



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 Escribano 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 hipolipemiente 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 hipolipemiente 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 hipolipemiente 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 hipolipemiente. 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

HOMBRES

No fumadores

Fumadores

No fumadores

Fumadores

Colesterol no HDL

Presión arterial
sistólica (mmHg)
SCORE2-OP

30-39 40-49 50-59 60-69
150 200 250

mmol/L
mg/dL

30-39 40-49 50-59 60-69
150 200 250

160 - 179

28 29 30 31

31 32 33 34

Edad

29 35 42 49

29 35 42 49

140 - 159

26 27 28 29

29 30 31 32

85-89

28 33 40 47

27 33 40 47

120 - 139

24 25 26 27

27 28 29 30

80-84

26 32 38 45

26 32 38 45

100 - 119

23 24 25 26

25 26 27 28

75-79

25 30 36 43

25 30 36 43

160 - 179

20 21 22 23

25 26 28 29

70-74

23 27 32 37

26 31 36 41

140 - 159

18 19 20 21

23 24 25 26

80-84

21 25 29 34

24 28 33 38

120 - 139

16 17 18 19

20 21 22 23

75-79

19 22 26 31

22 25 30 34

100 - 119

15 15 16 17

18 19 20 21

70-74

17 20 24 28

19 23 27 31

160 - 179

15 15 16 17

21 22 23 24

75-79

19 21 24 27

24 27 31 34

140 - 159

13 13 14 15

18 19 20 21

70-74

16 18 21 23

21 23 26 30

120 - 139

11 11 12 13

15 16 17 18

75-79

14 15 18 20

18 20 23 26

100 - 119

9 10 10 11

13 14 15 15

70-74

12 13 15 17

15 17 19 22

160 - 179

10 11 12 12

17 18 19 20

70-74

15 16 18 19

22 24 26 28

140 - 159

9 9 10 10

14 15 16 16

70-74

12 13 14 16

18 19 21 23

120 - 139

7 7 8 8

11 12 13 14

70-74

10 11 12 13

14 16 17 19

100 - 119

6 6 6 7

9 10 10 11

70-74

8 8 9 10

12 13 14 15

SCORE2

160 - 179

8 8 9 9

12 12 13 13

65-69

11 12 12 13

15 16 17 19

140 - 159

7 7 7 7

10 10 11 11

65-69

9 10 11 11

13 14 15 16

120 - 139

5 6 6 6

8 9 9 9

65-69

8 8 9 10

11 12 13 13

100 - 119

5 5 5 5

7 7 7 8

65-69

6 7 7 8

9 10 11 11

160 - 179

6 6 7 7

10 10 11 11

60-64

8 9 10 11

13 14 15 17

140 - 159

5 5 5 6

8 8 9 9

60-64

7 8 8 9

10 11 13 14

120 - 139

4 4 4 5

6 7 7 8

60-64

6 6 7 8

9 10 10 11

100 - 119

3 3 4 4

5 6 6 6

60-64

5 5 6 6

7 8 9 10

160 - 179

4 5 5 5

8 8 9 10

55-59

7 7 8 9

10 12 13 15

140 - 159

3 4 4 4

6 7 7 8

55-59

5 6 7 8

9 10 11 12

120 - 139

3 3 3 3

5 6 6 6

55-59

4 5 5 6

7 8 9 10

100 - 119

2 2 3 3

4 4 5 5

55-59

4 4 4 5

6 6 7 8

160 - 179

3 4 4 4

6 7 7 8

50-54

5 6 7 8

9 10 11 13

140 - 159

3 3 3 3

5 5 6 6

50-54

4 5 5 6

7 8 9 10

120 - 139

2 2 2 3

4 4 5 5

50-54

3 4 4 5

6 6 7 8

100 - 119

2 2 2 2

3 3 4 4

50-54

3 3 3 4

4 5 6 7

160 - 179

2 3 3 3

5 5 6 7

45-49

4 5 6 6

7 8 10 11

140 - 159

2 2 2 3

4 4 5 5

45-49

3 4 4 5

6 7 8 9

120 - 139

1 2 2 2

3 3 4 4

45-49

2 3 3 4

4 5 6 7

100 - 119

1 1 1 1

2 2 3 3

45-49

2 2 3 3

3 4 5 5

160 - 179

2 2 2 3

4 4 5 6

40-44

3 4 5 5

6 7 8 10

140 - 159

1 2 2 2

3 3 4 4

40-44

2 3 3 4

5 5 6 8

120 - 139

1 1 1 1

2 3 3 3

40-44

2 2 3 3

3 4 5 6

100 - 119

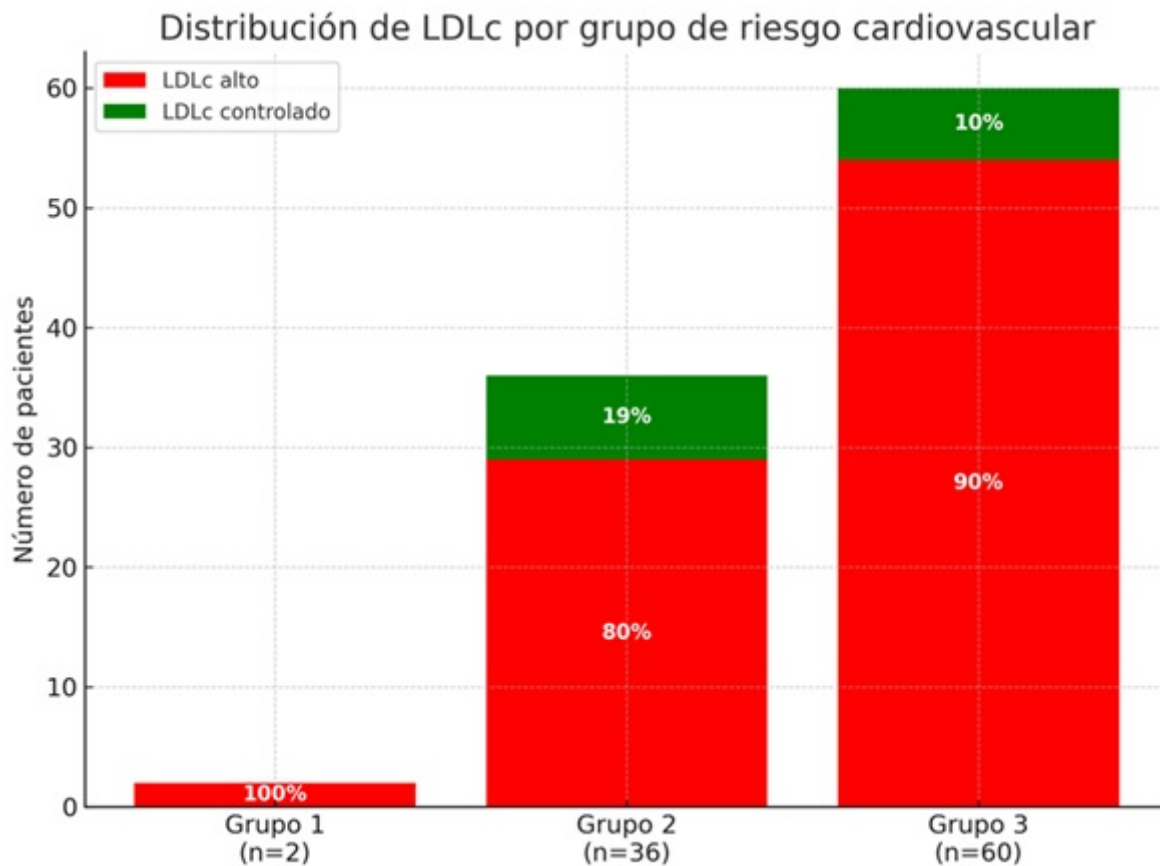
1 1 1 1

2 2 2 2

40-44

1 2 2 2

3 3 4 5



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.