



## 1360 - PREDICTORES DE LP(A) ELEVADA EN PREVENCIÓN PRIMARIA: REVELANDO EL RIESGO OCULTO

**Alberto Pérez Nieva<sup>1</sup>, Filippo Soulard<sup>1</sup>, Susana Tello Blasco<sup>1</sup>, Martín Fabregate Fuente<sup>1</sup>, Judith Jiménez Esteban<sup>1</sup>, Rosa Fabregate Fuente<sup>1</sup>, Ignacio Donate Velasco<sup>1</sup> y Luis Manzano Espinosa<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España. <sup>2</sup>Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, España.

### Resumen

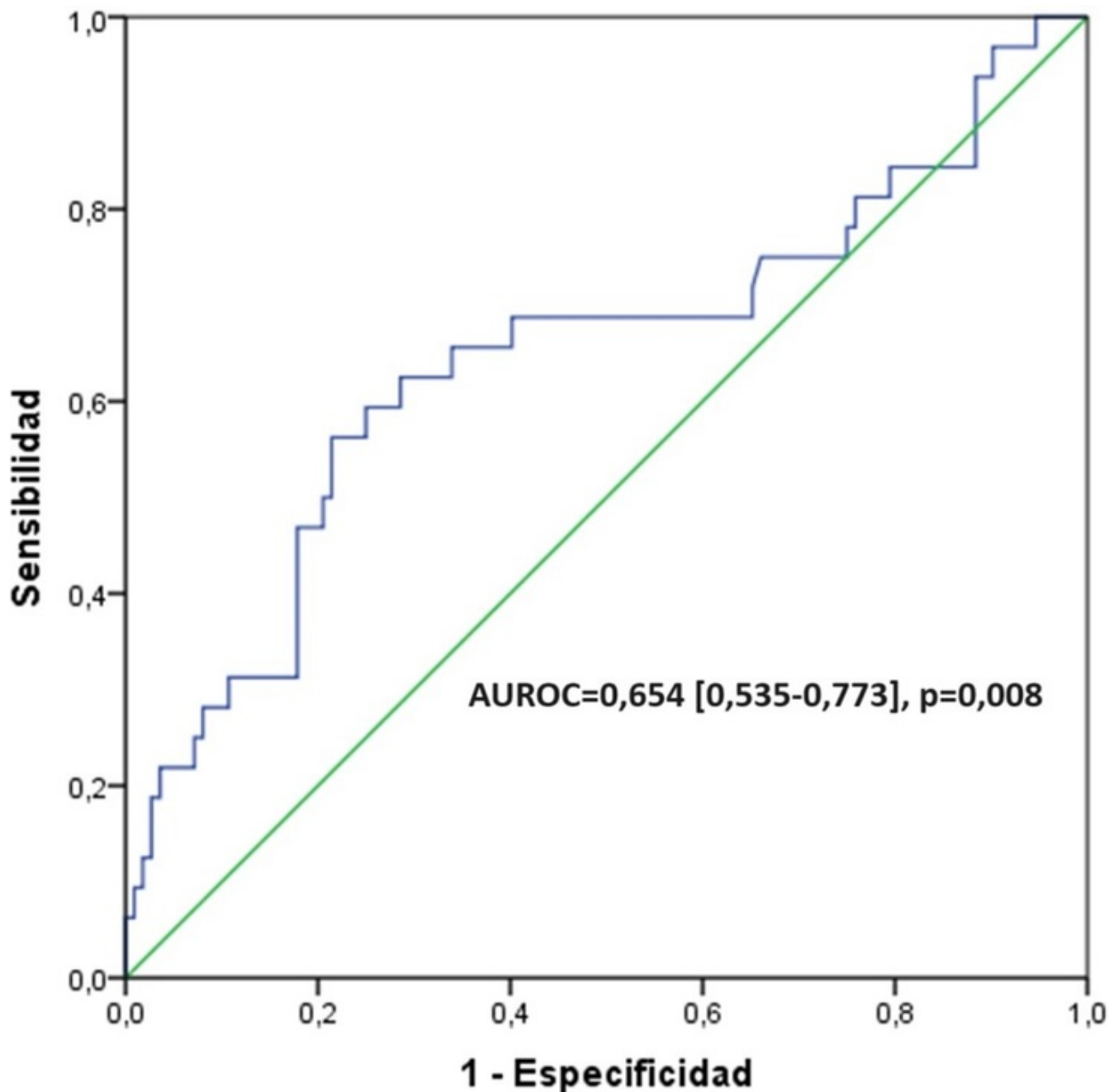
**Objetivos:** El consenso de la Sociedad Española de Arteriosclerosis de 2024 recomienda determinar lipoproteína (a) [Lp(a)] de manera universal una vez en la vida, coincidiendo con la primera determinación de perfil lipídico, y de manera inmediata en presencia de enfermedad cardiovascular (ECV), estenosis aórtica, hipercolesterolemia familiar, pobre respuesta a estatinas o historia familiar de ECV precoz o Lp(a) elevada<sup>1</sup>. Su medición permite mejorar la estimación del riesgo de ECV. El objetivo del estudio fue identificar los predictores de niveles elevados de Lp(a) en una cohorte de pacientes en prevención primaria.

**Métodos:** Estudio retrospectivo transversal de pacientes en prevención primaria atendidos de forma consecutiva entre noviembre-diciembre de 2022, en una unidad de prevención cardiovascular de un hospital terciario. Recogidas variables clínicas y bioquímicas, incluyendo perfil lipídico y Lp(a). Variables continuas expresadas como media  $\pm$  desviación típica y categóricas como porcentaje. Comparaciones entre grupos mediante t de Student para muestras independientes o  $\chi^2$ , según tipo de variable. Asociación con Lp(a) elevada estudiada mediante regresión logística, derivando *odds ratios* (OR) con intervalo de confianza al 95% (IC95%) y área bajo la curva (AUROC). Asociación lineal entre variables continuas estudiada mediante el coeficiente de correlación de Pearson (r) y regresión lineal múltiple. Considerado estadísticamente significativo  $p < 0,05$ . Análisis estadístico mediante IBM SPSS v22.

**Resultados:** Se incluyeron 145 pacientes, edad media de  $59,4 \pm 15,9$  años, 50,3% eran mujeres. Los factores de riesgo más prevalente fueron: dislipemia (86,2%), hipertensión arterial (50,3%), diabetes mellitus tipo 2 (26,9%) y obesidad (20,0%). Lp(a) mediana de 16,5 [6,4-46,6] mg/dL. Lp(a) elevada ( $> 50$  mg/dL) en 33 pacientes (22,8%). Los pacientes con Lp(a) elevada presentaban mayor colesterol total ( $197,8 \pm 64,0$  vs.  $177,4 \pm 42,7$  mg/dL;  $p = 0,027$ ) y c-LDL ( $119,2 \pm 56,9$  vs.  $99,9 \pm 40,5$  mg/dL;  $p = 0,033$ ). La Lp(a) elevada se asoció en análisis univariante a proteína C reactiva (PCR)  $\geq 2$  mg/L (OR [IC95%]: 2,856 [1,094-7,457];  $p = 0,027$ ). Fueron variables predictoras de Lp(a) elevada en análisis multivariante: c-LDL (por cada incremento de 10 mg/dL: OR: 1,145 [1,037-1,264];  $p = 0,008$ ) y edad (por cada incremento de 10 años: OR: 1,389 [1,031-1,870];  $p = 0,030$ ). El modelo tuvo una  $R^2 = 0,097$ , con un AUROC = 0,654 [0,535-0,773],  $p = 0,008$  (fig.). La Lp(a) presentó una correlación lineal positiva con colesterol total ( $r = 0,166$ ;  $p = 0,046$ ) y c-LDL ( $r = 0,160$ ;  $p = 0,055$ ), aunque esta última no alcanzó significación estadística. En análisis de regresión lineal múltiple los niveles de

Lp(a) se asociaron a colesterol total (por incremento de 10 mg/dL:  $\beta = 2,319$ ;  $p = 0,011$ ) y edad (por incremento de 10 años:  $\beta = 5,617$ ;  $p = 0,042$ ), con  $R^2$  de 0,056.

Variables	Total (n = 145)	Lp(a) $\geq$ 50 mg/dL (n = 33)	Lp(a) $<$ 50 mg/dL (n = 112)	OR [IC95%]	p	
Edad, años	59,4 $\pm$ 15,9	62,3 $\pm$ 14,1	58,5 $\pm$ 16,4		0,239	
Sexo, mujeres (%)	73 (50,3%)	19 (57,6%)	54 (48,2%)	1,382 [0,630-3,033]	0,345	
DM2 (%)	39 (26,9%)	9 (27,3%)	30 (26,8%)	1,025 [0,428-2,453]	0,956	
HTA (%)	73 (50,3%)	14 (42,4%)	59 (52,7%)	0,662 [0,302-1,449]	0,300	
Dislipemia (%)	125 (86,2%)	28 (84,8%)	97 (86,6%)	0,866 [0,289-2,591]	0,797	
	HCOL	121 (83,4%)	27 (81,8%)	94 (83,9%)	0,862 [0,311-2,385]	0,774
	HTG	18 (12,4%)	2 (6,1%)	16 (14,3%)	0,387 [0,084-1,778]	0,208
Tabaquismo (%)	21 (14,5%)	5 (15,2%)	16 (14,3%)	1,071 [0,361-3,183]	0,901	
Obesidad (IMC $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> )	29 (20,0%)	5 (15,2%)	24 (21,4%)	0,655 [0,228-1,877]	0,428	
Hist. familiar ECV precoz	8 (5,5%)	3 (9,1%)	5 (4,5%)	2,140 [0,483-9,472]	0,306	
PCR $\geq$ 2 mg/L	22 (15,2%)	9 (27,3%)	13 (11,6%)	2,856 [1,094-7,457]	0,027	
Colesterol total, mg/dL	181,9 $\pm$ 48,8	197,8 $\pm$ 64,0	177,4 $\pm$ 42,7		0,036	
Colesterol LDL, mg/dL	104,2 $\pm$ 45,1	119,2 $\pm$ 56,9	99,9 $\pm$ 40,5		0,033	
Colesterol HDL, mg/dL	53,9 $\pm$ 16,5	56,4 $\pm$ 17,4	53,2 $\pm$ 16,3		0,338	
Presión arterial, sistólica mmHg	130,6 $\pm$ 15,5	129,4 $\pm$ 14,8	131,0 $\pm$ 15,8		0,601	



*Conclusiones:* En pacientes en prevención primaria el colesterol total, el c-LDL y la edad fueron predictores de niveles elevados de Lp(a), explicando solo un pequeño porcentaje de su variabilidad. La relación entre c-LDL y Lp(a) sugiere un perfil lipídico más aterogénico. Además, la asociación entre Lp(a) y PCR podría reflejar un estado proinflamatorio. La identificación de Lp(a) elevada en prevención primaria podría tener implicaciones pronósticas y terapéuticas por su influencia en la reevaluación del riesgo cardiovascular y la consecuente necesidad de intensificación del tratamiento hipolipemiente en espera del desarrollo de nuevas moléculas terapéuticas específicas.