



## RV/D-012 - RIESGO CARDIOVASCULAR Y FIBRILACIÓN AURICULAR: UNA DIANA TERAPÉUTICA INFRAVALORADA

A. Carro Hevia<sup>1</sup>, R. Arceo Solís<sup>2</sup>, N. González Galiano<sup>2</sup>, M. García Sánchez<sup>2</sup>, Á. Cambor Valladares<sup>3</sup>, J. Cuesta Miyares<sup>3</sup>, L. Arias Requejo<sup>3</sup>, M. Fernández Gutiérrez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Cardiología, <sup>2</sup>Medicina Interna, <sup>3</sup>Facultad de Medicina. Fundación Hospital de Jove. Gijón (Asturias).

### Resumen

**Objetivos:** La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardiaca más frecuente, con un ritmo de incremento que excede al atribuible exclusivamente por el incremento etario. Se han producido notables avances en el tratamiento de la arritmia (nuevos antiarrítmicos, ablación) y manejo de complicaciones tromboembólicas (anticoagulantes orales directos- ACODs, cierre percutáneo de la orejuela). Sin embargo, el control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y su potencial relación con una evolución adversa han recibido una atención insuficiente en comparación con los mencionados avances. Nuestro objetivo fue evaluar el perfil de riesgo cardiovascular de pacientes con FA y su grado de control.

**Material y métodos:** Estudio observacional unicéntrico de reclutamiento prospectivo y seguimiento longitudinal retrospectivo de pacientes con diagnóstico de FA y tratamiento con ACODs. Se evaluó presencia de FRCV, incluyendo nuevos factores relacionados con FA, y se relacionaron con los objetivos de prevención recomendados en guías de práctica clínica.

**Resultados:** Entre 2013 y 2015 se iniciaron ACODs en 100 pacientes (edad media  $72 \pm 9$  años; 38% mujeres; hipertensión arterial 87%; diabetes mellitus 31%, tabaquismo 19%; dislipemia 30%; apnea del sueño 15%). Todos ellos tenían FA (49% FA permanente; 20% persistente). El riesgo cardiovascular estimado fue elevado/muy elevado en la mayoría de ellos, por elevada prevalencia de lesión de órgano diana (cardiopatía isquémica 46%; enfermedad cerebrovascular 28%; arteriopatía periférica 13%; enfermedad renal 18%) y/o FRCV que, sin embargo, estaban pobremente controlados (tabla). Cabe destacar el escaso registro de factores de riesgo modificables en historia clínica (tabaquismo 20%; sedentarismo 10%; seguimiento de medidas antropométricas 25%).

| Grado de control de factores de riesgo cardiovascular |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Factor de riesgo                                      | Objetivo de control   | Porcentaje de control |
| Presión arterial (mmHg)                               | < 140/90              | 45%                   |
| Colesterol LDL (mg/dl)                                | < 70                  | 21%                   |
| HbA1c (%) (diabéticos)                                | < 7                   | 5%                    |
| Frecuencia cardiaca en reposo (lpm)                   | 90-110 (FA) < 70 (RS) | 50%                   |
| Tabaco  | Abstención            | 60%                   |

**Discusión:** Los pacientes con FA están frecuentemente sometidos a tratamientos costosos y con

potenciales efectos secundarios para el manejo de complicaciones de esta arritmia, pero el control de sus causas y desencadenantes dista mucho de los objetivos de prevención. El grado de recogida y seguimiento de FRCV en pacientes con FA es escaso, lo que constituye la primera barrera para su optimización y mejora. Se necesita un mejor control de FRCV para modificar la historia natural de la FA.

*Conclusiones:* El grado de recogida, seguimiento y control de FRCV en pacientes con FA es escaso. Es necesario un abordaje agresivo de estos factores para modificar la historia natural de la enfermedad. Se necesitan más estudios para valorar el grado que un mejor control de FRCV ejerce sobre la historia natural de la FA.