



## 5007-4. RELACIÓN ENTRE RIESGO Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR CON EL DIAGNÓSTICO DE HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA POR ELECTROCARDIOGRAMA EN UNA MUESTRA DE POBLACIÓN GENERAL DE TOLEDO

Fernando Sabatel Pérez<sup>1</sup>, Joaquín Sánchez-Prieto Castillo<sup>1</sup>, Antonio Segura Fogoso<sup>2</sup>, Francisco Javier Alonso Moreno<sup>3</sup>, Miguel Ángel Arias Palomares<sup>1</sup>, Alejandro Villarín Castro<sup>4</sup>, Gustavo Cristóbal Rodríguez Roca<sup>5</sup> y Luis Rodríguez Padial<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Servicio de Cardiología del Hospital Virgen de la Salud, Toledo, <sup>2</sup>Instituto de Ciencias de la Salud, Talavera de la Reina (Toledo), <sup>3</sup>C.S. Sillería, Toledo, <sup>4</sup>Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria, Toledo, y <sup>5</sup>Centro de Salud de La Puebla de Montalbán. La Puebla de Montalbán (Toledo).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La presencia de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) en el ECG, pese a ser menos sensible en el diagnóstico que otras técnicas, ha demostrado ser un marcador de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular (ECV), si bien se desconocen con exactitud los determinantes del mismo en la población general, pues se observa tanto en pacientes hipertensos como en población general. Se pretende valorar su presencia en pacientes con elevado riesgo cardiovascular (RCV) o presencia de ECV.

**Métodos:** A una muestra de 1.154 pacientes, seleccionados aleatoriamente de la población general de la provincia de Toledo (55% mujeres, edad media 49 años), se les realizó un ECG de 12 derivaciones, cuya lectura y detección de HVI fue realizada por GOC Networking mediante el *software* Glasgow 12-lead ECG Analysis Program y mediante algoritmos de HVI de la plataforma Electropress, utilizando solo criterios recomendados por las guías de HTA de la Sociedad Europea de Cardiología: el criterio de Sokolow-Lyon, criterios de voltaje (RaVL), o producto voltaje-duración de Cornell (PDVC). El RCV se analizó mediante 2 sistemas, la escala QRisk, donde los pacientes se dividieron de forma dicotómica (mitad superior e inferior) y la Framingham, dividiéndolos en aquellos con un riesgo a 10 años > 15% o ? 15%. La presencia de ECV se clasificó como si o no en caso de presentar cardiopatía isquémica, ictus, enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca o fibrilación auricular.

**Resultados:** Para el grupo según alto o bajo RCV, por QRisk, las tasas de diagnóstico de HVI fueron para el PDVC (28,9 frente a 16,8%;  $p < 0,001$ ); para el voltaje de Cornell (3,3 frente a 0,8%;  $p = 0,005$ ) y con RaVL (4,1 frente a 0,8%;  $p < 0,001$ ). Según el criterio de Framingham, solo RaVL mostró de forma significativa una mayor prevalencia (6,0 frente a 1,2%;  $p < 0,001$ ), mientras que con el PDVC no fue significativa (25,5 frente a 21,7%;  $p = 0,055$ ), sin observar diferencias con los otros criterios. En pacientes con ECV, el criterio que mayor prevalencia de HVI detectó fue la RaVL (8,4 frente a 1,8%;  $p < 0,001$ ); el PDVC tampoco fue significativo para detectar con mayor frecuencia HVI (31,3 frente a 23,0%;  $p = 0,084$ ), mientras que no hubo diferencias en los otros criterios.

Diagnóstico de HVI según edad, sexo, enfermedad y riesgo cardiovascular

		ECG_Voltaje de Cornell		ECG_Sokolow-Lyon		ECG_PDV Cornell		ECG_R (AVL)	
		No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí
Sexo	Mujer	97,0%	3,0%	99,2%	0,8%	71,3%	28,7%	98,1%	1,9%
	Varón	98,9%	1,1%	98,0%	2,0%	82,7%	17,3%	97,2%	2,8%
	Total	97,9%	2,1%	98,6%	1,4%	76,5%	23,5%	97,7%	2,3%
Edad	18-44 años	99,4%	,6%	98,6%	1,4%	81,9%	18,1%	99,2%	,8%
	45-54 años	97,8%	2,2%	98,9%	1,1%	77,2%	22,8%	97,4%	2,6%
	? 65 años	94,5%	5,5%	98,2%	1,8%	62,7%	37,3%	94,9%	5,1%
Enfermedad cardiovascular	No ECV	98,1%	1,9%	98,7%	1,3%	77,0%	23,0%	98,2%	1,8%
	Sí ECV (CI, ACVA, EAP, IC, FA)	95,2%	4,8%	97,6%	2,4%	68,7%	31,3%	91,6%	8,4%
ERC (CKD-EPI)	No ERC	97,9%	2,1%	98,6%	1,4%	77,1%	22,9%	98,0%	2,0%
	SI ERC (< 60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )	97,6%	2,4%	100,0%	0,0%	59,5%	40,5%	90,5%	9,5%
Qrisk (dicotómica)	Mitad inferior	99,2%	,8%	99,0%	1,0%	83,2%	16,8%	99,4%	,6%
	Mitad superior	96,7%	3,3%	99,0%	1,0%	71,1%	28,9%	95,9%	4,1%
Riesgo Framingham	? 15%	98,2%	1,8%	98,6%	1,4%	78,3%	21,7%	98,8%	1,2%
	> 15%	96,8%	3,2%	98,4%	1,6%	72,5%	27,5%	94,0%	6,0%

**Conclusiones:** La prevalencia de HVI por ECG es mayor en pacientes con alto RCV y ECV. El criterio de voltaje de la onda R de aVL fue el más sensible para el diagnóstico de HVI en el global.