

DETECCIÓN DE PACIENTES DE MUY ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR MEDIANTE EL USO DE ECOGRAFÍA CAROTÍDEA Y DETERMINACIÓN DEL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO

La arteriosclerosis, producida por niveles elevados de C-LDL, es la causa subyacente de la ECV

- La arteriosclerosis y las enfermedades con ella relacionadas suponen la principal causa de morbi-mortalidad en los países desarrollados.
- A pesar del tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular, la incidencia de ECV permanece inaceptablemente alta.
- Un porcentaje considerable de ECV ocurre en pacientes de riesgo bajo-moderado, probablemente debido a que no se han clasificado adecuadamente.
- La correcta identificación del RCV de los pacientes podría contribuir a reducir la incidencia de ECV, así como la morbi-mortalidad.

Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics-2015 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2015; 131:e29-322. doi: 10.1161/CIR.000000000000152.

Clasificación de riesgo cardiovascular y objetivos lipídicos

- ECV enfermedad cardiovascular, DM diabetes mellitus, FGe filtrado glomerular estimado, ALB albuminuria, ERC enfermedad renal crónica, LOD lesión de órgano diana, FRCV factores de riesgo cardiovascular.

Cifras lipídicas en mg/dL; FGe mL/min/1,73 m²; ALB mg/g creatinina

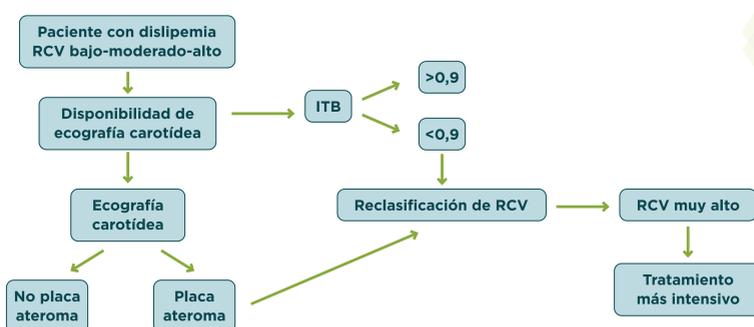
Visseren FLJ et al. *Eur Heart J* 2021;42:3227-337

Riesgo CV	Situaciones clínicas/ SCORE	Objetivos (mg/dL)
Muy alto	<ul style="list-style-type: none"> ECV clínica o documentada por métodos invasivos o no invasivos DM con: <ul style="list-style-type: none"> - FGe <30 - FGe 45-59 y ALB >30 - ALB >300 Lesión órgano diana en 3 localizaciones (microalbuminuria, retinopatía o neuropatía). ERC: FGe <30 o FGe 30-44 con ALB >30 	<ul style="list-style-type: none"> C-LDL <55 y al menos ↓50% C-NO-HDL <85 ApoB <65
Alto	<ul style="list-style-type: none"> FRCV aislados marcadamente elevados: Colesterol total >310 mg/L, cLDL >190 mg/dL o presión arterial ≥180/110 mmHg HF con cLDL >190 mg/dL DM con: <ul style="list-style-type: none"> - >10 años de evolución o mal control o LOD importante en 1 localización ERC <ul style="list-style-type: none"> - FGe 30-44 y ALB <30 - FGe 45-59 y ALB 30-300 - FGe >60 y ALB >300 SCORE <ul style="list-style-type: none"> - <50 años ≥8 - 50-60 años ≥10% - ≥70 años ≥15% 	<ul style="list-style-type: none"> cLDL <70 y al menos ↓50% c-no-HDL <100 ApoB <80
Moderado	<ul style="list-style-type: none"> DM <ul style="list-style-type: none"> - Buen control - <10 años de evolución - Pacientes jóvenes - No LOD - No otros factores de riesgo CV SCORE <ul style="list-style-type: none"> - <50 años 3-4% - 50-60 años 5-9% - ≥70 años 8-15% 	<ul style="list-style-type: none"> cLDL <100 c-no-HDL <130 ApoB <100
Bajo	<ul style="list-style-type: none"> SCORE <ul style="list-style-type: none"> - <50 años <3% - 50-60 años <5% - ≥70 años <8% 	<ul style="list-style-type: none"> cLDL <100

Arteriosclerosis subclínica y RCV

- La presencia de arteriosclerosis subclínica es un buen predictor del desarrollo futuro de enfermedad cardiovascular.
- Las técnicas complementarias no invasivas (ecografía carotídea y determinación del índice tobillo-brazo -ITB-) permiten detectar la presencia de arteriosclerosis subclínica.
- La detección de arteriosclerosis subclínica (placa de ateroma en ecografía carotídea o ITB <0,9) mejora la clasificación del riesgo cardiovascular en pacientes asintomáticos.

Forés R et al. *Plos One* 2018;13(1):e0191283
Visseren FLJ et al. *Eur Heart J* 2021;42:3227-337



Reducción esperada de cLDL con el tratamiento hipolipemiante

Tratamiento	Reducción media cLDL
Estatina de moderada intensidad	30%
Estatina de alta intensidad	50%
Estatina de alta intensidad + Ezetimibe	65%
Inhibidor de PCSK9	60%
Estatina de alta intensidad + Inhibidor de PCSK9	75%
Estatina de alta intensidad + Ezetimibe + Inhibidor de PCSK9	85%

Visseren FLJ et al. *Eur Heart J* 2021;42:3227-337

Características de los pacientes

	Ecografía carotídea	ITB
N (Mujer/Hombre)	62 (19 / 43)	23 (9 / 14)
Edad (años)	59,6 ± 6,3	61,3 ± 6,9
IMC (kg/m ²)	27,2 ± 3,1	27,1 ± 3,3
Presión arterial sistólica (mmHg)	129,7 ± 12,1	129,9 ± 14,2
Presión arterial diastólica (mmHg)	76,8 ± 8,2	76,3 ± 7,5
Glucosa (mg/dl)	97,3 ± 12,4	94,2 ± 11,7
Colesterol total (mg/dl)	209,3 ± 34,4	208,6 ± 35,3
cHDL (mg/dl)	57,1 ± 19,1	53,3 ± 18,6
cLDL (mg/dl)	129,4 ± 24,6	129,1 ± 29,2
Triglicéridos (mg/dl)	122,5 ± 78,8	131,2 ± 77,9
Tabaquismo (%)	32	41
Evidencia de arteriosclerosis (%)	23	11

Datos propios

Conclusiones

- En un porcentaje considerable de pacientes, no se clasifica de forma adecuada su riesgo cardiovascular.
- La ecografía vascular y el ITB son exploraciones que ayudan a clasificar el riesgo cardiovascular de los pacientes.
- La correcta clasificación de riesgo cardiovascular permite establecer un tratamiento "adecuado" para el paciente.
- La correcta identificación de los pacientes de muy alto riesgo cardiovascular podría contribuir a reducir la incidencia de enfermedad cardiovascular.