Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 2

Revista Española de Cardiología

2. NUEVO ÍNDICE ATEROGÉNICO PARA LA PREDICCIÓN DE ARTERIOESCLEROSIS CAROTÍDEA BASADO EN LA RATIO PROTEÍNA C REACTIVA/HDL

Óscar Fabregat Andrés[1], Pilar Pérez de Lucía[2], Víctor Eduardo Vallejo García[1], Mª Carmen León del Pino[1], Gregory Herrera Cañizares[1], Victoria Jacas Osborn[1], Pablo Vera Ivars[3], Carlos Barrios Pitarque[2] y Alfonso Valverde Navarro[4]

[1]Cardiología. Hospital IMED Valencia, Valencia, España, [2]Medicina. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia, España, [3]Medicina Deportiva. IMEDUCV Centro de Alto Rendimiento Deportivo, Valencia, España y [4]Departamento de Anatomía. Universidad de Valencia, Valencia, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La valoración del riesgo cardiovascular se recomienda en las guías clínicas como medida de prevención. La etiología fundamental de las enfermedades cardiovasculares es la arterioesclerosis. Una de las herramientas que se utiliza para estimar el riesgo son los índices aterogénicos (IA), cocientes entre fracciones lipídicas con rangos de referencia bien establecidos. A pesar del uso extendido, existe información limitada sobre su utilidad clínica. En los últimos años, algunas investigaciones han reforzado el papel de la inflamación en la etiopatogenia de la arterioesclerosis. La inclusión de parámetros inflamatorios en el cálculo de IA, podría mejorar su rendimiento diagnóstico. Nos propusimos evaluar la capacidad de predicción de ateromatosis carotídea de un nuevo IA en forma de ratio entre los valores de proteína C reactiva (PCR) y colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad [HDLc].

Métodos: Se incluyeron en el estudio 282 pacientes, asintomáticos, y sin historia de cardiopatía o enfermedad cardiovascular. Se realizó en todos ellos analítica con perfil lipídico y PCR, y en el plazo inferior a un mes, ecografía carotídea para evaluar presencia de ateromatosis. El nuevo IA se estableció como el cociente entre valor de PCR no ultrasensible en mg/dl (multiplicado por 100) y valor de HDL en mg/dl. Se comparó con los índices de Castelli I y II, y el índice aterogénico del plasma. La curva COR determinó que el punto de corte óptimo del nuevo IA fue valor = 1, con un área bajo la curva de 0,678 (IC95% 0,60-0,75, p 0,001).

Resultados: La edad media de la muestra fue 60,4 ± 14,5 años. 118 pacientes (41,8% del total) tenían arterioesclerosis carotídea. Al evaluar el rendimiento diagnóstico de los IA, encontramos que la ratio PCR·100/HDL mostró los valores más elevados de sensibilidad y especificidad (0,73 y 0,54, respectivamente) en comparación con los índices de Castelli I y II, y el índice aterogénico del plasma. Además fue el único predictor de ateromatosis carotídea tanto al considerar sus valores de forma cuantitativa como categórica, con OR 1,4 (IC95% 1,1-1,7, p = 0,005) y OR 2,9 (IC95% 1,5-5,5, p 0,001).

Predicción de ateromatosis carotídea según los diferentes índices aterogénicos

Considerados como variables continuas

Índice aterogénico	OR (IC95%)	p
Castelli I	0,5 (0,1-1,8)	0,31
Castelli II	1,3 (0,4-4,7)	0,67
I.A. del plasma	8,6 (1,2-64,7)	0,035
Nueva ratio PCR·100/HDL	1,4 (1,1-1,7)	0,005

Considerados como variables categóricas

Índice aterogénico	OR (IC95%)	p
Índice Castelli I > 4	0,9 (0,4-2,5)	0,94
Índice Castelli II > 3	0,9 (0,3-2,3)	0,91
I.A. del plasma > 0,24	1,7 (0,9-3,4)	0,11
Nuevo ratio PCR·100/HDL > 1	2,9 (1,5-5,5)	0,001

I.A. del plasma: índice aterogénico del plasma.

Conclusiones: El nuevo índice PCR·100/HDL mostró el mejor rendimiento diagnóstico en la detección de ateromatosis carotídea en comparación con otros IA clásicos, en una población española de pacientes asintomáticos y con riesgo cardiovascular de moderado a muy alto.