO A MUY LARGO PLAZO

Alfonso Morón Alguacil¹, Manuel Rayo Gutiérrez¹, Jesús Piqueras Flores¹, Jorge Martínez del Río¹, Olga Cabañas Tendero², Ramón Maseda Uriza¹, José María Arizón Muñoz¹, Felipe Higuera Sobrino¹ y Javier Jiménez Díaz¹, del ¹Servicio de Cardiología, Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real y ²Facultad de Medicina, Universidad de Castilla La Mancha, Ciudad Real.

Resumen

Introducción y objetivos: En España la enfermedad cardiovascular es la principal causa de mortalidad, con especial relevancia de la enfermedad coronaria y cerebrovascular. No obstante, hay pocos estudios que hayan evaluado esta incidencia en una región de Castilla-La Mancha, con una población eminentemente rural.

Métodos: Estudio observacional prospectivo con 313 voluntarios de la región suroeste de Castilla-La Mancha ($60,3 \pm 17,3$ años, 46,6% varones). Se les realizó de forma basal una historia clínica incluyendo enfermedades previas, exploración física con cálculo de índice tobillo-brazo, analítica, electrocardiograma (ECG) y tratamiento al inicio. El objetivo era analizar su relación con la incidencia de MACE (compuesto de mortalidad cardiovascular, mortalidad por cualquier causa, infarto agudo de miocardio, ingreso por insuficiencia cardíaca y desarrollo de ictus y fibrilación auricular) tras una mediana de seguimiento de $103 \pm 23,24$ meses.

Resultados: El 53,4% tenían hipertensión arterial, 16,9% diabetes, 38,3% dislipemia, 41% historia de tabaquismo y 81,1% un IMC > 25 . En cuanto a la enfermedad cardiovascular establecida: el 2,3% tenía historia de enfermedad cerebrovascular, 6,9% enfermedad coronaria, 2% enfermedad arterial periférica, 6,6% fibrilación auricular y 3,6% insuficiencia cardíaca. Al inicio del seguimiento, el 21,8% estaba en tratamiento antiagregante, 4,4% con anticoagulante, 43,1% inhibidores del sistema renina-angiotensina y 26,2% estatinas. Al final del seguimiento, la tasa de MACE fue de 22,6% (8,3% mortalidad por cualquier causa, 3% mortalidad cardiovascular, 1,7% infarto agudo de miocardio, 6,7% insuficiencia cardíaca, 4,3% ictus y 7,7% fibrilación auricular). La incidencia de MACE fue significativamente mayor en varones, en aquellos con diabetes, dislipemia y un IMC > 25 , y en los que tenían antecedente de ictus, fibrilación auricular o de enfermedad coronaria al inicio del estudio (tabla). También en los que presentaban fibrilación o *flutter* auricular y bloqueo de rama derecha del haz de His en el ECG inicial.

Distribución de factores clínicos en grupo con MACE y en el grupo sin MACE. (%) dentro de grupo de factor clínico

MACE (n = 233)

No MACE (n = 68)

p (sig)

Varones/Mujeres	43 (29,1)/25 (15,9)	101 (70,1)/132 (84,1)	0,004
Diabetes/No diabetes	17 (34)/51 (20,3)	33 (66)/200 (79,7)	0,035
Dislipemia/No dislipemia	35 (30,7)/33 (17,8)	79 (69,3)/152 (82,2)	0,010
Hipertensión arterial/No hipertensión arterial	43 (26,7)/25 (18,1)	118 (73,3)/113 (81,9)	0,077
IMC > 25/IMC ? 24,9	62 (25,4)/6 (10,7)	182 (74,6)/50 (89,3)	0,018
Tabaquismo/No tabaquismo	32 (25,2)/36 (20,8)	95 (74,8)/137 (79,2)	0,370
ITB patológico (< 0,9)/ITB no patológico (> 0,9)	30 (27)/37 (19,7)	81 (73)/151 (80,3)	0,141
Enfermedad previa/Ictus/No ictus/Fibrilación auricular/No fibrilación auricular/Enfermedad coronaria/No enfermedad coronaria	5 (83,3)/60 (20,6)/12 (60)/54 (19,4)/12 (57,1)/53 (19,1)	1 (16,7)/231 (79,4)/8 (40)/225 (80,6)/9 (42,9)/224 (80,9)	0,001/ 0,001/ 0,001
ECG inicial/Ritmo sinusal/Fibrilación/ flutter auricular/BRDHH/No BRDHH/BRIHH*/No BRIHH	57 (20,1)/9 (69,2)/5 (55,6)/63 (21,7)/2 (15,4)/66 (23,1)	227 (79,9)/4 (30,8)/4 (44,4)/227 (78,3)/11 (84,6)/220 (76,9)	0,001/0,017/0,518

ITB: índice tobillo-brazo, BRDHH: bloqueo de rama derecha del haz de His, BRIHH: bloqueo de rama izquierda del haz de His.

Conclusiones: En nuestra población, los varones, diabéticos, dislipémicos y aquellos con IMC > 25, fibrilación o flutter auricular y bloqueo de rama derecha en el ECG inicial mostraron mayor tasa de eventos cardiovasculares mayores en el seguimiento a muy largo plazo, además de los que tenían historia de ictus, fibrilación auricular y enfermedad coronaria.