

Riesgo cardiovascular extremo, inflamación residual y lipoproteína(a) en pacientes ?65 años con síndrome coronario agudo

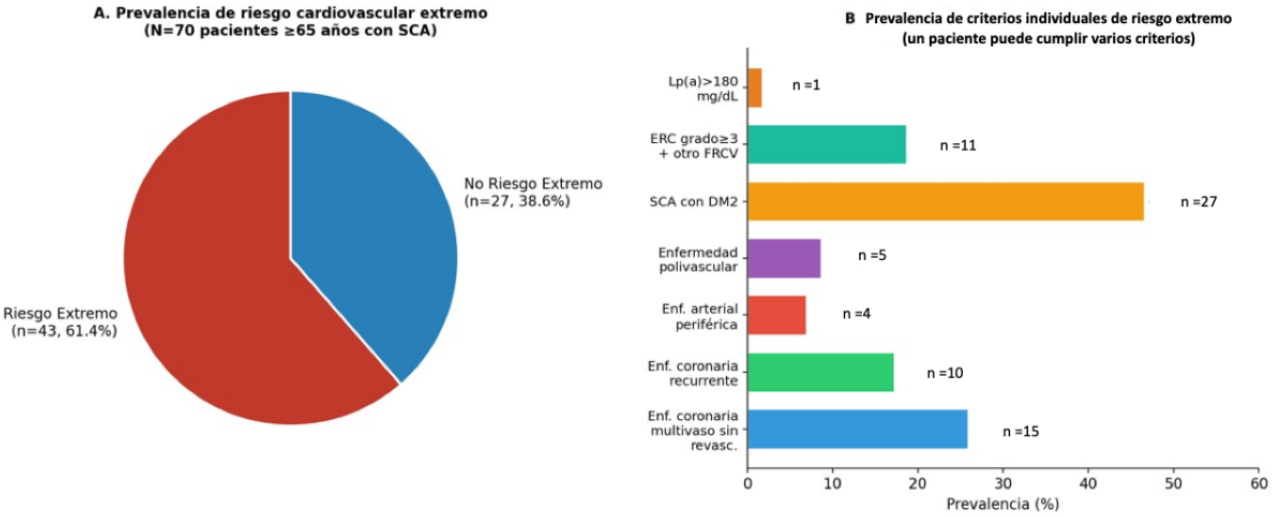
Inés Antúnez-Muñoz(1), Ignacio Arroyo-Crespo(1), Tariq Zbair Benis-Chergui(1), Ana Vallejo Yuste(1), Julia López Buiza(1), María del Mar Robles-Musso Campos(1), Norberto Herrera Gómez(1) y Diego Segura-Rodríguez(1) de (1)Cardiología. Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada - España

Introducción: Los pacientes ancianos con síndrome coronario agudo (SCA) acumulan criterios de riesgo cardiovascular "extremo", aunque su prevalencia real e impacto sobre el control terapéutico son poco conocidos. El objetivo fue determinar la prevalencia de riesgo extremo, su relación con la inflamación residual y el control lipídico al año, y la frecuencia de lipoproteína(a) [Lp(a)] elevada y su asociación con enfermedad aterosclerótica compleja.

Métodos: Análisis observacional de una cohorte unicéntrica de 70 pacientes con edad igual o mayor a 65 años ingresados por SCA. El riesgo cardiovascular extremo se definió según criterios del último consenso de sociedades científicas de uso de nuevas terapias hipolipemiantes en la práctica clínica. La inflamación residual se definió como proteína c reactiva (PCR) mayor de 2 mg/L al año y el control lipídico como colesterol de lipoproteínas de baja densidad (cLDL) inferior a 55 mg/dL al año. Se emplearon pruebas de Mann-Whitney, chi-cuadrado y correlación de Spearman.

Resultados: La prevalencia de riesgo cardiovascular extremo fue del 61,4% (n=43). El criterio más frecuente fue SCA con diabetes mellitus tipo 2 (46,6%), seguido de enfermedad coronaria multivaso sin revascularización completa (25,9%) y enfermedad renal crónica grado 3 o mayor con otro factor de riesgo (18,6%). Los pacientes con riesgo extremo presentaron mayor puntuación GRACE (mediana 151 frente a 126; p=0,005). No se observó asociación entre riesgo extremo e inflamación residual al año (18,5% frente a 30,8%; p=0,642), ni entre el número de criterios y el cLDL o la PCR al año (rho=0,037 y rho=0,030; p>0,8). El 60,7% de los pacientes con riesgo extremo alcanzó el objetivo de cLDL inferior a 55 mg/dL. La Lp(a) fue igual o mayor a 50 mg/dL en el 39,7% de los casos, con tendencia no significativa a mayor enfermedad multivaso (69,6% frente a 47,1%; p=0,105). Ningún paciente recibió inhibidores de PCSK9 al alta.

Conclusiones: El riesgo cardiovascular extremo es muy prevalente en nuestra cohorte de ?65 años con SCA y se asocia a mayor riesgo isquémico agudo. El tratamiento hipolipemiante combinado permite alcanzar el objetivo de cLDL en más del 60%, sin que la carga de criterios de riesgo se asocie a peor control inflamatorio o lipídico al año. La elevada prevalencia de Lp(a) aumentada y la ausencia de inhibidores de PCSK9 al alta identifican una brecha terapéutica relevante en esta población.



Características basales

Variable	Total (N=70)	Riesgo Extremo (n=43)	No Riesgo Extremo (n=27)	Valor p
Edad, años [RIC]	75 [70–81]	78 [72–82]	73 [67–78]	0.013
Sexo femenino, n (%)	23 (32.9%)	15 (34.9%)	8 (29.6%)	0.637
HTA, n (%)	46 (65.7%)	34 (87.2%)	12 (44.4%)	0.007
DM2, n (%)	27 (38.6%)	27 (62.8%)	0 (0%)	<0.001
Dislipemia, n (%)	39 (55.7%)	30 (69.8%)	9 (33.3%)	0.006
LDL-c basal, mg/dL [RIC]	93 [74–107]	89 [73–104]	108 [84–120]	0.115
Lp(a) basal, mg/dL [RIC]	24 [13–86]	36 [14–98]	16 [7–44]	0.133
PCR basal. mg/L [RIC]	14 [4–41]	12 [5–46]	17 [4–28]	0.804
Puntuación GRACE [RIC]	146 [131–165]	151 [142–166]	126 [115–143]	0.005