



## 409 - OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN HIPERLIPOPROTEINEMIA(A): REALIDAD Y RETOS

**Andrea Bastos Precedo**, Alejandro Maceín Rodríguez, Irene Madejón Sánchez, Alejandra Calle Martínez, Lucía Domínguez Parreño, Alejandro Rivera Delgado, Mónica Gil Gutiérrez de Mesa y Manuel Méndez Bailón

Medicina Interna, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar las características clínicas, pronósticas y el riesgo vascular de pacientes con hiperlipoproteinemia(a) en relación con la correcta optimización del tratamiento hipolipemiante.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo de pacientes con niveles de lipoproteína(a) > 30 mg/dL, diferenciando dos grupos según la adecuación al tratamiento de acuerdo a la clasificación de riesgo vascular recomendada por la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Se describieron variables clínicas, analíticas, pronósticas y de riesgo vascular. Se aplicaron pruebas de chi-cuadrado y Fisher para las variables cualitativas, test de Student o U de Mann-Whitney para las continuas, y coeficiente de Spearman para análisis de correlación; considerando la significación estadística en  $p < 0,05$ .

**Resultados:** De los 258 participantes, el 72,5% presentaban optimizado el tratamiento hipolipemiante. No se observaron diferencias en la prevalencia de factores de riesgo vascular clásicos (tabla 1). Cabe destacar que los pacientes sin optimización farmacológica presentaron significativamente mayor comorbilidad según el índice de Charlson, siendo alta en el 25,4%, frente al 18,2% ( $p 0,008$ ). Los pacientes con tratamiento adecuado mostraron un SCORE2 significativamente inferior ( $4,6\% \pm 4,1$  vs.  $6,6\% \pm 7,4$ ;  $p 0,045$ ), así como menor riesgo ajustado por Lp(a) ( $p 0,039$ ). Además, la clasificación de riesgo vascular acorde a la ESC se correlacionó inversamente con la optimización terapéutica ( $r = -0,166$ ;  $p 0,008$ ) (fig.). El análisis de tratamientos reflejó una fuerte asociación entre el uso de estatinas y el tratamiento optimizado (83,5 vs. 39,4%;  $p < 0,001$ ), así como un uso significativamente mayor de ezetimiba (56,1 vs. 15,5%;  $p < 0,001$ ) en este grupo. En las pruebas complementarias (tabla 2), el colesterol total y LDL fueron significativamente más bajos en el grupo optimizado, sin diferencias en los triglicéridos; mientras que el nivel de Lp(a) fue superior. No se demostraron diferencias significativas en los hallazgos de estudios de imagen. Respecto al pronóstico, la optimización del tratamiento se asoció con menos visitas a urgencias ( $1,0 \pm 1,6$  vs.  $1,6 \pm 2,3$ ;  $p 0,030$ ), ingresos hospitalarios ( $0,4 \pm 0,9$  vs.  $0,8 \pm 1,4$ ;  $p 0,028$ ), eventos cardiovasculares (9,1 vs. 19,7%;  $p 0,030$ ) y menor mortalidad cardiovascular (0,5 vs. 1,4%;  $p 0,014$ ).

**Tabla 1**

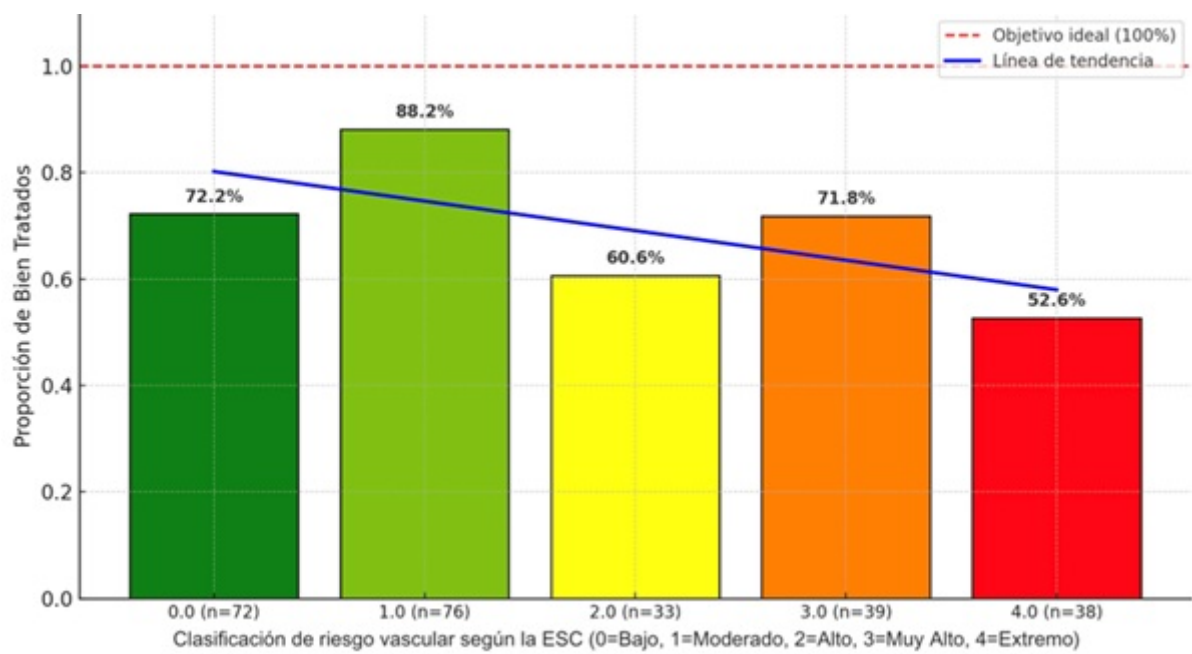
| Comorbilidad | Con tratamiento optimizado<br>(n = 187) | Sin tratamiento optimizado<br>(n = 71) | p |
|--------------|---|--|---|
|              |   |  |   |

|                              |       |       |         |
|------------------------------|-------|-------|---------|
| Hipertensión arterial        | 55,1% | 56,3% | p 0,889 |
| Diabetes mellitus            | 18,7% | 18,3% | p 1,000 |
| Obesidad                     | 70,4% | 53,5% | p 0,073 |
| Hipercolesterolemia familiar | 13,9% | 8,5%  | p 0,293 |
| Fibrilación auricular        | 10,7% | 19,7% | p 0,065 |
| Albuminuria                  | 3,7%  | 9,9%  | p 0,066 |
| Tabaquismo activo            | 15,0% | 2,7%  | p 0,696 |
| Extabaquismo                 | 30,5% | 36,6% | p 0,627 |

**Tabla 2**

| Pruebas complementarias  | Con tratamiento optimizado (n = 187) | Sin tratamiento optimizado (n = 71) | p            |         |
|--------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---------|
| Biomarcadores analíticos | Colesterol total (mg/dL)             | 170,7 ± 40,7                        | 196,8 ± 55,7 | p 0,001 |
| HDL (mg/dL)              | 57,7 ± 16,6                          | 56,0 ± 13,9                         | p 0,452      |         |
| LDL (mg/dL)              | 90,7 ± 32,2                          | 118,2 ± 47,2                        | p 0,001      |         |
| Triglicéridos (mg/dL)    | 114,0 ± 66,0                         | 110,6 ± 55,7                        | p 0,708      |         |
| Lipoproteína (a) (mg/dL) | 103,3 ± 43,7                         | 91,2 ± 38,3                         | p 0,041      |         |
| Albúmina (g/dL)          | 4,3 ± 0,4                            | 4,1 ± 0,4                           | p 0,026      |         |
| Creatinina (mg/dL)       | 0,9 ± 0,2                            | 0,9 ± 0,3                           | p 0,301      |         |

|  |                                  |             |         |         |
|--|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| Filtrado glomerular (mL/min/1,73 m <sup>2</sup> )    | 79,7 ± 13,5                      | 77,5 ± 18,7 | p 0,319 |         |
| PCR ultrasensible (mg/L)                             | 4,4 ± 11,9                       | 7,8 ± 16,7  | p 0,256 |         |
| PCR (mg/L)   | 8,5 ± 15,4                       | 15,7 ± 27,3 | p 0,034 |         |
| Ferritina (ng/mL)                                    | 99,4 ± 105,1                     | 90,5 ± 91,6 | p 0,575 |         |
| Ecocardiograma                                       | Estenosis aórtica moderada/grave | 6,4%        | 8,6%    | p 0,109 |
| TAVI/prótesis valvular                               | 6,3%                             | 4,3%        | p 0,622 |         |
| FEVI (%)   | 58,5 ± 8,7                       | 60,5 ± 8,5  | p 0,282 |         |
| Hipertrofia ventrículo izquierdo (g/m <sup>2</sup> ) | 93,2 ± 31,5                      | 86,8 ± 28,3 | p 0,403 |         |
| Volumen aurícula izquierda (mL/m <sup>2</sup> )      | 32,1 ± 14,0                      | 29,4 ± 13,7 | p 0,516 |         |



**Discusión:** Este estudio destaca la relevancia de la optimización terapéutica en pacientes con hiperlipoproteinemia(a), población de alto riesgo vascular. A pesar de la ausencia de diferencias en los factores de riesgo clásicos, los pacientes con tratamiento optimizado mostraron un pronóstico más favorable, con SCORE2 y riesgo ajustado por Lp(a) significativamente inferiores. El mayor uso de estatinas y ezetimiba en el grupo optimizado coincide con las guías actuales, pese a que la Lp(a) no se modifica con estos fármacos. La proporción de pacientes con optimización terapéutica disminuye a medida que aumenta el

riesgo vascular, evidenciando infratratamiento en los pacientes más vulnerables.

*Conclusiones:* La optimización terapéutica en estos pacientes está estrechamente ligada al uso intensivo de estatinas y combinaciones, principalmente con ezetimiba. Persiste un porcentaje significativo de individuos que no alcanzan los objetivos terapéuticos esperados, especialmente en los pacientes con mayor riesgo vascular, lo que subraya la necesidad de reforzar las estrategias de manejo integral y el seguimiento en esta población.