



<https://www.revclinesp.es>

1282 - IMPACTO DE LA COMORBILIDAD SOBRE EL PERFIL CLÍNICO Y PRONÓSTICO EN PACIENTES CON HIPERLIPOPROTEINEMIA(A)

Alejandro Maceín Rodríguez, Andrea Bastos Precedo, Irene Madejón Sánchez, Alejandra Calle Martínez, Lucía Domínguez Parreño, Laura María Rodríguez Gallardo, Mónica Gil Gutiérrez de Mesa y Manuel Méndez Bailón

Medicina Interna, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Analizar y comparar las diferencias entre grupos de pacientes con hiperlipoproteinemia(a) según su comorbilidad, definida mediante el índice de Charlson.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de pacientes con lipoproteína(a) > 30 mg/dL, clasificados en función del grado de comorbilidad según el índice de Charlson (ausencia de comorbilidad [0 puntos], comorbilidad baja [1 o 2 puntos] o alta [> 2 puntos]). Se analizaron variables clínicas, analíticas, pronósticas, comorbilidades y de tratamiento. Se utilizaron pruebas de chi-cuadrado para las categóricas y ANOVA para las continuas, considerando la significación estadística en $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 262 pacientes, de los cuales el 21% presentaba alta comorbilidad según el índice de Charlson, mientras que esta estaba ausente en el 69,8%. La presencia de comorbilidad fue más frecuente en varones ($p = 0,035$) y en pacientes de mayor edad ($p < 0,001$). En lo que respecta a las comorbilidades (tabla 1), los grupos con Charlson elevado mostraron una mayor prevalencia de factores de riesgo vascular, como hipertensión arterial ($p < 0,001$), diabetes ($p < 0,001$) o extabaquismo ($p = 0,009$); así como de fibrilación auricular ($p = 0,004$) y enfermedad cardiovascular previa ($p < 0,001$). Acerca de las pruebas complementarias (tabla 2), cabe mencionar que los valores más altos de colesterol total y LDL se identificaron en el grupo de baja comorbilidad ($p = 0,003$ y $p = 0,002$, respectivamente). Los niveles de albúmina, creatinina y PCR mostraron peores resultados en alta comorbilidad, reflejando mayor disfunción y carga inflamatoria. Sin embargo, no se observaron diferencias en la Lp(a) ($p = 0,215$), ligeramente superior en ausencia de comorbilidad. Tanto la afectación valvular (estenosis o calcificación aórtica, presencia de prótesis o TAVI), como las placas de ateroma y esteatosis hepática, estuvieron más presentes en grupos con mayor comorbilidad ($p < 0,001$, $0,018$ y $< 0,001$, respectivamente); y la FEVI disminuyó con la comorbilidad ($p = 0,028$). En cuanto al tratamiento, el uso de anticoagulantes, antihipertensivos y ácido acetilsalicílico fue significativamente mayor en aquellos con comorbilidad ($p < 0,001$). No obstante, la prescripción de estatinas fue similar (alrededor del 70% en los tres grupos ($p = 0,988$)); lo mismo ocurrió con el resto de hipolipemiantes. Por último, los grupos con Charlson elevado presentaron un mayor número de eventos cardiovasculares, ingresos hospitalarios y visitas a urgencias por causas cardiovasculares ($p < 0,001$).

Tabla 1

Comorbilidad	Ausencia de comorbilidad (n = 183)	Comorbilidad baja (n = 24)	Comorbilidad elevada (n = 55)	
Hipertensión arterial	44,8%	79,2%	81,8%	0,001
Diabetes mellitus	8,7%	29,2%	45,5%	0,001
Dislipemia	88,5%	95,8%	92,7%	0,403
Tabaquismo activo	14,8%	20,8%	9,1%	0,350
Extabaquismo	25,7%	41,7%	49,1%	0,009
Fibrilación auricular	9,3%	29,2%	21,8%	0,004
Albuminuria	2,7%	4,2%	16,4%	0,001
Enfermedad coronaria	15,8%	50,0%	52,7%	0,001
Enfermedad cerebrovascular	1,1%	4,2%	18,2%	0,001
Enfermedad arterial periférica	0,5%	4,2%	16,4%	0,001
Insuficiencia cardíaca	0,5%	25,0%	25,5%	0,001
Enfermedad renal crónica moderada	0,0%	0,0%	30,9%	0,001
EPOC	1,6%	16,7%	12,7%	0,001
Demencia	2,7%	8,3%	27,3%	0,001
Tumor sólido sin metástasis	0,0%	12,5%	30,9%	0,001
Hepatopatía leve	1,1%	12,5%	5,5%	0,005

Tabla 2

	Variables	Ausencia de comorbilidad	Comorbilidad baja	Comorbilidad elevada	p
Biomarcadores analíticos	Colesterol total (mg/dL)	181,9 ± 46,1	190,9 ± 54,7	159,8 ± 41	0,003
HDL (mg/dL)	58,7 ± 16,3	58,7 ± 15,9	51,7 ± 13,7	0,014	
LDL (mg/dL)	102 ± 38,9	107,9 ± 41,5	82,8 ± 33,4	0,002	
Triglicéridos (mg/dL)	108,5 ± 63	127,2 ± 79,4	120,8 ± 54,1	0,225	
Lipoproteína (a) (mg/dL)	103,2 ± 43,4	94,5 ± 44,7	92,4 ± 41,1	0,216	
Albúmina (g/dL)	4,3 ± 0,3	4,1 ± 0,4	4 ± 0,5	0,001	
Creatinina (mg/dL)	0,8 ± 0,2	0,8 ± 0,2	1 ± 0,3	0,001	
Filtrado glomerular (mL/min/1,73 m ²)	82 ± 12	80,3 ± 14,6	66,2 ± 20,6	0,001	
NT-proBNP (pg/mL)	153 (63-324)	864 (597-1052,5)	475 (331 - 1468)	0,001	
PCR (mg/L)	7,1 ± 12,6	12,9 ± 17,1	22,4 ± 37,6	0,001	
Ferritina (ng/mL)	92,7 ± 103,9	108,3 ± 99,1	103,7 ± 98,2	0,710	
	Estenosis aórtica al 3,3% menos moderada		4,2%	22,2%	0,001
Válvula aórtica calcificada	5,4%	12,5%	22,2%	0,001	
Prótesis aórtica o TAVI	2,1%	4,2%	18,6%	0,001	

FEVI (%)	$61,2 \pm 6,8$	$57,3 \pm 13$	$56,4 \pm 8$	0,028	
Hipertrofia ventrículo izquierdo (g/m^2)	$87,4 \pm 32,6$	$97,5 \pm 28,3$	$95,5 \pm 31$	0,468	
Volumen aurícula izquierda (mL/m^2)	$26,8 \pm 12,2$	$34,5 \pm 16,4$	35 ± 14	0,123	
Doppler troncos supraaórticos	Placas de ateroma	4,9%	8,3%	18,2%	0,018
Ecografía/TC abdominal	Esteatosis hepática	15,3%	16,7%	23,6%	0,001

Discusión: En este estudio se evidenció que los pacientes con hiperlipoproteinemia(a) y mayor comorbilidad según el índice de Charlson presentan un perfil clínico y pronóstico más desfavorable. La relación entre comorbilidad elevada y mayor prevalencia de factores de riesgo vascular refuerza la utilidad del índice de Charlson como marcador indirecto de riesgo vascular acumulado. La ausencia de diferencias significativas en los niveles de Lp(a) entre grupos sugiere que no se asocia directamente con la carga de comorbilidad, respaldando su papel como un factor de riesgo independiente.

Conclusiones: La comorbilidad se asocia con mayor edad, peor perfil clínico y pronóstico cardiovascular en pacientes con Lp(a) elevada. La concentración de Lp(a) no se relaciona directamente con la carga comórbida, lo que refuerza su papel como factor de riesgo independiente.