



7. LIPOPROTEÍNA (A): ¿EL NUEVO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR?

Alejandro Lara García, Borja Rivero Santana, José Raúl Moreno Gómez, Joaquín Vila García, Lucía Canales Muñoz y Almudena Castro Conde

Servicio de Cardiología. Hospital la Paz/Hospital Carlos III, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Actualmente las guías clínicas se centran en terapias que disminuyen el LDL-C para reducir el riesgo cardiovascular (RCV). Cada vez hay más evidencia de que existe un RCV residual a pesar de reducir el LDL-C. Entre otros remanentes, concentraciones elevadas de lipoproteína(a) [Lp(a)] se han asociado a un incremento del RCV. El objetivo de este estudio es describir la asociación entre Lp(a) y la aparición de nuevos eventos cardiovasculares en una muestra de pacientes de rehabilitación cardiaca (RC).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que analiza una muestra de RC de nuestro centro. Se seleccionó a los pacientes a los que se determinó la lipoproteína(a) al entrar al programa de RC de febrero a octubre de 2022. Se analizó las características de esta muestra y la aparición de nuevos eventos de infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca o ictus.

Resultados: Se seleccionaron 271 pacientes que participaron en el programa de rehabilitación cardiaca. Las características basales se describen en la tabla. Eran principalmente pacientes con cardiopatía isquémica en prevención secundaria (89%), con una FEVI mediana de 55% (RIC 51-60). La mediana de creatinina fue 0,91 (RIC 0,74-1,04). Se detectaron 6 nuevos eventos (2,23%) en un período de seguimiento de 9 meses. Se compararon los niveles de Lp(a) con la aparición de nuevos eventos pero no se detectó una asociación estadísticamente significativa ($p = 0,690$). En cambio, sí se detectó una asociación estadísticamente significativa entre niveles elevados de Lp(a) con una media de 55,71 mg/dl y la presencia de cardiopatía isquémica crónica que es consistente con los resultados de la literatura ($p = 0,009$), y también observamos una asociación significativa entre niveles bajos de Lp(a) con una media de 15,85 mg/dl y estenosis aórtica ($p = 0,016$), siendo esto último opuesto a los resultados de la literatura. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de Lp(a) y la presencia de fibrilación auricular, enfermedad arterial periférica ni ictus.

Características basales (n = 268)

Edad (años)

61 (54-71)

Sexo

Hombre	204 (76%)
Mujer	64 (24%)
Lp(a) (mg/dL)	26,45 (10,60-84,92)
Hipertensión arterial	149 (55%)
Diabetes mellitus	79 (29%)
Dislipemia	239 (89%)
Fumador	
No	86 (32%)
Exfumador	135 (50%)
Fuma	42 (15%)
Creatinina (mg/dL)	0,91 (0,74-1,04)
Cardiopatía isquémica crónica	239 (89,55%)
Estenosis aórtica	4 (1,49%)
FEVI (%)	55 (51-60)
Fibrilación auricular	42 (15,67%)
Enfermedad arterial periférica	13 (4,85%)
Ictus	13 (4,85%)
Evento recurrente (IAM, IC, ictus)	6 (2,23%)

Lp(a): lipoproteína a; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IAM: infarto agudo de miocardio; IC: insuficiencia cardíaca.



Diagrama de barras que representa la asociación entre niveles de Lp(a) y eventos recurrentes y cardiopatía isquémica crónica.

Conclusiones: En nuestra población de rehabilitación cardíaca no se observó una asociación entre niveles de Lp(a) y la aparición de nuevos eventos cardiovasculares. Sí se demostró una asociación entre niveles elevados de Lp(a) y cardiopatía isquémica crónica. Son necesarios nuevos registros para caracterizar el papel de la Lp(a) como nuevo factor de RCV.