



552 - PERFIL CLÍNICO Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON LIPOPROTEÍNA (A) ELEVADA EN UN HOSPITAL TERCIARIO: ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO (2023-2024)

Alejandra Calle Martínez², Alejandro Maceín Rodríguez², Andrea Bastos Precedo², Irene Madejón Sánchez², Lucía Domínguez Parreño², Alejandro Rivera Delgado², Rafael Gómez-Coronado Martín¹ y Manuel Méndez Bailón²

¹Instituto de Investigación Sanitaria Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. ²Medicina Interna, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Describir las características clínicas, perfil de riesgo cardiovascular, tratamientos y eventos en el seguimiento de pacientes con Lp(a) elevada.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 181 pacientes con Lp(a) elevada (≥ 30 mg/dL) medida durante 2023. Se analizaron variables clínicas, antecedentes, comorbilidad, análisis de sangre, tratamientos, pruebas complementarias y eventos durante el seguimiento (2023-2024). Para el análisis se usaron la mediana y percentiles para variables numéricas, y frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) para variables cualitativas. Se excluyeron del estudio pacientes con ERC grave, hepatopatía, neoplasia en los 5 años previos o infección aguda o enfermedad grave.

Resultados: De los 181 pacientes, el 58% eran varones, con edad media de $59,6 \pm 16,8$ años. La mayoría (70%) fueron evaluados en contexto de prevención primaria. Los servicios que más solicitaron la Lp(a) fueron Cardiología (31,5%), Endocrinología (23,2%) y Medicina Interna (16,6%). En prevención secundaria, el infarto agudo de miocardio fue el antecedente más frecuente (24,31%) y un 20,99% fueron tratados con revascularización percutánea. Respecto a los factores de riesgo, los más prevalentes fueron dislipemia (77,9%), hipertensión (46,9%), obesidad o sobrepeso (66,3%) y tabaquismo actual o previo (39,8%). Solo un 11,05% tenía datos sobre historia familiar de enfermedad cardiovascular arteriosclerótica (tabla 1). El 68,5% recibían estatinas, mayoritariamente de intensidad moderada; solo el 4,97% estaban en tratamiento con iPCSK9 (tabla 2). El perfil lipídico mostró LDL medio de $96,3 \pm 35$ mg/dL y mediana de colesterol total de 170 mg/dL. El 73,3% tenía LDL < 100 mg/dL, y a pesar del buen control lipídico, el 64,6% presentaba PCR ultrasensible ≥ 2 mg/L. Según el índice de comorbilidad de Charlson, el 83% tenía baja comorbilidad (índice ≤ 2). El 74,6% no presentaban estenosis coronaria significativa y a un elevado porcentaje no se les realizó ecocardiograma (61%) ni doppler de troncos supraaórticos (83,9%). Durante el seguimiento, el 39,1% acudió a urgencias por causas cardiovasculares, el 66,6% requirió ingreso hospitalario y el 4,4% falleció, de los cuales el 37,5% por causa cardiovascular.

Tabla 1. Factores de riesgo cardiovascular (n = 181)

Factor de riesgo	Porcentaje (%)
Dislipemia	77,9%
Hipertensión arterial	46,9%
Obesidad o sobrepeso	66,3%
Tabaquismo actual o previo	39,8%
Historia familiar de enfermedad CV	11,05%

Tabla 2. Tipo de estatinas utilizadas (n = 124 - 68,5%)

Tipo de estatina	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Intensidad baja	2	1,61%
Intensidad moderada	74	59,68%
Intensidad alta	48	38,71%

Discusión: Nuestros hallazgos reflejan que a pesar del buen control lipídico, los pacientes con Lp(a) elevada presentan estado inflamatorio y riesgo cardiovascular residual no controlado, incluso en aquellos bajo prevención primaria. La baja utilización de iPCSK9, el escaso cribado familiar y la limitada realización de pruebas de imagen revelan áreas de mejora en el manejo clínico. Es necesario optimizar el enfoque diagnóstico y terapéutico para reducir eventos en este grupo.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con Lp(a) elevada fueron identificados en prevención primaria y mostraban buen control del LDL con índice de Charlson bajo. Persisten tasas elevadas de PCR ultrasensible y escaso uso de terapias dirigidas a Lp(a), como los iPCSK9. Se detecta infrarrealización de estudios de imagen cardiovascular que podría estar relacionado con el infradiagnóstico de valvulopatías. Se podría optimizar el cribado familiar de enfermedad cardiovascular arteriosclerótica en la práctica clínica.

Bibliografía

1. Delgado-Lista J, et al. Consenso sobre lipoproteína (a) de la Sociedad Española de Arteriosclerosis. Revisión bibliográfica y recomendaciones para la práctica clínica. Clínica e investigación en arteriosclerosis. 2024.