



<https://www.revclinesp.es>

2121 - ANÁLISIS DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA EN NUESTRO ÁREA

Sofía Estrella Marín Casado¹, Ana García Cardoso¹, Borja Muñoz Tejada¹ y José Escrivano Serrano²

¹Medicina Interna, Hospital Universitario de La Línea, La Línea de la Concepción, España. ²Área de Investigación, Hospital Universitario de La Línea, La Línea de la Concepción, España.

Resumen

Objetivos: Evaluar el riesgo cardiovascular previo en pacientes ingresados por un evento cardiovascular mayor (ECM) en la planta de Medicina Interna de nuestro hospital, así como analizar sus comorbilidades y la adecuación del tratamiento hipolipemiante según el riesgo cardiovascular.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal con efecto de auditoría clínica. Se incluyeron pacientes ingresados entre octubre de 2024 y diciembre de 2025 con diagnóstico de enfermedad coronaria o cerebrovascular. Se recogieron variables sociodemográficas, comorbilidades y datos clínicos al ingreso: presión arterial sistólica y diastólica (mmHg), ácido úrico (mg/dL), filtrado glomerular, HbA_{1c}, perfil lipídico básico y avanzado, y tratamiento hipolipemiante previo. El riesgo cardiovascular global se clasificó como bajo-moderado, alto o muy alto, mediante evaluación clínica, escala SCORE2 (fig. 1), factores modificadores, lesiones de órgano diana (LOD) y presencia de enfermedad vascular aterosclerótica (EVA). Se utilizó Stata® v17.0 para el análisis estadístico.

Resultados: De nuestra muestra de 100 pacientes, el 70,71% eran hombres y el 29,29% mujeres. De ellos, el 65% tenía HTA, el 66% diabetes tipo 2 y el 23% diabetes tipo 1. Según el riesgo cardiovascular, 2 pacientes (1 hombre y 1 mujer) pertenecían al grupo de riesgo bajo-moderado (Grupo 1); 36 al riesgo alto (Grupo 2; 24 hombres y 12 mujeres) y 60 al riesgo muy alto (Grupo 3), con predominio masculino (70 hombres). Respecto a los hábitos tóxicos: en el Grupo 1, un paciente era fumador. En el Grupo 2, el 31% eran no fumadores, el 28% exfumadores (> 2 años) y el 42% fumadores activos. En el Grupo 3, el 17% eran no fumadores, el 35% exfumadores y el 48% fumadores activos. El análisis respecto a los niveles de LDLc (fig. 2). El 100% del Grupo 1 presentaba LDLc > 100 mg/dL; en el Grupo 2, el 83,33% tenía LDLc > 70 mg/dL y en el Grupo 3, el 90% superaba los 50-55 mg/dL. Con respecto a la ApoB, solo tenemos datos de 13 pacientes, y en el 100% superaban los 100 mg/dL. En cuanto al tratamiento hipolipemiante previo: en el Grupo 3, un 33,3% recibía estatinas de alta potencia, el 30% de potencia media y el 36,67% no estaba tratado. En el Grupo 2, el 19,44% recibía estatinas de alta potencia, el 19% de potencia media y el 61,56% no seguía tratamiento. En el Grupo 1, ninguno tomaba tratamiento hipolipemiante. Ningún paciente estaba bajo tratamiento con fármacos biológicos.

SCORE2 & SCORE2-OP

 Riesgo a 10 años de eventos CV (fatales y no fatales)
 en poblaciones de bajo riesgo CV

< 50 años 50-69 años ≥ 70 años

< 2,5% < 5% < 7,5%

2,5 a <7,5% 5 a <10% 7,5 a <15%

≥ 7,5% ≥ 10% ≥ 15%

MUJERES

No fumadores

Fumadores

HOMBRES

No fumadores

Fumadores

Colesterol no HDL
Presión arterial sistólica (mmHg)
SCORE2-OP

	30-39	40-49	50-59	60-69	30-39	40-49	50-59	60-69	mmol/L	30-39	40-49	50-59	60-69
	150	200	250		150	200	250		mg/dL	150	200	250	
160 – 179	28	29	30	31	31	32	33	34		29	35	42	49
140 – 159	26	27	28	29	29	30	31	32		28	33	40	47
120 – 139	24	25	26	27	27	28	29	30		26	32	38	45
100 – 119	23	24	25	26	25	26	27	28		25	30	36	43
160 – 179	20	21	22	23	25	26	28	29		23	27	32	37
140 – 159	18	19	20	21	23	24	25	26		21	25	29	34
120 – 139	16	17	18	19	20	21	22	23		19	22	26	31
100 – 119	15	15	16	17	18	19	20	21		17	20	24	28
160 – 179	15	15	16	17	21	22	23	24		19	21	24	27
140 – 159	13	13	14	15	18	19	20	21		16	18	21	23
120 – 139	11	11	12	13	15	16	17	18		14	15	18	20
100 – 119	9	10	10	11	13	14	15	15		12	13	15	17
160 – 179	10	11	12	12	17	18	19	20		15	16	18	19
140 – 159	9	9	10	10	14	15	16	16		12	13	14	16
120 – 139	7	7	8	8	11	12	13	14		10	11	12	13
100 – 119	6	6	6	7	9	10	10	11		8	9	10	10

Edad
 85-89

80-84

75-79

70-74

SCORE2

160 – 179	8	8	9	9	12	12	13	13	11	12	12	13	15
140 – 159	7	7	7	7	10	10	11	11	9	10	11	11	13
120 – 139	5	6	6	6	8	9	9	9	8	8	9	10	11
100 – 119	5	5	5	5	7	7	7	8	6	7	7	8	9
160 – 179	6	6	7	7	10	10	11	11	8	9	10	11	13
140 – 159	5	5	5	6	8	8	9	9	7	8	8	9	10
120 – 139	4	4	4	5	6	7	7	8	6	6	7	8	9
100 – 119	3	3	4	4	5	6	6	6	5	5	6	7	10
160 – 179	4	5	5	5	8	8	9	10	7	7	8	9	10
140 – 159	3	4	4	4	6	7	7	8	5	6	7	8	12
120 – 139	3	3	3	3	5	6	6	6	4	5	5	6	10
100 – 119	2	2	3	3	4	4	5	5	3	4	4	5	10
160 – 179	3	4	4	4	6	7	7	8	5	6	7	8	13
140 – 159	3	3	3	3	5	5	6	6	4	5	5	6	10
120 – 139	2	2	2	3	4	4	5	5	3	4	4	5	8
100 – 119	2	2	2	2	3	3	4	4	3	3	3	4	7
160 – 179	2	3	3	3	5	5	6	7	4	5	6	6	11
140 – 159	2	2	2	3	4	4	5	5	3	4	4	5	9
120 – 139	1	2	2	2	3	3	4	4	2	3	3	4	7
100 – 119	1	1	1	1	2	2	3	3	2	2	3	3	5
160 – 179	2	2	2	3	4	4	5	6	3	4	5	5	10
140 – 159	1	2	2	2	3	3	4	4	2	3	3	4	8
120 – 139	1	1	1	1	2	3	3	3	2	2	3	3	6
100 – 119	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	5

65-69

60-64

55-59

50-54

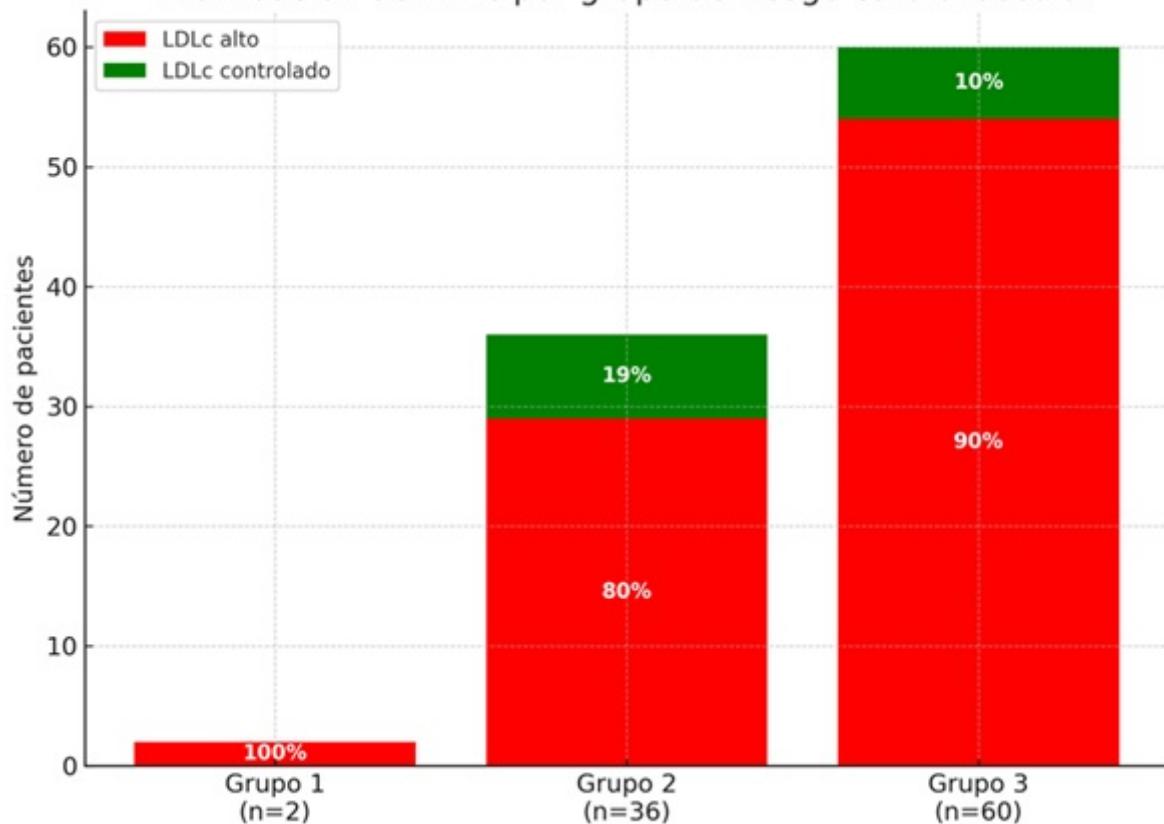
45-49

40-44

160 – 179	11	12	12	13	15	16	17	19	9	10	11	11	13
140 – 159	10	11	11	11	13	14	15	16	8	9	10	10	12
120 – 139	8	8	9	10	11	11	11	11	7	7	8	8	13
100 – 119	6	7	7	8	9	10	11	11	5	6	7	8	10
160 – 179	8	9	10	11	13	14	15	17	7	8	9	10	15
140 – 159	7	8	8	9	10	11	12	12	6	7	8	9	12
120 – 139	5	6	7	8	9	10	11	11	4	5	6	7	10
100 – 119	4	5	5	6	7	8	9	10	3	4	5	6	10
160 – 179	7	7	8	9	10	11	12	12	5	6	7	8	15
140 – 159	5	6	7	8	9	10	11	11	4	5	6	7	12
120 – 139	4	5	5	6	7	8	9	9	3	4	5	6	10
100 – 119	3	4	4	5	6	7	8	8	2	3	4	5	10
160 – 179	4	5	6	6	7	8	9	9	3	4	5	6	11
140 – 159	3	4	4	5	6	7	8	8	2	3	4	5	9
120 – 139	2	3	3	4	5	6	7	7	1	2	3	4	7
100 – 119	2	3	3	4	5	6	7	7	1	2	3	4	5



Distribución de LDLC por grupo de riesgo cardiovascular



Conclusiones: El estudio evidencia una subóptima adecuación al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular alto o muy alto: una proporción considerable no recibía estatinas o lo hacía con potencias inadecuadas, pese a no alcanzar los objetivos de LDLC. La mayoría de los pacientes ingresados eran de riesgo cardiovascular alto o muy alto. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de intensificar estrategias de prevención primaria y no limitar la intervención terapéutica a la prevención secundaria, subrayando la necesidad de crear unidades especializadas en riesgo cardiovascular. Es fundamental realizar una evaluación analítica integral al ingreso, que incluya Lp(a) y ApoB, para una estratificación adecuada e intervención precoz y eficaz.