**RELATORIA**FICHA MERIDIANA: **EVIDENCIA CIENTÍFICA**

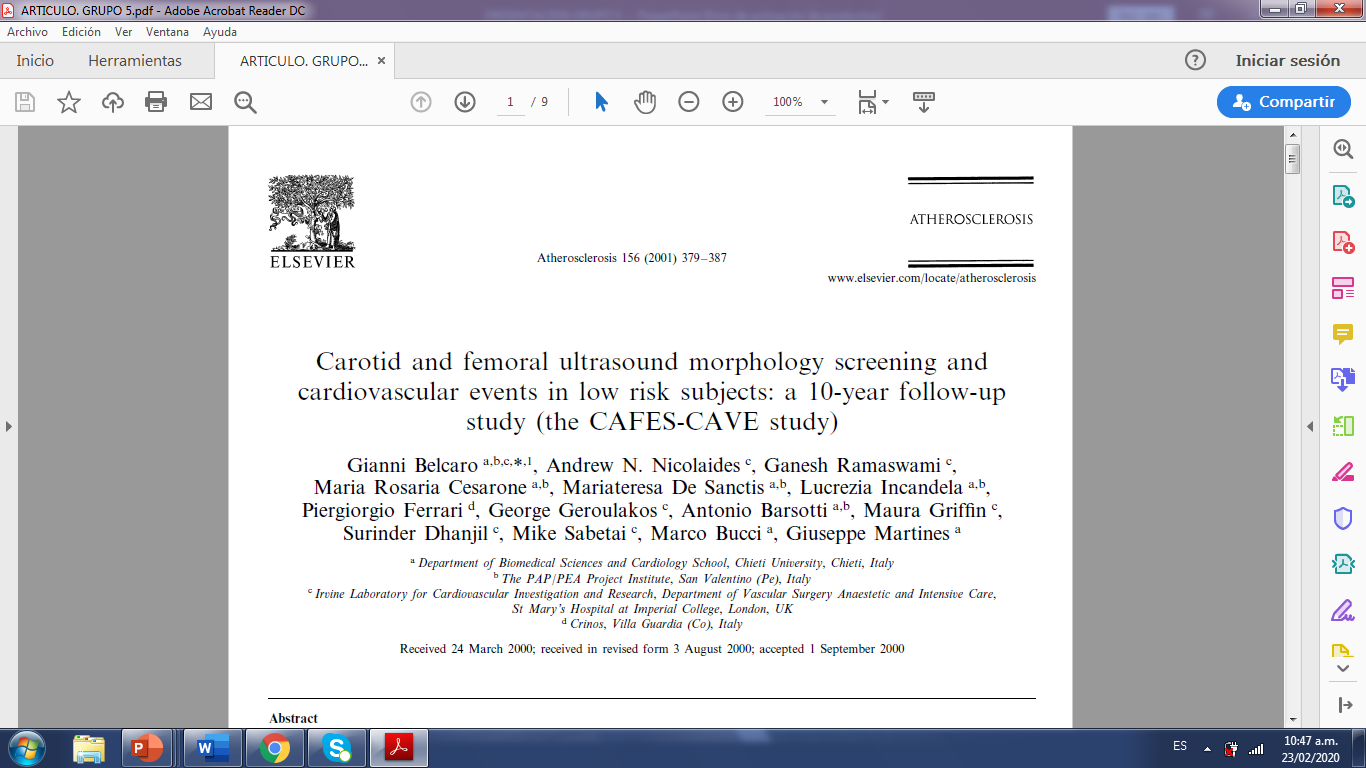
**Fecha:** lunes,02 de marzo de 2020. **Hora:** 12:30pm a 2:00pm. **Lugar:** Sala de Conferencias CCRCO-Ascardio.  
**Responsable: Grupo 05.** **Ponente: Francy Bravo (R3). Relator: Nathalia Landaeta (R2).** Yerfferson Flores (R1), Miguel Cabeza (R1).

**Presentes:** Dra. Elizabeth Infante, Dra. Rosa María Finizola, Dra. Raquel González, Dr. Rene Galue, residentes de cardiología clínica y cardiología infantil, angiología y otros invitados.

**Interrogante del bloque actual:** En la ecografía vascular, ¿Cuál es la región anatómica (carotídea o femoral) que permite hacer diagnóstico de ateroesclerosis subclínica como predictor de riesgo cardiovascular?

**Área de revisión:** angiología.

**Estudio de revisión:**



* **Tipo de estudio:** estudio prospectivo. **Año de publicación**: 2001. **Revista:** Elsevier.

**APORTES DEL GRUPO:**

1. **Con respecto a la interrogante:**
   * Ambas regiones, carótida o femoral, permiten hacer diagnóstico de ateroesclerosis subclínica como predictor de riesgo cardiovascular, pero la evaluación de ambas garantiza una mayor predicción de eventos sin generar un incremento considerable del costo.
2. **Otros aportes:**
   * Sería interesante conocer ¿cuál fue la progresión del 14,6% de los individuos de clase IV que iniciaron tratamiento al momento del ecosonograma inicial?
   * Se ratifica la estrecha relación que existe entre el habito tabáquico y las lesiones arteriales de mayor severidad, por lo cual insistimos en la promoción de la cesación tabáquica en los pacientes que acuden al CCR Ascardio.
   * La evaluación de las bifurcaciones de la carótida y femoral mediante la clasificación morfológica resultó ser mejor para la predicción de eventos cardiovasculares que la medición del GIM, ya que el 65% de los individuos ubicados en clases I, II y III tenían GIM normal y a pesar de ello en estas 3 clases se presentaron el 46,41% del total de eventos cardiovasculares.

* **Sugerencias realizadas durante la presentación:**

En el estudio no se establece cuáles fueron las herramientas estadísticas que emplearon para definir la presencia de regresión de clases durante el periodo de seguimiento de 10 años. Y con relación a la progresión de clases no precisan que cambios fueron evidenciados durante la realización del ecosonograma y en base a dichos cambios, a que clase fueron reubicados esos pacientes.

En relación a la variabilidad inter e intraobservador no especifican el coeficiente de Kappa.

Es importante acotar que de los 10000 pacientes que completaron el tiempo de seguimiento del estudio, la ocurrencia de eventos cardiovasculares se observó solo en el 7,11% de la población durante los 10 años de seguimiento.

Una de las limitantes para evaluación morfológica arterial fue que solo hicieron énfasis en la pared posterior, considerando que algunas veces se evidencian cambios llamativos en la pared anterior.

Este estudio además nos incentiva a individualizar a cada paciente, y a considerar que solo con evidenciarse cambios mínimos como en el caso de aquellos individuos que se encontraban en clase I, sería criterio suficiente para plantear una intervención, probablemente no farmacológica para evitar la progresión de la afectación a nivel de la pared arterial.