



## 1901 - CONTROL ÓPTIMO DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR MODIFICABLES EN PACIENTES DE PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL CON ENFERMEDAD ATEROSCLERÓTICA

**Javier Galán González<sup>1</sup>**, Carmen Sánchez Bacaicoa<sup>2</sup>, Guillermo Escudero Sánchez<sup>3</sup>, Clara Costo Muriel<sup>4</sup>, Sergio Rico Martín<sup>5</sup>, Julián Fernando Calderón García<sup>5</sup>, Juan Diego Pedrera Zamorano<sup>5</sup> y Juan Francisco Sánchez Muñoz-Torrero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Cáceres, Cáceres. <sup>2</sup>Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital de Menorca, Menorca. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Plasencia, Plasencia. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Axarquía, Vélez-Málaga. <sup>5</sup>Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional de Cáceres, Cáceres.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar la incidencia de eventos vasculares recurrentes y la mortalidad según el control óptimo y mantenido de los principales factores de riesgo cardiovascular: colesterol LDL, glucemia, presión arterial y tabaquismo.

**Métodos:** Los pacientes estudiados pertenecían al Registro FRENA que fue un registro prospectivo y multicéntrico de práctica clínica habitual de pacientes ambulatorios con enfermedad arterial coronaria, cerebrovascular o periférica. El estudio estableció como requisito un seguimiento mínimo de 1 año, aunque cada médico podía extender el seguimiento por más tiempo. Los pacientes se clasificaron en dos grupos según lograran o no todos los objetivos terapéuticos.

**Resultados:** Hasta diciembre de 2018, 4285 pacientes ambulatorios estables fueron incluidos en este estudio. Durante una mediana de seguimiento de 21 meses, 664 (15%) mantuvieron todos los factores de riesgo en el objetivo (Grupo 1) y 3621 (85%) no lo hicieron (Grupo 2). Durante el seguimiento, no se observaron diferencias de eventos cardiovasculares adversos mayores recurrentes (MACE) o muerte entre ambos grupos. En el análisis multivariante, pacientes con dislipemia previa conocida (Hazard Ratio [HR]: 1,20 (IC95% 1,03-1,40), enfermedad polivascular ([HR]: 1,98 (IC95% 1,69-2,32), terapia con insulina ([HR]: 1,56 (IC95% 1,24-1,95) y condiciones clínicas asociadas ([HR]: 1,47 (IC95% 1,24-1,74) tenían mayor riesgo de MACE posterior. La presencia de otras condiciones clínicas se asoció fuertemente con mayor probabilidad de muerte por todas las causas ([HR]: 3,49 (IC95%, 2,35-5,19).

Principales factores de riesgo vascular	Todo en objetivos (n = 664)	No todos en los objetivos (n = 3621)	p
Pacientes, N: 4.285			
Características clínicas			

Edad media (rango)--año	68 (23-101)	66 (26-96)	< 0,001
Género (masculino)--no (%)	501 (75%)	2.712 (75%)	0,81
Índice de masa corporal > 30 kg/m <sup>2</sup>	187 (32%)	1.025 (29%)	0,22
Condición médica: no. (%)			
Fumadores	-	923 (25%)	< 0,001
Hipertensión	444 (67%)	2.491 (69%)	0,34
Dislipemia	225 (34%)	1.421 (39%)	< 0,01
Diabetes	225 (34%)	1.421 (39%)	< 0,01
Enfermedad CV previa	281 (42%)	1.789 (49%)	< 0,01
Enfermedades subyacentes: no (%)	365 (55%)	1.738 (48%)	< 0,01
Cáncer	44 (6,6%)	207 (5,7%)	0,37
Enfermedad pulmonar crónica	93 (14%)	534 (15%)	0,68
Insuficiencia cardíaca	82 (12%)	251 (6,9%)	< 0,001
Insuficiencia renal	152 (24%)	742 (21%)	< 0,05
Fibrilación auricular	79 (12%)	286 (7,9%)	< 0,05
Síndrome anémico	21 (3,2%)	71 (2,0%)	0,06
Presentación clínica,--no (%)			
Enfermedad coronaria	323 (49%)	1265 (35%)	< 0,001
Enfermedad cerebrovascular	223 (33%)	961 (26%)	< 0,001
Enfermedad arterial periférica	118 (18%)	1395 (38%)	< 0,001
Examen físico, durante el seguimiento			
Niveles medios de PAS (mm Hg)	109 ± 16	119 ± 19	< 0,001
Niveles medios de PAD (mm Hg)	73 ± 9,6	75 ± 9,6	< 0,001
Niveles analíticos medios, durante el seguimiento			
Colesterol total (mg/100 ml)	129 ± 20	177 ± 33	< 0,001
Colesterol LDL (mg/100 ml)	58 ± 10	103 ± 28	< 0,001

Colesterol HDL (mg/100 ml)	43 ± 14	45 ± 14	< 0,05
Triglicéridos (mg/100 ml)	115 ± 64	133 ± 109	< 0,01
Hb A1c (%)*	5,9 ± 0,6	6,5 ± 1,2	< 0,001

Fármacos,--no (%)

#### Medicación antihipertensiva

Diuréticos	186 (28%)	1.036 (29%)	0,78
Betabloqueantes	240 (36%)	1.105 (30%)	< 0,05
IECA o ARM	328 (49%)	1.710 (47%)	0,31
Antagonistas del calcio	112 (17%)	667 (18%)	0,35

#### Medicación hipolipemiente

Estatinas	637 (96%)	3.295 (91%)	< 0,001
Otros hipolipemiantes	36 (5,4%)	213 (5,9%)	0,71

#### Medicamentos antidiabéticos

Insulina	71 (11%)	397 (11%)	0,89
Antidiabéticos orales	144 (22%)	941 (26%)	< 0,05

#### Antitrombóticos

Antiagregantes	657 (99%)	3549 (98%)	0,12
Anticoagulantes	86 (13%)	308 (8,5%)	< 0,001

IECA: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina. ARM: antagonistas del receptor de la aldosterona.

Principales factores de riesgo vascular	Seguimiento (años)	Todos en objetivos		Seguimiento (años)	No todos en los objetivos		Rate ratio (IC95%)	p
		Eventos-no (%)	N por 100 pacientes-año (IC95%)		Eventos-no (%)	N por 100 pacientes-año (IC95%)		
Todos los pacientes, n = 4.285		664			3.621			
MACIS	8.848	112 (17%)	1,26 (1,04-1,52)	50.863	598 (16%)	1,18 (1,08-1,27)	1,08 (0,88-1,32)	0,52
Muerte general	10.070	47 (7,2%)	0,47 (0,34-0,62)	57.340	203 (5,6%)	0,35 (0,31-0,41)	1,32 (0,96-1,81)	0,11
Enfermedad coronaria, n = 1.588		323			1.265			
MACE	4.423	55 (17%)	1,24 (0,94-1,62)	17.356	195 (15%)	1,12 (0,97-1,29)	1,11 (0,82-1,49)	0,55

Muerte general	4.973	17 (5,4%)	0,34 (0,20-0,55)	19.914	59 (4,6%)	0,29 (0,22-0,38)	1,15 (0,67-1,98)	0,69
Enfermedad cerebrovascular, n = 1.184		223			961			
MACE	2.811	28 (13%)	0,99 (0,66-1,44)	13.816	101 (10%)	0,73 (0,59-0,88)	1,36 (0,89-2,07)	0,19
Muerte general	3.240	20 (8,7%)	0,40 (0,24-0,62)	15.523	44 (4,6%)	0,28 (0,20-0,38)	1,42 (0,84-2,41)	0,25
Enfermedad arterial periférica, n = 1.513		118			1.395			
MACE	1.614	29 (25%)	1,79 (1,20-2,58)	19.691	302 (22%)	1,53 (1,37-1,72)	1,17 (0,80-1,71)	0,47
Muerte general	1.857	10 (9,3%)	0,54 (0,26-0,99)	21.903	100 (7,1%)	0,46 (0,37-0,55)	1,18 (0,61-2,26)	0,71

MACE: Eventos cardiovasculares adversos mayores.

	Primera recurrencia cardiovascular		Muerte por todas las causas	
	Análisis univariante	Análisis multivariante	Análisis univariante	Análisis multivariante
Características clínicas				
Edad > 65 años	1,29 (1,11-1,51)†	-	4,04 (2,85-5,73)&ddagger;	1,94 (1,29-2,91)†
Género (hombres)	1,04 (0,88-1,23)		1,32 (1,01-1,73)*	-
IMC > 30 kg/m <sup>2</sup>	0,87 (0,74-1,03)		0,62 (0,45-0,86)†	0,71 (0,51-0,98)*
Factor de riesgo vascular				
Hipertensión	1,07 (0,91-1,26)		1,22 (0,9 3-1,62)	-
Diabetes	1,29 (1,11-1,50)†	-	1,29 (1,01-1,63)*	-
Dislipemia	1,14 (0,98-1,33)	1,20 (1,03-1,40)*	1,37 (1,07-1,76)*	-
Enfermedad polivascular	2,13 (1,82-2,49)&ddagger;	1,98 (1,69-2,32)&ddagger;	2,34 (1,7 9-3,05)&ddagger;	1,76 (1,31-2,37)&ddagger;
Enfermedades subyacentes				
Fibrilación auricular	1,12 (0,88-1,44)		2,39 (1,73 y 3,29)&ddagger;	1,62 (1,13-2,30)†
Síndrome anémico	1,67 (1,10-2,53)*	-	3,61 (2,20-5,90)&ddagger;	1,94 (1,05-3,59)*
Fármacos				
Diuréticos	1,17 (1,00-1,37)	-	1,56 (1,21-2,01)&ddagger;	-
Betabloqueantes	1,03 (0,88-1,20)		0,71 (0,5 3-0,95)*	-
IECA o ARM	1,02 (0,88-1,18)		1,03 (0,8 1-1,32)	
Antagonistas del calcio	1,13 (0,94-1,36)		0,97 (0,71-1,32)	

Insulina	1,82 (1,50-2,20)&ddagger;	1,56 (1,24-1,95)&ddagger; ;	2,22 (1. 65-2. 99)&ddagger;	2,07 (1,40-3,07)&ddagger; er;
Antidiabéticos orales	0,92 (0,78-1,09)		0,79 (0,59-1,05)	-
Condiciones asociadas*	1,65 (1,42-1,92)&ddagger;	1,47 (1,24-1,74)&ddagger; ;	5,39 (3,85-7,57)&ddagger;	3,49 (2,35-5,19)&ddagger; er;
Todos los FRCV sobre los objetivos	1,12 (0,91-1,37)		1,36 (0,99-1,87)	-
<i>Hazard ratio</i> (IC95%). *p < 0,05; †p < 0,01; &ddagger;p < 0,001. Condiciones asociadas, cualquiera de estas: insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal, cáncer o edad mayor de 75 años. IECA: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina. ARM: antagonistas del receptor de la aldosterona.				

**Conclusiones:** Solo una minoría de pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida logró un control óptimo mantenido de todos los factores de riesgo cardiovascular principales, aunque sin un beneficio terapéutico clínico perceptible. Los hallazgos del presente estudio brindan algunas ideas sobre qué factores pueden usarse para guiar a los médicos en la adaptación de la terapia multifactorial intensiva de manera individualizada al paciente en la práctica clínica.