



## 1360 - PREVALENCIA Y GRADO DE CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE DE MUY ALTO RIESGO

**Beatriz Jiménez González<sup>1</sup>**, Laura Piedrafita Afonso<sup>2</sup>, José Juan Ruiz Hernández<sup>1</sup>, Sonia González Sosa<sup>1</sup>, Magdalena León Mazorra<sup>1</sup>, José Alfredo Martín Armas<sup>1</sup>, María Josefa Afonso Déniz<sup>1</sup> y Alicia Conde Martel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria. <sup>2</sup>Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

### Resumen

**Objetivos:** Cuantificar la presencia de FRCV en una cohorte de muy alto riesgo. Evaluar el grado de control lipídico y glucémico en base al cumplimiento de los objetivos de control recomendados. Valorar el uso de fármacos de interés cardiovascular. Estudiar el diagnóstico de enfermedad por hígado graso asociado a disfunción metabólica (MAFLD) y el riesgo de fibrosis mediante test no invasivo.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo en una cohorte de 52 pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía Vasculardel Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín durante el año 2021. Se recogieron los antecedentes patológicos, tratamientos farmacológicos, parámetros analíticos e informes de estudios por imagen. En los pacientes con MAFLD se estimó el riesgo de fibrosis mediante el cálculo de FIB4. Se realizará un análisis univariante de los factores relacionados con mal control diabético (HbA1c > 8%) y mal control lipídico (colesterol no HDL > 100). La relación entre variables cualitativas se analizará con el test  $\chi^2$  o el test exacto de Fisher si no se cumplieren las condiciones de aplicación del primero. La relación con variables cuantitativas se analizará con el test t de Student.

**Resultados:** De un total de 52 pacientes, 35 eran varones (67,3%) y 17 mujeres (32,7%), con una edad media de 68,8 años (DE: 8,9; rango 45 a 88). Un 92,3% presentaron hipertensión arterial, un 59,6% diabetes *mellitus* y un 73,1% dislipemia. El tabaquismo se encontró presente en un 71,2%. Respecto a los tratamientos, un 88,5% de los pacientes estaban antiagregados y un 82,7% tomaban estatinas, un 57,7% de la muestra eran de alta potencia. 28,8% presentaban esteatosis hepática. De los 11 pacientes a los que se les pudo calcular FIB4, 8 presentaban riesgo elevado (> 1,3). 60,5% de los pacientes presentaban A1c inferior a 7%, y en 79,1% de los casos inferior a 8%. Un 29,1% de los pacientes conseguían valores de Col no HDL inferior a 85 mg/dL y un 37,5% por debajo de 100 mg/dL. El tratamiento con insulina y antidiabéticos tipo iSGLT2 mostró una relación significativa con un control glucémico subóptimo, mientras que la presencia de tabaquismo se asoció a un mejor control.

**Conclusiones:** Hemos observado un uso probablemente deficiente de estatinas de alta potencia y un uso testimonial de tratamientos hipolipemiantes combinados en nuestra cohorte de alto riesgo, lo que lleva a una pobre consecución de objetivos de control lipídico, siendo el control glucémico algo

mejor en nuestra muestra. Nos planteamos ampliar nuestro estudio para identificar de una manera más precisa factores relacionados con el peor control. Creemos que una labor de interconsultoría y apoyo en Consulta Externa por parte de Medicina Interna (Unidad de Riesgo Vascular) puede mejorar el abordaje médico de estos pacientes.