

Riesgo residual más allá del LDL: relevancia clínica y terapéutica de la lipoproteína(a)

Marta Martín Vélez(1), Mª Esperanza Donoso Muñoz(1), Jaime de Juan Roldán(1), Adrián Romero Jurado(1), Carlos del Toro Esperón(1), Jesús Pecci Sánchez(1), David Macías Ibiricu(1), Javier Azcona Sousa(1), Juan Manuel Aragón González(1), Ernesto Ruiz Pereira(1), María Ronquillo Japón(1), Ana López Suárez(1) y María Rosa Fernández Olmo(1) de (1)Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla - España

Introducción: La lipoproteína(a) [Lp(a)] se ha consolidado como un factor independiente implicado en el riesgo cardiovascular residual. Su medición en pacientes con enfermedad cardiovascular establecida podría mejorar la estratificación del riesgo y guiar la intensificación del tratamiento hipolipemiante. No obstante, en la práctica clínica, la relación entre los niveles de Lp(a), la carga terapéutica y el grado de control lipídico no está completamente definida.

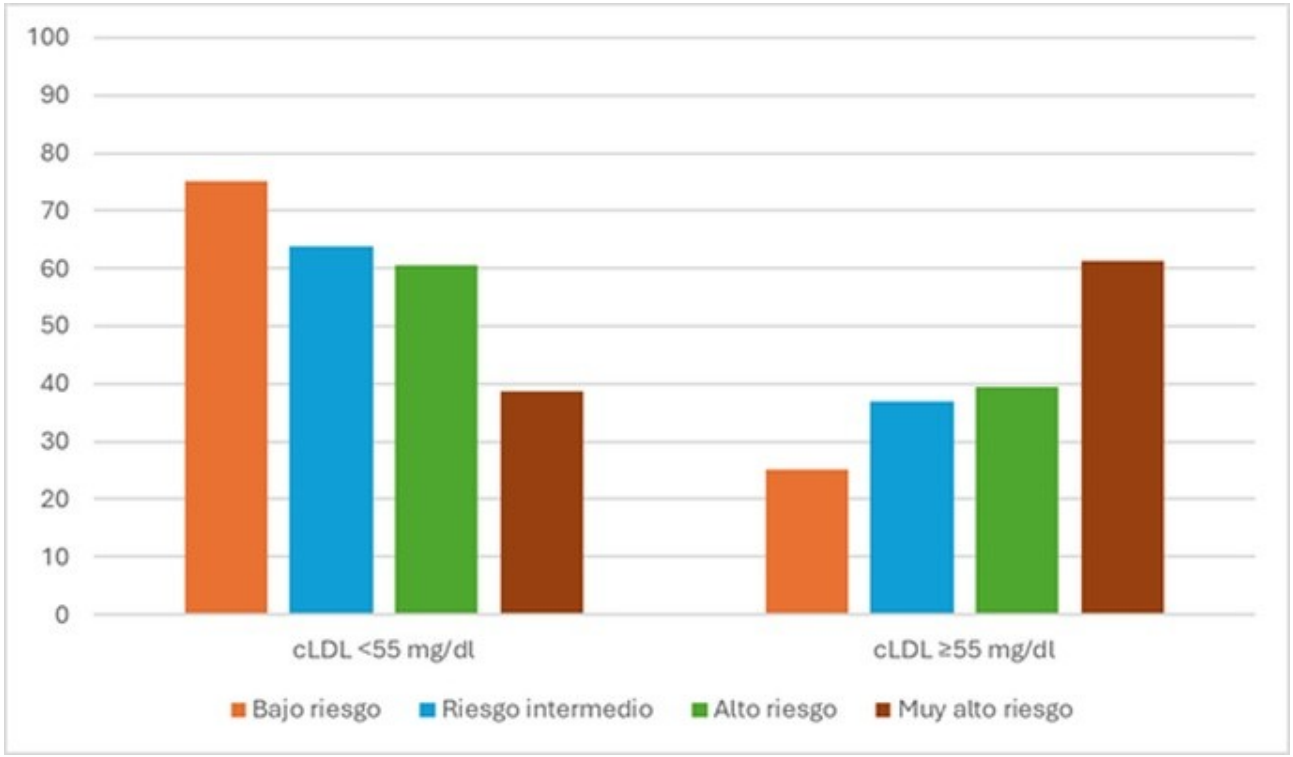
El objetivo de este estudio fue analizar la consecución de colesterol LDL (cLDL) <55 mg/dL, así como evaluar la intensificación del tratamiento hipolipemiante en función de los niveles de Lp(a) en pacientes incluidos en un programa de rehabilitación cardíaca (RC).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en una cohorte de pacientes incluidos en un programa multidisciplinar de RC entre 2022 y 2025 en un centro terciario. Los participantes se clasificaron en cuatro grupos de riesgo según los niveles de Lp(a): <30 mg/dL (bajo), 30–49 mg/dL (intermedio), 50–99 mg/dL (alto) y ?100 mg/dL (muy alto). Se establecieron dos categorías terapéuticas: sin terapias avanzadas y con al menos una terapia avanzada (inhibidores de PCSK9, inclisirán o ácido bempedoico).

Resultados: Se incluyeron 656 pacientes, de los cuales 463 (70,6%) contaban con determinación de Lp(a). La edad media fue de 58,7±9,7 años, con predominio del sexo masculino (84,4%). La prevalencia de diabetes, dislipemia e hipertensión fue 24,4%, 76,1% y 59,4%, respectivamente. La mediana de Lp(a) fue de 28,1 mg/dL.
El 51,2% se clasificó como bajo riesgo, el 13,2% intermedio, el 20,7% alto y el 14,9% muy alto. Los pacientes con niveles elevados de Lp(a) (?50 mg/dL) mostraron mayor probabilidad de no alcanzar el objetivo de cLDL <55 mg/dL frente a los de riesgo bajo/intermedio (OR 2,5; IC95% 1,7–3,7; p<0,001).
Se evidenció un mayor empleo de terapias avanzadas en los grupos de mayor riesgo (13,5% en bajo; 24,6% en intermedio; 22,9% en alto; 27,5% en muy alto). Sin embargo, el porcentaje de pacientes que alcanzaron cLDL <55 mg/dL con estas terapias fue bajo en todos los grupos.

Conclusiones: Los niveles elevados de Lp(a) se asocian con un control subóptimo del cLDL, incluso en pacientes con intensificación del tratamiento. Estos hallazgos refuerzan el papel de la Lp(a) como marcador de riesgo residual y la

necesidad de desarrollar estrategias terapéuticas específicas orientadas a su reducción.



Control de cLDL en función de la terapia hipolipemiante

		cLDL<55mg/dL	cLDL ≥55mg/dl
Bajo riesgo	Sin terapias avanzadas	155 (65,4%)	50 (21,1%)
	≥1 terapia avanzada	19 (8%)	13 (5,4%)
Riesgo intermedio	Sin terapias avanzadas	35 (57,3%)	11 (18%)
	≥1 terapia avanzada	4 (6,6%)	11 (18%)
Alto riesgo	Sin terapias avanzadas	48 (51,1%)	24 (25,5%)
	≥1 terapia avanzada	9 (9,6%)	13 (13,8%)
Muy alto riesgo	Sin terapias avanzadas	20 (29,8%)	28 (41,8%)
	≥1 terapia avanzada	6 (8,9%)	13 (19,5%)