



## 227 - EL INGRESO HOSPITALARIO COMO OPORTUNIDAD DE MEJORA EN EL CONTROL DEL PERFIL LIPÍDICO EN EL ESCENARIO POSPANDÉMICO COVID-19

Natalia Martínez García<sup>1</sup>, Yahovi Akakpo Tinajero<sup>2</sup>, Yolanda Escobar Navarro<sup>1</sup>, Montserrat Sevillano Gandía<sup>1</sup>, Ronald Enrique Mena Melgar<sup>1</sup>, Patricia Beneitez Mascaraque<sup>1</sup>, Lucía Rosario Rúas<sup>2</sup> y Jaime García de Tena<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España. <sup>2</sup>Hospital Universitario de Guadalajara. CS Yunquera de Henares, Guadalajara, España. <sup>3</sup>Departamento de Medicina, Universidad de Alcalá de Henares, Alcalá de Henares, España.

### Resumen

**Objetivos:** Evaluar si el ingreso hospitalario puede ser una oportunidad para optimizar el control del riesgo cardiovascular en pacientes que ingresan en Medicina Interna.

**Métodos:** Estudio observacional, transversal, retrospectivo incluyendo de forma consecutiva a los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna dos periodos pre- y pospandemia (2019 y 2023). Aprobado por CEIm. Las variables analizadas se expresaron como medias y porcentajes, para las comparaciones se calcularon chi-cuadrado u *odds-ratio*, empleando el programa estadístico STATA.

**Resultados:** Se incluyeron 163 pacientes ingresados durante los meses de febrero en 2019 y 2023 (tabla 1). De ellos, en 153 se ha podido hacer una clasificación de su riesgo cardiovascular en el momento del ingreso en bajo, moderado, alto y muy alto riesgo. Encontramos una tendencia a una mayor proporción de pacientes con antecedente de dislipemia en el periodo pospandemia comparado con el prepandemia (27 vs. 20,2, respectivamente;  $p = 0,05$ ). El perfil lipídico solo fue solicitado en el 41,1% de los pacientes de alto riesgo cardiovascular y en el 29,9% de los que presentaban muy alto riesgo cardiovascular. En cuanto al perfil lipídico, entre los pacientes de alto y muy alto riesgo cardiovascular solo el 21,4% y el 33,3% respectivamente, alcanzaban los objetivos propuestos por las guías de práctica clínica de prevención cardiovascular ESC 2021, sin detectarse diferencias entre ambos periodos (tabla 2). Analizando el grado de cumplimiento de objetivos de LDLc, solo un 35% de los sujetos se encontraban dentro de objetivos. No se han encontrado diferencias en el tratamiento hipolipemiente antes y después del ingreso. Pese al margen de mejora que sugieren nuestros resultados, en solo el 8,6% de pacientes se modificó el tratamiento hipolipemiente (fig.).

<b>Tabla 1</b>			
	2019 (n = 83)	2023 (n = 80)	p
Edad	68,9 (64,3-63,6)	67,2 (73,4-70,9)	$p = 0,581$
Sexo	$p = 0,523$		
Mujer		32 (19,6%)	27 (16,6%)
Hombre		51 (31,3%)	53 (32,5%)

Tabaco	35 (21,5%)	37 (22,7%)	p = 0,600
FRCV			
HTA	54 (33,1%)	46 (28,2%)	p = 0,322
DM	30 (18,4%)	33 (20,2%)	p = 0,503
DL	33 (20,2%)	44 (27,0%)	p = 0,051
Enfermedad cardiovascular	p = 0,786		
Cardiopatía isquémica		62 (38,0%)	61 (37,4%)
Arteriopatía		5 (3,1%)	5 (3,1%)
ACVA		2 (1,2%)	5 (3,1%)
Cardiopatía isquémica + ACVA		10 (6,1%)	7 (4,3%)
Cardiopatía isquémica + Arteriopatía		2 (1,2%)	1 (0,6%)
Arteriopatía periférica + ACVA		2 (1,2%)	1 (0,6%)
Grupo de riesgo cardiovascular	p = 0,215		
No calculable		14 (16,7%)	6 (7,5%)
Bajo riesgo		6 (8,7%)	15 (20,3%)
Moderado riesgo		9 (13,0%)	11 (14,9%)
Alto riesgo		34 (49,3%)	28 (37,8%)
Muy alto riesgo		20 (29,0%)	20 (27,0%)
Perfil lipídico	54 (47,8%)	59 (52,2%)	p = 0,229

Grupo de riesgo	Pacientes en objetivo	OR
Bajo riesgo 1	10/17 (58,8%)	3,16 (1,09-9,17)
Moderado riesgo 2	7/14 (50%)	2,07 (0,662-6,48)
Alto riesgo 3	9/42 (21,4%)	0,339 (0,14-0,82)
Muy alto riesgo 4	9/27 (33,3%)	0,88 (0,35-2,21)
Alto y muy alto riesgo 5	18/69 (26,1%)	0,318 (0,138-0,73)

## 227jpg

**Discusión:** En el análisis por subgrupos los pacientes de mayor riesgo están más representados probablemente al tratarse de pacientes añosos con comorbilidad y pluripatología, habiendo a su vez una mayor tendencia a intervenir en este subgrupo. Nuestro estudio presenta limitaciones al tratarse de un estudio transversal, retrospectivo con un pequeño tamaño muestral en el que no se han considerado otros factores que podrían haber influido en la toma de decisiones como la negativa del paciente, interacciones o efectos adversos del tratamiento, o evitar intervenciones fútiles en escenarios de fragilidad o cuidados paliativos. También es habitual en la práctica clínica postponer cambios de tratamientos crónicos hasta que el paciente se encuentre en fase estable.

**Conclusiones:** Solo una pequeña proporción de pacientes de alto y muy alto riesgo vascular ingresados en nuestro servicio por cualquier motivo, presentan un adecuado control del perfil lipídico según las actuales recomendaciones de práctica clínica. Existe una marcada inercia terapéutica en pacientes de alto y muy alto riesgo vascular durante el ingreso hospitalario con un grado de intervención farmacológica muy baja para la mejora del perfil lipídico, probablemente influido por la edad, fragilidad o el pronóstico. Dado el amplio margen de mejora en el control del perfil lipídico, el ingreso hospitalario puede representar una buena oportunidad para optimizar el tratamiento hipolipemiente, especialmente en los pacientes de alto y muy alto riesgo cardiovascular.