

Cristina Campos Fernández^{1,3}, Jorge Juan Fragió Gil^{1,3}, Roxana González Mazarío^{1,3}, Martínez Calabuig^{1,3}, José Andrés Román Ivorra^{2,3}

¹ Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia.

² Servicio de Reumatología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

³ Escuela de Doctorado. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Valencia.

Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por inflamación de las articulaciones y destrucción del cartílago. Además de su impacto en el sistema musculoesquelético, la AR ha sido reconocida como una enfermedad sistémica asociada con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. Las estrategias actuales de detección y manejo del riesgo CV (RCV), subestiman el RCV real en la AR. Una adecuada estratificación del RCV tiene especial relevancia en la AR para identificar a los pacientes con riesgo de enfermedad CV (ECV).

Objetivo

Evaluar el perfil de riesgo cardiovascular en pacientes con AR mediante la evaluación de los factores de riesgo de ECV tradicionales, los hallazgos ecográficos carotídeos y la estimación del riesgo mediante SCORE y SCORE2.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal que incluyó pacientes adultos con AR de moderada a grave que habían iniciado tratamiento con inhibidores de JAK o anti-TNF. Se evaluaron los factores de riesgo tradicionales, edad, sexo, tabaquismo, hipertensión, dislipemia, diabetes. Para estimar el RCV global en esta población se utilizaron sistemas de puntuación ampliamente utilizados, como la Evaluación Sistemática de Riesgo Coronario (SCORE) y su versión actualizada, SCORE2. Además, se realizaron exámenes de ultrasonido carotídeo para investigar la aterosclerosis subclínica en pacientes con AR. Se obtuvieron mediciones del espesor íntima-media (GIM) carotídeo como marcador del daño vascular temprano. Se documentó la presencia de placas ateroscleróticas, sello distintivo de la enfermedad vascular avanzada. Este estudio se realizó desde septiembre de 2022 hasta abril de 2023. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética y el análisis estadístico se realizó con el software R (versión 3.6.1).

Resultados

Se incluyeron en el estudio 122 pacientes. Se observó una alta prevalencia de factores de riesgo de ECV. Los valores medios de SCORE y SCORE2 indicaron un riesgo estimado de moderado a alto a 10 años de eventos fatales de ECV en esta población (SCORE medio: 2.77%, SCORE2 medio: 4.07%).

Las mediciones ecográficas carotíneas revelaron un aumento del GIM medio en pacientes con AR (GIMc medio de carótida derecha: 0.64 [0.12]; GIMc medio de carótida izquierda 0,69 [0.11]. Una proporción sustancial de pacientes (34.1%) presentaba placas ateroscleróticas.

El coeficiente de correlación de concordancia entre SCORE y SCORE2 demostró una relación positiva moderada significativa (estimación 0.32 [0.19-0.43] IC 95%). Se calcularon curvas ROC para SCORE y SCORE2 con respecto a su capacidad predictiva de placas, mostrando una diferencia significativa entre ellos ($p < 0,001$) indicando una capacidad predictiva superior de SCORE2. Se utilizó un modelo de regresión lineal, ajustado por factores de confusión, para evaluar la relación entre SCORE y SCORE2 con el GIM. Tanto SCORE (estimación 1.41 $p = 0,02$, $R^2 = 0.045$) como SCORE2 (estimación 1.55 $p < 0.01$, $R^2 = 0.015$) se asociaron positivamente con el GIM.

Conclusiones

Se encontró que la relación entre SCORE y SCORE2 era satisfactoria, lo que indica su idoneidad para predecir el desarrollo de placa. Sin embargo, la capacidad predictiva de ambas puntuaciones puede mejorarse aún más incorporando factores de multiplicación. Además, tanto SCORE como SCORE2 se asociaron positivamente con el GIM, pero SCORE2 demostró una mayor capacidad predictiva en este sentido. Además, el SCORE2 explicó una mayor proporción de la variación del GIM en comparación con el SCORE.

