Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 677

Revista Española de Cardiología

6. RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES REMITIDOS A TAC DE CORONARIAS

José Antonio Parada Barcia[1], Manuel Barreiro Pérez[1], Pablo Pazos López[1], Tatiana Mallely Matajira Chia[1], Francisco Calvo Iglesias[1], Amara Tilve Gómez[2] y Andrés Iñiguez Romo[1]

[1]Cardiología. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), España y [2]Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), España.

Resumen

Introducción y objetivos: El SCORE2 y el SCORE 2-OP, mediante la edad, hábito tabáquico, sexo, colesterol no-HDL y presión arterial sistólica, permiten estimar el riesgo de morbimortalidad cardiovascular (CV) a 10 años en pacientes aparentemente sanos de entre 40-69 años y más de 70 años, respectivamente. Ese riesgo previamente determinado, puede reclasificarse tras determinación del *score* de calcio arterial coronario (CAC) medido mediante tomografía computarizada. El objetivo de este estudio es evaluar el grado de reclasificación de riesgo CV tras CAC score de los pacientes aparentemente sanos remitidos por dolor torácico estable sin enfermedad arterial coronaria obstructiva.

Métodos: Fueron evaluados 631 pacientes sometidos a TAC de coronarias por dolor torácico entre julio de 2021 y julio de 2022 en nuestro centro. Se excluyeron pacientes con diabetes mellitus, enfermedad arterial coronaria obstructiva (CADRADS ? 3) y enfermedad renal crónica. Finalmente fueron analizados 253 pacientes. Se estratificó la muestra, utilizando el SCORE-2 y el SCORE-20P, en 3 categorías: bajo a moderado, alto y muy alto riesgo. Se consideró un umbral de CAC significativo > 100 UA.

Resultados: 253 pacientes fueron incluidos, de los cuales 90 (35,6%) eran de bajo a moderado riesgo, 134 (53,0%) de alto riesgo y 29 (8,5%) de alto riesgo. En lo relativo a la reclasificación, 3 (3,3%) pacientes de bajo a moderado riesgo, 30 (22,4%) de alto riesgo y 13 (44,8%) de muy alto riesgo presentaron CAC significativo > 100 UA. Si observamos la estrategia de prevención primaria mediante estatinas, el TAC permitió incrementar la terapia de 76 pacientes tratados con estatinas, a 133, con un incremento del 57% en su utilización (tabla). Con un seguimiento medio de 13 meses, no hubo diferencias en eventos tras TAC de coronarias entre las diferentes categorías de riesgo.

Perfil clínico y seguimiento de los pacientes sometidos a TAC de coronarias sin enfermedad arterial coronaria obstructiva de acuerdo al riesgo cardiovascular

	Bajo a moderado riesgo CV (N = 90)	Alto riesgo CV (N = 134)	Muy alto riesgo CV (N = 29)	p
Edad	52,5 (9,4)	63,34 (9,1)	71,9 (8,9)	0,190

Sobrepeso	58 (64,4)	102 (76,7)	25 (89,3)	0,017
Estatina previa	20 (22,2)	44 (32,8)	12 (41,4)	
Inicio estatina tras TC	16 (17,8)	31 (23,1)	10 (34,5)	0,012
CAC > 100	3 (3,3)	30 (22,4)	13 (44,8)	0,000
Placa vulnerable	4 (4,4)	4 (3,0)	1 (3,4)	0,846
FA en seguimiento	2 (2,2)	4 (3,0)	1 (3,4)	0,913
IAM en seguimiento	1 (1,1)	1 (0,7)	0 (0)	0,838
Extrasistolia en seguimiento	7 (7,8)	4 (3,0)	2 (6,9)	0,281
Muerte (no CV)	1 (1,1)	1 (0,7)	0 (0)	0,840

CAC: calcio arterial coronario; CV: cardiovascular; UA: Unidades de Agatston.

Conclusiones: La cuantificación del calcio coronario mediante tomografía computarizada permite optimizar la estrategia de prevención de riesgo cardiovascular. En nuestra muestra, permitió incrementar el porcentaje de pacientes en prevención primaria.