



4017-5. PREVALENCIA Y PRONÓSTICO DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR POSIBLE MEDIANTE CRITERIOS CLÍNICOS EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Alberto Cordero Fort, María García-Carrilero, Clara Gunturiz, Pilar Carrillo, Rubén Martínez-Abellán, Amin El Amrani, José Moreno-Arribas, Ramón López-Palop y Vicente Bertomeu-Martínez del Hospital Universitario de San Juan, Alicante.

Resumen

Introducción y objetivos: La hipercolesterolemia familiar (HF) es una enfermedad genética que conduce a niveles elevados de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) y es la causa genética más frecuente de síndrome coronario agudo (SCA) prematuro.

Métodos: Se realizó la estimación de HF mediante la aplicación de los criterios clínicos de la red de clínicas de lípidos holandesas y se estableció como HF posible a puntuaciones ≥ 3 en un cohorte de pacientes consecutivos ingresados por SCA de un único centro.

Resultados: Incluimos 1.183 pacientes, edad media $38,7 \pm 12,8$ años. La presencia de criterios clínicos fue muy baja ($0,6 \pm 1,0$). En 90 pacientes (7,6%) se clasificaron como HF posible y éstos presentaron significativamente menor edad media ($51,3 \pm 9,2$ frente a $70,1 \pm 12,0$) y diabetes (24,2% frente a 37,4%) pero más tabaquismo activo (63,7% frente a 27,6%), más antecedentes de cardiopatía isquémica (42,9% frente a 29,5%). Además, presentaron más frecuentemente el diagnóstico previo de dislipemia (63,7% frente a 50,6%; $p = 0,01$) pero no encontramos diferencias en el tratamiento hipolipemiente previo. Los pacientes con HF posible presentaron valores significativamente más elevados de colesterol total ($187,7 \pm 66,4$ frente a $159,0 \pm 42,7$ mg/dl) y cLDL ($122,2 \pm 60,2$ frente a $89,3 \pm 36,3$ mg/dl; $p = 0,01$) y más bajos de cHDL ($35,5 \pm 10,0$ frente a $43,0 \pm 11,8$). No encontramos diferencias en la frecuencia de lesiones coronarias ni la tasa de revascularización. Los pacientes con HF posible presentaron GRACE más bajo ($99,5 \pm 28,9$ frente a $135,7 \pm 38,8$; $p = 0,01$) y tendencia a menor mortalidad hospitalaria (1,1% frente a 4,9%; $p = 0,08$); además, recibieron más frecuentemente estatinas (97,8% frente a 91,8%; $p = 0,04$), especialmente dosis máximas (77,5% frente a 65,3%; $p = 0,02$) al alta. Durante el seguimiento (mediana 32 meses) los pacientes con HF posible presentaron menor mortalidad cardiovascular (3,4 frente a 12,7%; *log-rank* $p = 0,01$) y por cualquier causa (5,6% frente a 17,7%; *log-rank* $p = 0,01$). El análisis multivariante, realizado mediante regresión de Cox, no identificó una asociación independiente de HF posible con la mortalidad cardiovascular ($p = 0,66$) ni por cualquier causa ($p = 0,38$).

Conclusiones: La prevalencia de HF posible, estimada por criterios clínicos, es muy baja en los pacientes con SCA. Los pacientes con HF posible presentan perfil de riesgo similar, pero menor GRACE, y su incidencia de complicaciones cardiovasculares mayores durante el ingreso y el seguimiento es similar al del resto de pacientes.