



7002-18. DETERMINANTES PRONÓSTICOS A LARGO PLAZO EN UNA COHORTE CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA PROCEDENTE DE ATENCIÓN PRIMARIA, HALLAZGOS DEL ESTUDIO CIBAR

Rafael Vidal-Pérez¹, Fernando Otero Raviña¹, Pablo Sarasquete Fariña², Aurora Expósito Alfonso², Pedro Taboada Santomil², Jesica Pazos González², Lúa Ortega Villalón² y José Ramón González Juanatey¹ del ¹Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña) y ²Grupo Barbanza, Santiago de Compostela (A Coruña).

Resumen

Introducción y objetivos: Existen pocos estudios al respecto de los determinantes pronósticos en la fase crónica de la enfermedad arterial coronaria (EAC). Se van a determinar los factores pronósticos a largo plazo en una cohorte con cardiopatía isquémica crónica (CIC) seguida por médicos de atención primaria (MAP).

Métodos: CIBAR es un estudio transversal multicéntrico realizado con la colaboración de 73 MAP. MAP incluyeron durante febrero 2007 pacientes (p) que cumplieran los criterios de inclusión: EAC con al menos 1 año de seguimiento desde diagnóstico, diagnóstico claramente establecido (angina estable, angina inestable, infarto de miocardio[IM]) en informe de alta de un servicio de cardiología. Seguimiento realizado mediante revisión clínica o telefónica, recogida de muerte y eventos cardiovasculares, así como causa de la muerte.

Resultados: 1.038p con seguimiento completo tras una mediana de seguimiento 2.304 días [2-2.612 días]. El 73% (758p) eran varones, edad a la inclusión $69,05 \pm 11,05$ años, tiempo de evolución desde diagnóstico EAC $7,84 \pm 6,05$ años. Los casos con IM fueron el 55,2%. Se encontró HTA en 64,7%; diabetes 30,1%; insuficiencia cardíaca previa 10,1; fibrilación auricular 14,3%; ictus previo 8,4%; bloqueo rama izquierda 10,2%, disfunción renal (tasa de filtrado glomerular-TFG 60 ml/min) 38,5%. El 19,2% tuvo un ingreso cardiovascular en el año previo a la inclusión. Tomaban aspirina 75,6%, estatinas 88,1% y betabloqueantes 61%, inhibidores sistema renina angiotensina 59%, ejercicio habitual 77%. La mortalidad cardiovascular fue de 142 casos (13,7%) predominando la insuficiencia cardíaca, siendo la mortalidad por cualquier causa de 260 casos (25%). Un 38% sufrieron ingreso cardiovascular (predominando cardiopatía isquémica). En la tabla se muestra el análisis multivariado para muerte cardiovascular.

Análisis multivariado para muerte cardiovascular durante seguimiento			
	HR	IC95%	Valor-p
Sexo femenino	0,63	0,43-0,94	0.024
Edad	1,05	1,02-1,082	0,001

Diabetes Mellitus	1,69	1,20-2,37	0,002
Insuficiencia cardiaca previa	3,72	2,49-5,54	0,001
Tasa filtrado glomerular 60 ml/min	1,61	1,07-2,42	0,020
BRIHH en electrocardiograma	2,10	1,41-3,12	0,001
Betabloqueantes	0,56	0,40-0,79	0,001
Ejercicio	0,59	0,41-0,85	0,004
Ingreso CV en año antes de inclusión	1,66	1,12-2,44	0,010
IC95%: intervalo de confianza del 95%; CV: cardiovascular.			

Conclusiones: Los determinantes de muerte cardiovascular en nuestra población de pacientes con CIC procedentes de atención primaria son variados, pero existen estrategias protectoras importantes como betabloqueantes y ejercicio que deben ser consideradas siempre que sea posible.