



## 40 - LA ESCALA DE RIESGO STENO T1 RISK ENGINE ES MÁS ÚTIL PARA IDENTIFICAR PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 CON ENFERMEDAD ARTEROSCLERÓTICA AVANZADA QUE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES CLÁSICOS

C. Viñals<sup>a</sup>, A.J. Amor<sup>a,b,c</sup>, L. Boswell<sup>a</sup>, V. Perea<sup>d</sup>, J. Blanco<sup>a</sup>, I. Vinagre<sup>a</sup>, M. Giménez<sup>a,b,c</sup>, E. Esmatjes<sup>a,b,c</sup>, I. Conget<sup>a,b,c</sup> y E. Ortega<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup>Hospital Clínic de Barcelona. <sup>b</sup>IDIBAPS. Barcelona. <sup>c</sup>Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Madrid. <sup>d</sup>Hospital Universitari Mútua de Terrassa.

### Resumen

**Introducción:** El objetivo fue identificar la relación entre el score de riesgo cardiovascular (RCV) “steno T1 Risk Engine” (SR) y la arteriosclerosis preclínica en diabetes tipo 1 (DT1) y su utilidad para identificar pacientes con arteriosclerosis carotídea avanzada.

**Métodos:** Seleccionamos pacientes con DT1 sin enfermedad cardiovascular (ECV) con:  $\geq 40$  años, nefropatía diabética o DT1  $\geq 10$  años de evolución con algún factor de RCV (FRCV) adicional. Se evaluó con ecografía carotídea el grosor de la íntima media (GIM) y la presencia de placa (GIM  $\geq 1,5$  mm). Se estimó el RCV a 10 años con el SR (< 10% bajo, 10-20% moderado,  $\geq 20\%$  alto). Se estudió la relación independiente entre SR alto y arteriosclerosis preclínica con modelos de regresión logística ajustados por variables consideradas en las guías de prevención de ECV ( $\geq 40$  años, duración DT1  $\geq 20$  años, hipertensión arterial, fumador, nefropatía y retinopatía diabética).

**Resultados:** Se incluyeron 302 pacientes (55,1% hombres,  $47,5 \pm 9,8$  años,  $26,2 \pm 9,3$  años de duración DT1). La presencia de placa fue 36,6% y  $\geq 2$  placas de 19,2%, sin diferencias de género. SR  $\geq 20\%$  en comparación SR < 10% presentaban mayor edad (52,2 frente a 37,1), duración de DT1 (31,3 frente a 21,5) (años); presión arterial sistólica (134,1 frente a 119,8 mmHg), uso de estatinas (61 frente a 31%), tabaquismo (32 frente a 23%) y HbA<sub>1c</sub> (7,9 frente a 7,3%)  $p < 0,05$ ; sin diferencias en género y LDLc. La presencia de placa fue de 13%, 35%, 60%; y de  $\geq 2$  placas 5%, 15%, 38%; en < 10, 10-20 y  $\geq 20\%$  SR, respectivamente ( $p < 0,01$ ). En el análisis de regresión logística la presencia de placa se asoció con edad  $\geq 40$  años OR (4,5 [1,7-12,2]) y SR  $\geq 20\%$ , (3,6 [1,9-6,8]); pero de estos dos factores, sólo SR  $\geq 20\%$  permaneció independientemente asociado a la presencia de múltiples placas ( $\geq 2$  placas; OR 3,2 [1,6-6,6];  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** SR identifica mejor los pacientes con DT1 con arteriosclerosis preclínica avanzada que otros FRCV. Se necesitan más estudios para identificar su papel para personalizar el tratamiento cardioprotector en esta población.