



<https://www.revclinesp.es>

RV/D-018 - MANEJO DEL EVENTO CARDIOVASCULAR AGUDO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO (ESTUDIO MECA)

C. Saval Segura¹, A. Pardo I Pelegrín¹ y R. Salas Campos²

¹Medicina Interna. Unidad de Riesgo Cardiovascular, ²Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

Resumen

Objetivos: Analizar el abordaje terapéutico de pacientes con evento cardiovascular agudo (ECVA). Determinar si los pacientes están correctamente clasificados según su riesgo cardiovascular (RCV) atendiendo al c-LDL (c-LDL) y si el ECVA actual modifica la actitud terapéutica a seguir tras el alta.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que se realizó durante 5 meses (enero-mayo 2018) en un hospital universitario de 350 camas. Se incluyeron pacientes de Cardiología, Cirugía Vascular, Neurología y UCI que presentaron un ECVA como motivo de ingreso o durante el mismo. Se registraron: edad, sexo, comorbilidades, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), antecedentes de ECV y tratamiento habitual hipolipemiante. FRCV: diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DLP), obesidad (O), insuficiencia renal crónica (IRC), hábito tabáquico (T) y hábito enólico (A). Se clasificaron en grupos de RCV (bajo, moderado, alto y muy alto), y se determinó si estaban en objetivos terapéuticos. El ECVA se clasificó en 3 grupos: Grupo 1 (evento coronario), 2 (evento cerebrovascular) y 3 (arteriopatía periférica). Para valorar si el ECVA modificó la actitud terapéutica, se revisó solicitud de perfil lipídico durante el ingreso y a los 3 meses del alta y los cambios en la medicación hipolipemiante. Los datos se analizaron mediante Microsoft Excel. Se utilizaron medidas de tendencia central (media) para variables cuantitativas y medidas de frecuencia y porcentaje para variables cualitativas.

Resultados: Se incluyeron 114 pacientes (55% hombres), edad media de 79. Servicios: Neurología (57%), Cardiología (25%), Cirugía vascular (10%) y UCI (8%). FCRV: DM2 (32%), HTA (73%), O (14%), IRC (26%), T (15%), A (10%). Grupos de riesgo: bajo (13%), moderado (27%), alto (14%) y muy alto (45%). Sólo 1/4 estaban en objetivos; 13 (46%) no recibían tratamiento hipolipemiante, 6 (21%) recibían tratamiento con estatinas de alta potencia y 9 (32%), estatinas de potencia intermedia-baja. 29 pacientes no estaban en objetivos (25%), 19 (65%) pertenecían al grupo de muy alto RCV. El ECVA que motivó el ingreso fue mayoritariamente un evento cerebrovascular (58%). En el grupo 1, se solicitó perfil lipídico a 1/3, modificando el tratamiento hipolipemiante en 14 casos (63%), e intensificándose al alta a pesar de no disponer de perfil lipídico en un 11% de casos. En el grupo 2, se solicitó a un 29% y se modificó el tratamiento en el 60% de los casos, intensificándose a pesar de no haber solicitado perfil lipídico en un 31% de los casos. En el grupo 3, se solicitó a solo 1 paciente (7%), sin que ello implicara modificación del tratamiento. En 2 pacientes (13%) se modificó tratamiento sin haber solicitado perfil lipídico. Solo 2 pacientes (2%) fueron derivados a la Unidad de RCV y el 65% a su médico de atención primaria. Sólo se solicitó perfil lipídico a los 3 meses tras el alta a 19 pacientes (17%).

Discusión: Más de la mitad tenían RCV muy alto y, sólo un 25% estaba en objetivos. Es fundamental solicitar un perfil lipídico al ingreso, algo que sólo se realizó en 34 pacientes (30%). A pesar de ello se optimizó tratamiento en 40 pacientes (35%); aun así creemos que es un porcentaje muy bajo y mejorable; más todavía cuando se trata de pacientes de muy alto RCV. Es importante optimizar el tratamiento de manera individualizada y asegurarnos de que se alcancen objetivos tras la modificación. Probablemente sea necesaria mayor concienciación del colectivo médico de que estos pacientes se deberían manejar en Unidades de RCV.

Conclusiones: La dislipemia es el FRCV más importante y cuyo control aporta más beneficios en la disminución de la aparición de nuevos ECVA. El abordaje terapéutico en los pacientes que presentan un ECVA no es el adecuado en la mayoría de los casos: no están correctamente clasificados según su RCV y el manejo terapéutico no es acorde a su riesgo.