



<https://www.revclinesp.es>

1027 - SCORE CLÍNICO INFLAMATORIO PARA ESTRATIFICACIÓN PRONÓSTICA EN PACIENTES CON HIPERLIPOPROTEINEMIA(A): VALIDACIÓN EN UNA COHORTE REAL

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

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

Resumen

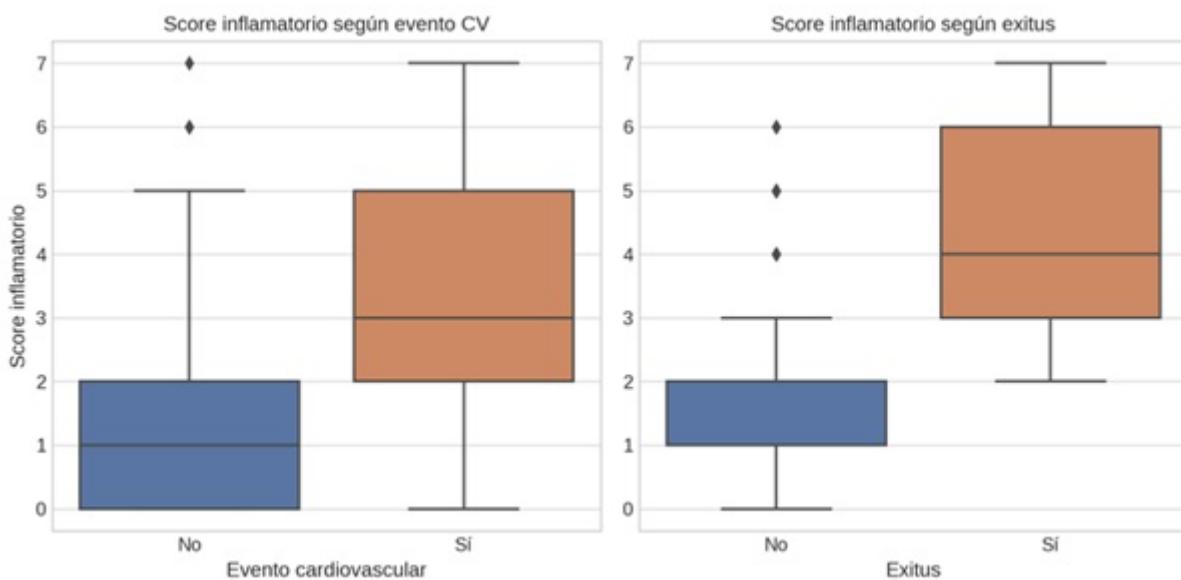
Objetivos: Desarrollar y validar un score clínico de inflamación que integre variables clínicas, analíticas y factores de riesgo cardiovascular en una cohorte con Lp(a) elevada, para estratificar riesgo cardiovascular, mortalidad y uso de recursos sanitarios.

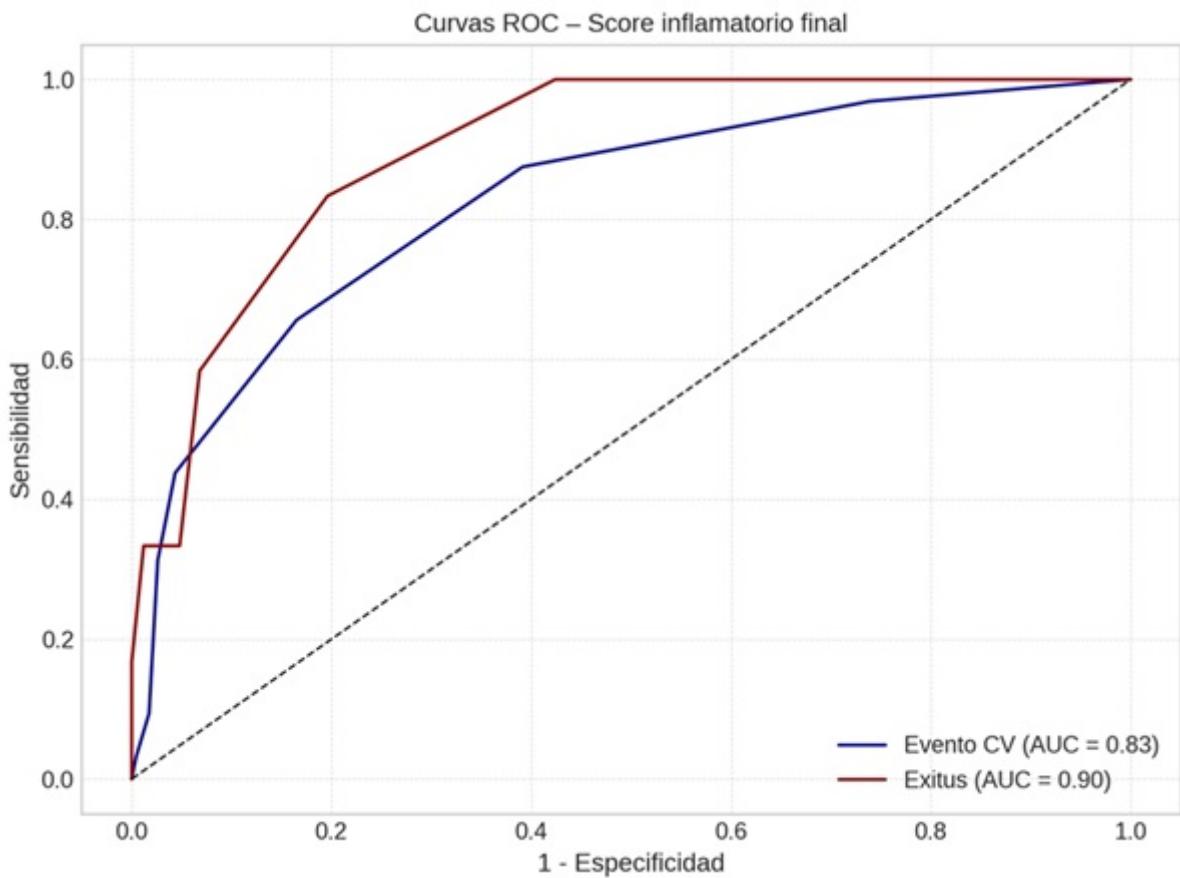
Métodos: Estudio observacional prospectivo analítico de cohortes realizado entre 2023 y 2024 en pacientes con Lp(a) elevada, definida por niveles $> 30 \text{ mg/dL}$. Se recogieron variables clínicas, antecedentes personales, comorbilidades, resultados de pruebas complementarias y datos pronósticos, con el objetivo de caracterizar el perfil basal de los pacientes y analizar su asociación con eventos cardiovasculares, visitas a Urgencias, hospitalizaciones y mortalidad. Se construyó un score clínico-inflamatorio sencillo sumando 1 punto por cada una de las variables (tabla): PCR hs $> 3 \text{ mg/L}$, ferritina $> 200 \text{ ng/mL}$, albúmina $< 3,5 \text{ g/dL}$, insuficiencia cardíaca (IC), EPOC, enfermedad renal crónica (ERC) moderada, diabetes con lesión de órgano diana, obesidad al menos moderada (IMC ≥ 30), alta comorbilidad (Índice de Charlson ≥ 2) y tabaquismo activo. El score total varía entre 0 y 10 puntos. Se calcularon las curvas ROC para eventos cardiovasculares y mortalidad, así como comparaciones mediante t-test. Se analizó también su relación con visitas a urgencias e ingresos hospitalarios.

Resultados: Se incluyeron 262 pacientes con hiperlipoproteinemia(a) con una edad media de 61,4 años \pm 15,36 de predominio femenino (58,78%), la mayoría habiéndose realizado la determinación en prevención primaria (69,47%). El score clínico mostró una media significativamente mayor en pacientes con eventos cardiovasculares (2,9 vs. 1,2, $p < 0,001$) y en los que fallecieron (3,75 vs. 1,3, $p < 0,001$) (fig. 1). Las curvas ROC (fig. 2) mostraron una excelente capacidad predictiva: AUC de 0,83 para eventos cardiovasculares y 0,90 para mortalidad. El punto de corte óptimo fue ≥ 3 , con sensibilidad del 83% y especificidad del 86% para *exitus*. El score también se asoció con mayor carga asistencial: los pacientes con score ≥ 3 presentaron más visitas a urgencias (2,5 vs. 1,1, $p < 0,01$) e ingresos hospitalarios (1,6 vs. 0,3, $p < 0,001$).

Categoría	Variable	Puntuación
Variables analíticas	PCR ultrasensible $> 3 \text{ mg/L}$	1

Ferritina > 200 ng/mL	1	
Albúmina 3,5 g/dL	1	
Variables clínicas	Insuficiencia cardíaca	1
EPOC	1	
ERC moderada	1	
Diabetes mellitus con lesión de órgano diana	1	
Obesidad al menos moderada (IMC \geq 30)	1	
Alta comorbilidad (Índice de Charlson \geq 3)	1	
Factores de riesgo CV	Tabaquismo activo	1





Discusión: La inflamación crónica es un componente clave del riesgo vascular residual, especialmente en pacientes con hiperlipoproteinemia(a). Este *score* clínico inflamatorio combina biomarcadores de inflamación aguda con comorbilidades crónicas y factores de riesgo clásicos, logrando una estratificación precisa del riesgo en esta población. A diferencia de otras escalas convencionales (ej. SCORE2), basadas en variables demográficas y lipídicas, este score incorpora la dimensión inflamatoria y de carga comórbida, lo que puede explicar su superior capacidad predictiva. La inclusión de variables como obesidad, tabaquismo, IC o ERC, refleja la inflamación subclínica y el impacto del daño orgánico crónico. La PCR ultrasensible y la albúmina, como reactantes de fase aguda positiva y negativa, respectivamente, han demostrado su valor pronóstico independiente en múltiples estudios, así como la ferritina, que se comporta como marcador de inflamación ya demostrado. Este score es sencillo, clínicamente aplicable, y puede incorporarse en la práctica diaria para identificar pacientes con riesgo inflamatorio elevado, incluso en ausencia de eventos previos.

Conclusiones: El *score* clínico inflamatorio propuesto permite una excelente predicción de eventos cardiovasculares, mortalidad y uso de recursos en pacientes con Lp(a) elevada.