



5021-2. DISLIPIDEMIA DE ALTO RIESGO: ¿PODEMOS PREDECIR LA ENFERMEDAD CORONARIA PRECOZ?

Gustavo Aníbal Cortez Quiroga, Ana Belén Díaz Caler, María Jesús Huertas Escribano, Carmen Rus Mansilla, Marianela Carolina Castillo Nuñez y María del Carmen Durán Torralba

Hospital Alto Guadalquivir, Andújar, Jaén.

Resumen

Introducción y objetivos: Tanto las guías AHA/ACC (2013-2018) como la guía ESC 2019 sobre el manejo de la dislipemia, clasificaron a aquellos pacientes con LDL-c ≥ 190 mg/dl sin causa secundaria (LDL-c ≥ 190) como pacientes de alto riesgo cardiovascular (RCV), y con indicación de estatinas de alta intensidad.

Métodos: Cohorte observacional retrospectiva de 124 pacientes con dislipemia de alto riesgo (DAR) LDL-c ≥ 190 . Comparamos las características clínicas, la analítica basal con valor de LDL-c máximo histórico (A1), y los efectos del tratamiento hipolipemiente sobre la última analítica (A2), entre el grupo de pacientes que desarrolló enfermedad coronaria precoz (ECP) 44 pacientes y el grupo de pacientes libres de enfermedad cardiovascular (80 pacientes). Tiempo medio entre analíticas 7,36 ($\pm 6,2$) años.

Resultados: El grupo con ECP presentó LDL-c ≥ 190 máximo a menor edad (NS), dislipemia de mayor tiempo de evolución, mayor proporción de varones, fumadores, diabéticos y mayor número de factores de riesgo asociados. En la A1 presentaron valores más bajos de HDL-c y mayor proporción de LDL-c pequeño y denso (TG/HDL > 2) (tabla). Los pacientes con ECP recibieron tratamiento hipolipemiente de mayor potencia (estatina + ezetimiba 72,7 vs 33,8%, $p = 0,0001$), IPCSK9 (13,6 vs 3,8%, $p = 0,042$), cumpliendo en mayor proporción los objetivos de LDL-c (36,4 vs 14,1%, $p = 0,004$) y No HDL-c (50 vs 16,3%, $p = 0,0001$) según el RCV. No existió variación en los niveles de HDL-c entre la A1 y la A2 en ambos grupos (fig.), y persistió una mayor proporción de pacientes con LDL-c pequeño y denso en los pacientes con ECP (67,4 vs 45,5%, $p = 0,021$). Según el modelo de regresión de Cox, el tabaquismo (HR 3,63 (1,9-6,9), $p = 0,0001$) y el HDL-c 45 mg/dl en la A1 (HR 2 (1,1-4), $p = 0,019$) aumentan el riesgo de ECP en pacientes con dislipemia de alto riesgo (DAR).

Características clínicas, analítica basal con LDL-c máximo histórico (A1), efectos del tratamiento hipolipemiente

Variables	ECP (n44)	No ECP (n80)	p
Edad años	56,9 ($\pm 9,1$)	54,9 ($\pm 12,9$)	0,35

Años a ECP o 20/01/22	49,8 (± 6,2)	54,9 (± 12,9)	0,17
Años a A1	45,2 (± 8,5)	49,3 (± 12,7)	0,06
Años A1 a ECP o 20/01/22 o muerte	4,64 (± 5,7)	5,43 (± 5,2)	NS
Años A1 a muerte o 20/01/22	10,6 (± 5,2)	5,55 (± 5,2)	0,0001
Sexo masculino, %	70,5	51,3	0,038
Diabetes, %	31,8	8,8	0,001
Tabaco, %	59,1	18,8	0,0001
Solo dislipemia, %	15,9	53,8	0,0001
3 FRCV, %	22,7	8,8	0,03
4 FRCV, %	15,9	2,5	0,006
Índice de masa corporal > 30, %	37,2	32,7	0,6
LDL-c mg/dl máximo histórico	228,3 (± 69,9)	222,6 (± 39)	0,56
(A1) HDL-c mg/dl	47,3 (± 7,9)	55,7 (± 11,7)	0,0001
(A1) LDL-c pequeño y denso, %	81,8	53,8	0,002
Lipoproteína (a) mg/dl	79,6 (± 67,6)	68,4 (± 63,4)	0,53
TH de alta potencia (> 50%), %	88,6	58,3	0,0001
Reduccion de LDL-c, %	67,3 (± 17,4)	48,4 (± 21,3)	0,0001

A1: analítica basal con c-LDL máximo, ECP: enfermedad coronaria precoz, FRCV: factores de riesgo cardiovascular, TH: tratamiento hipolipemiente.



Variación LDL-c, colesterol No HDL y HDL-c entre analíticas.

Conclusiones: En pacientes con DAR la asociación de tabaquismo, valores más bajos de HDL-c, el sexo masculino, la diabetes, un mayor número de factores de riesgo cardiovasculares y valores más altos de LDL-c pequeño y denso, favorecen el desarrollo de ECP. Desde su diagnóstico se tuvieron 4,6 ($\pm$ 5,7) años para actuar en la prevención e intentar evitar el desarrollo de ECP. En esta población de pacientes debemos realizar un agresivo control de los factores de riesgo y promoción de hábitos cardiosaludables para evitar el desarrollo de ECP.