

PACIENTE CON RIESGO CARDIOVASCULAR MUY ALTO: PERSONA CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA °EAP.



HISTORIA CLÍNICA

NOMBRE: JULIÁN °EDAD: 69 AÑOS
Economista jubilado

- Exfumador, **EPOC** en tratamiento con broncodilatadores y medicación de rescate.
- **HTA** en tratamiento con Parapres Plus con buenas cifras de control.
- Acude a consulta de su Médico de Atención Primaria (MAP) porque desde hace 3 meses siente **dolor en la pantorrilla izquierda** cuando sale a caminar.
- Resultados de la analítica:
 - **c-LDL** 110 mg/dl
 - **Colesterol total** 240 mg/dl
 - **c-HDL** 45 mg/dl
 - **PCR elevada**

ECVAS: enfermedad cardiovascular aterosclerótica
RCV: riesgo cardiovascular

ACTITUD TERAPÉUTICA

- 1 Calcular su RCV en base a la escala SCORE2. Se confirma que es un **paciente de RCV alto**.^{2,3}
- 2 Medición del Índice Tobillo-Brazo (ITB). Un resultado alterado lleva a su MAP a sospechar de una EAP en Julián.¹
- 3 Derivación a la Unidad de Riesgo Vascular de referencia para valoración, confirmación de la sospecha diagnóstica.
- 4 Instaurar un tratamiento hipolipemiante con una **estatina de alta intensidad** para reducir de forma temprana y rápida sus niveles de c-LDL a cifras objetivos según la guía de práctica clínica de la ESC sobre dislipemias 2019 y la Guía ESC sobre manejo de RCV 2021.^{2,3}

Instauración de
tratamiento con
CRESTOR® 20 mg

ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA⁴

¿Qué es la Enfermedad Arterial Periférica (EAP)?

La EAP es una afección circulatoria común en la que las arterias que llevan sangre a las extremidades (especialmente las piernas) se estrechan o bloquean debido a la acumulación de placas de grasa (aterosclerosis).

Prevalencia

- La prevalencia de la EAP afecta a 113 millones de personas de ≥ 40 años.⁴
- La **prevalencia global** es del 1,52%⁴, **aumenta con la edad** y **es más elevada en mujeres** que en hombres.

Tasa de prevalencia (por 100.000 población)

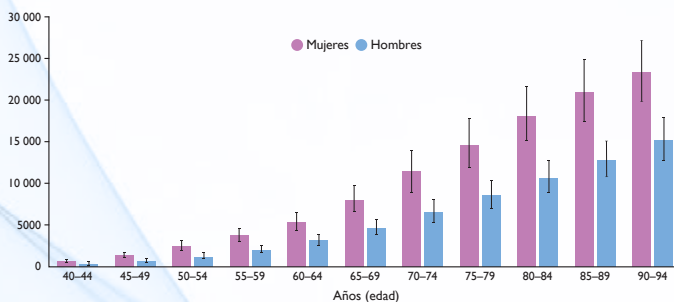
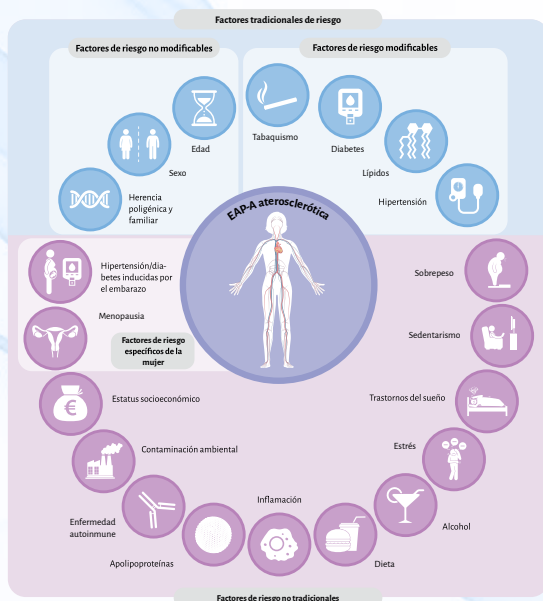


Figura 2. Prevalencia específica estimada de la enfermedad arterial periférica por sexo en personas ≥ 40 años de edad.



Los factores de riesgo modificables son responsables de alrededor del **70% de la carga mundial de EAP.**

El c-LDL, la diabetes, la hipertensión y el tabaco amplifican significativamente **el riesgo de enfermedad arterial periférica y aórtica en 2-4 veces cada uno.**

Figura 3. Principales factores de riesgo asociados con la aterosclerosis en la enfermedad arterial periférica y aórtica.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EAP⁴

Diagnóstico

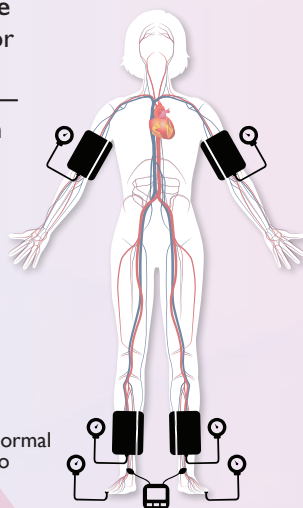
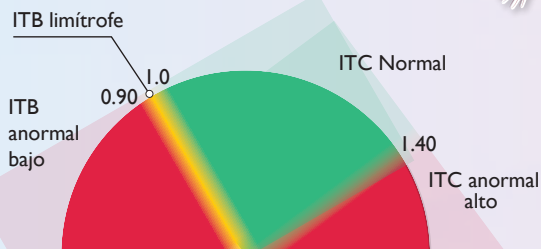
Desde el diagnóstico hasta el tratamiento, la EAP y las enfermedades aórticas requieren un enfoque holístico y multidisciplinar.

RECOMENDACIONES ESC 2024

- Se recomienda la **medición del Índice Tobillo-Brazo (ITB)** como prueba no invasiva de 1a línea para el cribado y diagnóstico de la EAP.

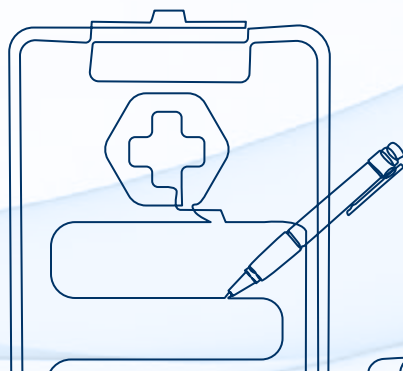
Presión sistólica más alta del tobillo de la pierna objetivo (arteria tibial posterior o pedia dorsal)

Presión sistólica braquial más alta, sin importar la pierna objetivo



ITB $\leq$ 0,9 CONFIRMA EAP

ITB $>$ 1,4 Indica arterias no compresibles. Incrementa el riesgo de eventos CV y mortalidad



OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO⁴

La guía de la ESC 2024 para el manejo de la EAP, desarrollada y apoyada por el grupo de trabajo de la ESC, la Sociedad Europea de Medicina Vascular (ESVM), Sociedad Europea de Cirugía Cardiorádica, la Red de Trabajo Europea sobre enfermedades multisistémicas vasculares (VASCERN), recomiendan:

- A los pacientes con EAP se les recomienda terapia con hipolipemiantes.
- Establecer objetivos de c-LDL por debajo de 55 mg/dl en pacientes con diagnóstico de EAP. Estas cifras se corresponden al objetivo terapéutico de un paciente de muy alto RCV.
- Las **estatinas a dosis máximas toleradas** se recomiendan a **todos los pacientes diagnosticados de EAP**.

Recomendaciones - tabla 9. Recomendaciones sobre el tratamiento hipolipemiante en pacientes con enfermedad arterial periférica y aórtica.

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b
En pacientes con EAP-A aterosclerótica se recomienda el tratamiento hipolipemiante ^{242,334-336}	I	A
Se recomienda un objetivo final de cLDL de <1,4 mmol/L (55 mg/dL) y una reducción >50% de los niveles basales de cLDL en pacientes con EAP-A aterosclerótica ^{19,242,246,300,335}	I	A
Se recomienda el tratamiento con estatinas en todos los pacientes con EAP ^{328,329,337,371}	I	A
Si el objetivo de cLDL no se alcanza con dosis máximas toleradas de estatinas y ezetimiba, se recomienda el tratamiento con un inhibidor de la PCSK9 en pacientes con EAP-A aterosclerótica para alcanzar los valores objetivo ^{372,373}	I	A
Si el objetivo de cLDL no se alcanza, está indicada la combinación de estatinas y ezetimiba en pacientes con EAP-A aterosclerótica para alcanzar los valores objetivo ²⁴⁷	I	B
En pacientes con EAP-A aterosclerótica intolerantes a las estatinas, con riesgo CV alto, que no alcanzan su objetivo de cLDL con ezetimiba, se recomienda añadir ácido bempedoico solo o combinado con un inhibidor de la PCSK9 ³⁶¹	I	B
Se debe considerar el tratamiento con estatinas para reducir el crecimiento y la rotura del AAA ^{347-349,352,354}	IIa	B
Se puede considerar el tratamiento con estatinas para reducir el crecimiento y la rotura del AAT ^{350,351,355}	IIb	B
En pacientes con riesgo alto, EAP-A y triglicéridos >1,5 mmol/L pese a las medidas sobre el estilo de vida y el tratamiento con estatinas, se puede considerar la administración de icosapentato de etilo (2 g/12 h), además de una estatina ³⁶⁸	IIb	B
No se recomienda el uso de fibratos para la reducción del colesterol ³⁶⁷	III	B



SIGNIFICADO DE LA ESCALA SCORE²

	<50 años	50-69 años
	SCORE ²	SCORE ²
● Riesgo bajo a moderado	< 2,5 %	< 5 %
● Riesgo alto	2,5 % - < 7,5 %	5 - < 10 %
● Riesgo muy alto	° 7,5 %	° 10 %

El SCORE-2 de 8,6% marca un RCV alto, pero al **con "irmarse el diagnóstico de EAP**, Julián pasa a tener un **RCV Muy Alto** con ECV ateroesclerótica establecida.



Objetivo terapéutico en EAP



- 50 %
c-LDL

En base al **RCV muy alto** de Julián, el objetivo terapéutico es **reducir su nivel de c-LDL < 55 mg/dl y más de un 50 % respecto a su nivel basal**^{2,4}



¿Por qué **Crestor® 20 mg?**



- 55 %
c-LDL

Crestor® 20 mg, estatina de alta intensidad en monoterapia que consigue **reducciones de c-LDL de hasta el 55 %**^{2,3}

CUANDO SE ELIGE **CRESTOR®**, SE ELIGE MUCHO MÁS QUE UN MEDICAMENTO

El medicamento de marca facilita el reconocimiento del medicamento por parte del paciente y facilita el cumplimiento⁶



Accede a la
ficha técnica
de Crestor®

Crestor®: Medicamento sujeto a prescripción médica. Especialidad reembolsable por el SNS con aportación normal. Crestor® 5 mg, envase de 28 comprimidos, PVP IVA: 4,92 €, CN: 661858. Crestor® 10 mg, envase de 28 comprimidos, PVP IVA: 9,83 €, CN: 661872. Crestor® 20 mg, envase de 28 comprimidos, PVP IVA: 19,67 €, CN: 661873.

Fecha de elaboración del material: Julio 2025

Referencias:

1. GBD 2019 Peripheral Artery Disease Collaborators. Global burden of peripheral artery disease and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease study 2019. *Lancet Glob Health* 2023;11:e1553–65. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00355-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00355-8).
2. Mach F, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *European Heart Journal* (2020) 41, 111-188.
3. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*(2021) 42, 32273337. doi:10.1093/eurheartj/ehab484.
4. Mazzolai L, et al. 2024. ESC Guidelines for the management of peripheral arterial and aortic diseases. *European Heart Journal* (2024) 45, 3538–3700. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae179>.
5. E. Alegría-Ezquerro et al. La guía europea de dislipemia. Fortalezas y debilidades Rev Esp Cardiol Supl. 2015; 15(A):14-17.
6. El valor de la marca. Disponible en: Decalogo-El-valor-de-la-marca_Farmaindustria_2024_ok.pdf

El paciente de este material es ficticio