

EL RIESGO CARDIOVASCULAR MÁS ALLÁ DEL SCORE-2

PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA: PSORIASIS



HISTORIA CLÍNICA

NOMBRE: PABLO / EDAD: 56 AÑOS

Trabaja como camarero

- Paciente con **psoriasis moderada**, conviviendo con la enfermedad desde los 20 años
- **No fumador** ni otros hábitos tóxicos conocidos
- **Hipertenso mal controlado** (150 mmHg)
- Acude a la consulta de su MAP tras un brote de psoriasis
- El médico de Pablo aprovecha la visita para hacerle una nueva analítica
- Su MAP le pide un **perfil lipídico** completo y le detecta:
 - C-LDL 150 mg/dL
 - Colesterol total 250 mg/dL
 - C-HDL 50 mg/dL
 - Lp(a) 25mg/dL
- **PCR: 3,2 mg/L**

ACTITUD TERAPÉUTICA

- 1 La escala **SCORE2** infraestima el riesgo cardiovascular (RCV) de Pablo, ya que no contempla el riesgo adicional que aporta la presencia de la inflamación crónica provocada por la psoriasis¹
- 2 La **psoriasis** es un **estado inflamatorio sistémico** que implica un **mayor RCV** al paciente²
- 3 Intensificar el **tratamiento antihipertensivo** para mejorar las cifras de control de tensión arterial
- 4 Instaurar recomendaciones higiénico-dietéticas junto con tratamiento hipolipemiente con una **estatina de alta intensidad** para reducir de forma temprana y rápida sus niveles de c-LDL
- 5 Prescribir **WYNZORA®**, combinación de calcipotriol y betametasona en formato crema, como tratamiento tópico eficaz, bien tolerado y preferido frente a otros tópicos por los pacientes con psoriasis leve/moderada^{3,4}
- 6 Programar una **revisión a los 3 meses** para evaluar la evolución de la dislipemia y la psoriasis

Instauración de
tratamiento con
CRESTOR® 20 mg

RELACIÓN ENTRE PSORIASIS Y RCV

La **psoriasis** es una enfermedad inflamatoria crónica que se asocia con un aumento del riesgo cardiovascular, **incluso en ausencia de factores de riesgo tradicionales**.²

¿Por qué ocurre?²

- La inflamación sistémica persistente en la psoriasis acelera la **aterosclerosis**.
- La psoriasis también se asocia con una alta prevalencia de **factores de riesgo cardiovascular** modificables tradicionales, como la hipertensión, la diabetes, la hiperlipidemia, la obesidad y la enfermedad del hígado graso no alcohólico.

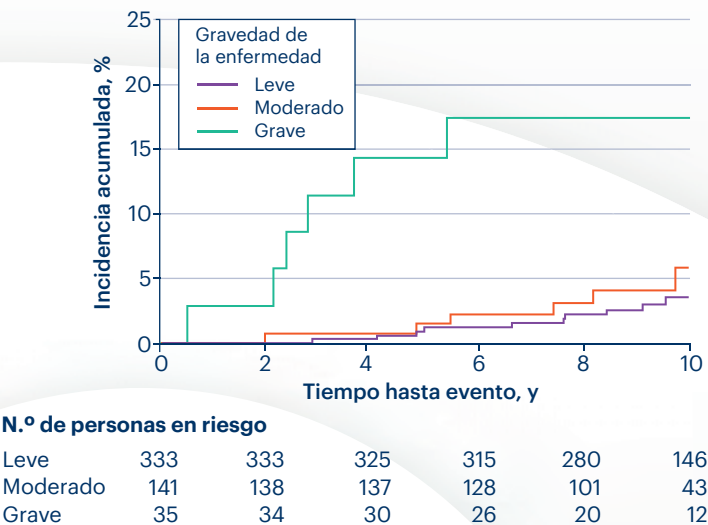


La psoriasis debe considerarse un factor de RCV independiente.²

¿Qué impacto tiene?⁵

- La incidencia acumulada de **eventos cardiovasculares** aumenta a mayor severidad de la psoriasis.
- Incluso los pacientes con psoriasis leve presentan un **riesgo aumentado**.

Tiempo hasta un evento cardiovascular categorizado por la severidad de la psoriasis



GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA



Las guías ESC 2025 recomiendan adaptar la prevención cardiovascular a las comorbilidades inflamatorias crónicas, como la psoriasis, mediante un enfoque personalizado y multidisciplinar.⁶



La **psoriasis**, como enfermedad inflamatoria crónica, debe ser considerada en la evaluación del RCV, incluso si no se presentan otros factores clásicos.⁶



Los pacientes con psoriasis deben ser **informados de su riesgo cardiovascular aumentado y derivados al MAP o cardiólogo.**²



Se recomienda **cribado temprano y más frecuente** de HTA, DM y dislipemia en pacientes con psoriasis extensa o candidatos a tratamiento sistémico.²



Los modelos de riesgo cardiovascular deben **adaptarse multiplicando por 1,5** en pacientes con >10 % de superficie corporal afectada o candidatos a terapia sistémica.²



ESTUDIO JUPITER: ROSUVASTATINA Y RCV⁷



Objetivo del estudio

Evaluar si **personas** con **niveles elevados de proteína C-reactiva (PCR)** pero **sin hiperlipidemia**, se **benefician** de **tratamiento** con **estatinas**.



Diseño del estudio

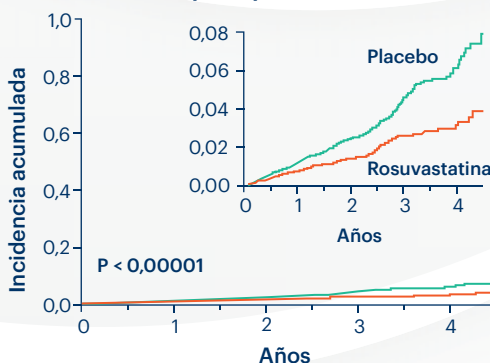
- **Población:** 17802 adultos aparentemente sanos.
- **Criterios de inclusión:**
 - **C-LDL:** <130 mg/dL.
 - **PCR** ≥2,0 mg/L.
- **Comparativa:** rosuvastatina 20 mg vs. placebo.
- **Seguimiento:** 36 meses.



Resultados

La **rosuvastatina redujo significativamente la incidencia de eventos cardiovasculares importantes:** infarto de miocardio, ictus, revascularización arterial, hospitalización por angina, muerte cardiovascular.

Criterio de valoración principal



N.º de personas en riesgo

Leve	8901	8631	8412	6540	3893	1958	1353	983	538	157
Moderado	8901	8621	8353	6508	3872	1963	1333	955	531	174

Ridker PM, et al. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. *N Engl J Med*. 2008;359(21):2195-2207. doi:10.1056/NEJMoa0807646

Este hallazgo fue asociado a una **reducción significativa en los niveles de c-LDL y PCR**.

DM: diabetes *mellitus*; **c-HDL:** colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad; **c-LDL:** colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; **HTA:** hipertensión arterial; **Lp(a):** lipoproteína A; **PCR:** proteína C reactiva.



Objetivo terapéutico



**-50 %
c-LDL**

Las **enfermedades inflamatorias crónicas**, como la psoriasis, **modifican el RCV** y deben ser consideradas en la evaluación.⁶

Los niveles de **c-LDL de 150 mg/dL** y la **elevación de PCR** refuerzan la **necesidad** de una **intervención intensiva**.⁶



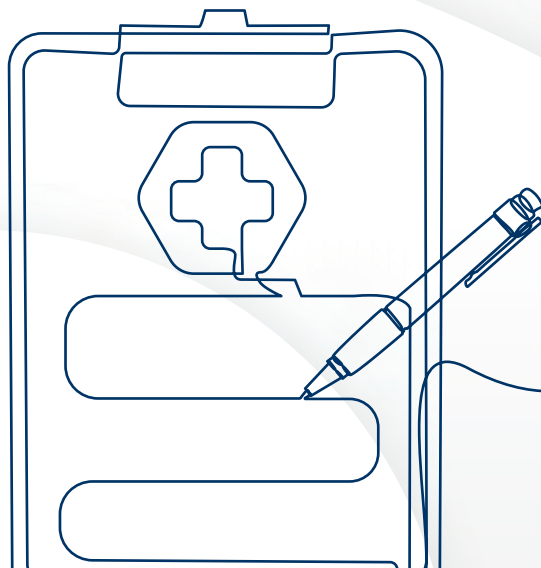
¿Por qué Crestor® 20 mg?



**-55 %
c-LDL**

Crestor® 20 mg, la estatina de alta intensidad en monoterapia que **consigue reducciones de c-LDL de hasta el 55 %**.⁸

El estudio **JUPITER** demostró que rosuvastatina 20 mg reduce eventos cardiovasculares en pacientes sin enfermedad cardiovascular previa.⁷



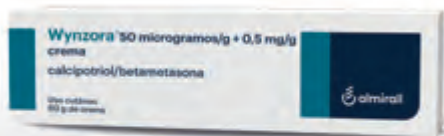
LA MARCA CUIDA DE TI Y DE TUS PACIENTES



Consulta la
**ficha técnica
de Crestor®**



Crestor® 5 mg, envase de 28 comprimidos, PVP IVA: 4,76 €, CN: 661858. Crestor® 10 mg, envase de 28 comprimidos, PVP IVA: 9,52 €, CN: 661872. Crestor® 20 mg, envase de 28 comprimidos, PVP IVA: 19,05 €, CN: 661873. Medicamento sujeto a prescripción médica. Especialidad reembolsable por el SNS con aportación normal.



Consulta la
**ficha técnica
de Wynzora®**



Wynzora® 50 microgramos/g + 0,5 mg/g crema, 1 tubo de 60 g. CN 731344.1. PVP IVA: 44,69 €. Wynzora® 50 microgramos/g + 0,5 mg/g crema, 2 tubos de 60 g. CN 749493. PVL: 57,26 €; PVP IVA: 89,39 €. Con receta médica. Financiados por SNS con aportación reducida.

Referencias:

- Islam SJ, Mehta A. Discordance between estimated cardiovascular risk and subclinical atherosclerosis in psoriasis: when seeing helps believing. *Eur J Prev Cardiol.* 2022 Mar 30;29(4):588-590. doi: 10.1093/eurjpc/zwaa041.
- Piasterico S, et al. Psoriasis and Cardiometabolic Diseases: Shared Genetic and Molecular Pathways. *Int J Mol Sci.* 2022 Aug 13;23(16):9063. doi: 10.3390/ijms23169063.
- Ficha técnica Wynzora®. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/86088/FT_86088.html. Última consulta: septiembre 2025.
- Lopez-Estebaran J. et al. Percepción, satisfacción y adherencia al tratamiento con la crema de calcipotriol y dipropionato de betametasona en pacientes con psoriasis en placas en condiciones de vida real en España, 10.º Congreso Nacional de Psoriasis. Madrid. 17-18 enero 2025.
- Svedbom A, et al. Skin Inflammation, Systemic Inflammation, and Cardiovascular Disease in Psoriasis. *JAMA Dermatol.* 2025 Jan 1;161(1):81-86. doi: 10.1001/jamadermatol.2024.4433.
- Mach F, Koskinas K, Roeters Van Lennep J, et al. 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *Eur Heart J.* 2025. Available from: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Focused-Update-on-Dyslipidaemias>.
- Ridker PM, et al. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. *N Engl J Med.* 2008;359(21):2195-2207. doi:10.1056/NEJMoa0807646.
- Ficha técnica Crestor®. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Centro de Información del Medicamento. Fecha de acceso: octubre 2025. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/70243/70243_ft.pdf.

Fecha de elaboración del material: noviembre 2025.

Información basada en un perfil de paciente ficticio, destinada solo a fines ilustrativos.