

Valor predictivo del índice LDL-C + Lipoproteína(a)/20 para identificar el fracaso de la monoterapia con estatinas tras un síndrome coronario agudo en pacientes sin tratamiento hipolipemiante previo

Francisco Buendía Santiago(1), José Manuel Andreu Cayuelas(1), Antonio Meseguer Hernández(1), Claudia Azcondo San Segundo(1), Irene González Fernández(1), María Isabel Baños Maturano(1), Jaime Merino Romero(1), Leticia Risco Eres(1), María Belén Villamarín Heredia(1), Miguel Giménez Piñana(1), Fernando Sellés López(1), Irene Azenaia García-Escribano García(1), José Abellán Huerta(1), Lidia Martínez Gascón(2) y Juan Antonio Castillo Moreno(1) de (1)Servicio de Cardiología y (2)Servicio de Análisis Clínicos. Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia) - España

Introducción: Las guías europeas de 2025 recomiendan combinar estatina y ezetimiba como tratamiento inicial en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) sin tratamiento previo y alta probabilidad de no alcanzar objetivos de control lipídico, lo que hace importante identificar a estos pacientes. Además, las guías americanas de 2026 añaden un objetivo de apolipoproteína B (ApoB) <55 mg/dL para reducir el riesgo residual. Dado que cada nmol/L de Lp(a) contribuye aproximadamente 0,05 mg/dL a la ApoB total no reducible con estatinas, proponemos el índice LDLc + Lp(a)/20 para predecir el fracaso de la monoterapia en la consecución de objetivos. Nuestro objetivo fue evaluar su utilidad y un punto de corte clínicamente aplicable.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, unicéntrico con reclutemiento consecutivo de los pacientes ingresados entre julio de 2023 y enero de 2025 por SCA, incluyendo 208 pacientes sin tratamiento hipolipemiante previo con perfil lipídico basal en las primeras horas de ingreso y a los 3 meses. Se calculó el índice [LDLc (mg/dL) + Lp(a) (nmol/L)/20] y se realizaron curvas ROC para predecir la no consecución de LDLc y ApoB <55 mg/dL en pacientes con monoterapia y se compararon con las de LDLc por test de DeLong. Tras definir un punto de corte, se evaluó el efecto del tratamiento combinado en una cohorte emparejada por Propensity Score (PSM 1:1), ajustando por edad, sexo, DM, IMC y lípidos basales.

Resultados: En los pacientes con monoterapia (n=130; 62,5% del total), el índice mostró buena capacidad predictiva de fracaso para LDLc (AUC 0,77) y ApoB (AUC 0,79), significativamente mejor que LDLc aislado para la predicción del objetivo LDLc (p=0,049), con tendencia a la superioridad (p=0,083) para el objetivo de ApoB (ver Figura 1). Un índice >90 (64% del total de pacientes) identificó alto riesgo de no control (LDLc: sensibilidad 79%, especificidad 66%; ApoB: 75% y 70%). En este subgrupo de cohorte PSM, la terapia combinada aumentó significativamente la consecución de objetivos frente a monoterapia tanto en LDLc (62,3% vs 18,8%; p<0,001) como con ApoB (42,0% vs 13,0%; p<0,001). En pacientes con índice ?90 no hubo diferencias significativas.

Conclusiones: En pacientes con SCA sin tratamiento hipolipemiante previo, un índice [LDLc + Lp(a)/20] >90 al

ingreso identifica pacientes con alta probabilidad de fracaso de la monoterapia. En estos pacientes, el tratamiento combinado con estatina y ezetimiba aumenta más de tres veces el éxito en el control de LDL-C y ApoB, apoyando su uso como herramienta simple de decisión clínica.

