

## LIPOPROTEINA (a) ELEVADA. ¿QUÉ DEBO HACER? POSIBLE PAPEL DEL AAS EN PREVENCIÓN PRIMARIA

*Autor: Marcos García Aguado (Ver bio en la sección "equipo")*

*Fecha de publicación: 12/10/2022*

*Patología: CI y factores de riesgo / Categoría: Actualización*

*Tiempo de lectura: 3 minutos.*



*Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen enlaces a artículos publicados, u otros posts de **CARPRIMARIA**.*

En otro post de **CARPRIMARIA** repasamos la importancia que está adquiriendo la **lipoproteína a**, en adelante **Lp(a)**, con recomendaciones de medición en determinados casos, según documentos recientes de consenso, tanto americanos como europeos.

La **Lp(a)**, cuyos niveles están principalmente condicionados genéticamente, se relacionan con la enfermedad cardiovascular (CV) y el desarrollo de calcificación aórtica y posible estenosis aórtica.

La pregunta principal es, en nuestra práctica clínica: ¿Cómo debemos tratar a los pacientes con valores de **Lp(a)** elevados?

- Utilizar los valores de **Lp(a)** para reestratificar el riesgo CV futuro del paciente, que guiará nuestras terapias de prevención primaria CV. Es decir, valores elevados pueden justificar el inicio de estatinas de moderada/alta intensidad en el ámbito de la prevención primaria, o la intensificación de terapias hipolipemiantes en prevención secundaria con la asociación de **inhibidores de PCSK-9** o **ezetimiba** ([aunque ya se recomienda en prevención secundaria el uso de terapia combo en la mayoría de nuestros pacientes](#)). De hecho, se sugiere que valores de **Lp (a) > 50 mg/dl (> 100 nmol/L)** pueden establecerse como corte para favorecer el inicio de la

terapia estatínica, aunque el umbral podría ser tres veces superior en afroamericanos.

- A la espera de conocer la eficacia en reducción de morbimortalidad de las terapias con diana específica en la reducción de **Lp(a)**, ¿debemos plantear terapia antiagregante en prevención primaria en pacientes con **Lp(a)** elevada)?

Las [guías de práctica clínica](#) de la **Sociedad Europea de Cardiología** publicadas en 2021 reconocen el beneficio en prevención CV con **ácido acetil salicílico (AAS)**, pero también el incremento de las hemorragias graves, con un balance riesgo beneficio inadecuado en la mayoría de los pacientes. La investigación demuestra una reducción del riesgo de infarto de miocardio no mortal y de ictus isquémico, pero a cambio de un aumento de las hemorragias graves, intracraneales y gastrointestinales, sin diferencias en la hemorragia mortal. Este riesgo hemorrágico aumentaba especialmente en los ancianos. No obstante, se reconoce la importancia de individualizar, puesto que hay pacientes que podrían beneficiarse de una prevención primaria con **AAS**, si tienen un riesgo CV alto o muy alto. Así, con una clase de recomendación baja, recomiendan el uso de **AAS** en pacientes con riesgo CV alto o muy alto en el ámbito de la prevención primaria, recordando el mayor riesgo hemorrágico en ancianos y la recomendación de asociar un inhibidor de la bomba de protones para reducir el riesgo hemorrágico, fundamentalmente en aquellos con alto riesgo de hemorragia intestinal.

En cambio, el [documento](#) con recomendaciones de la **USPSTF** americana publicado en 2022 y del que informamos en [otro post de CARPRIMARIA](#) es más restrictivo y no recomendaba el uso de **AAS** en prevención primaria en > 60 años, sobre todo por los riesgos hemorrágicos.

## **PERO ¿PODEMOS MEJORAR LA SELECCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A AAS EN PREVENCIÓN PRIMARIA?**

El creciente protagonismo de la **Lp(a)** como factor de riesgo de enfermedad CV podría ayudar a seleccionar con más garantías el tratamiento preventivo con **AAS** en pacientes sin enfermedad CV.

El estudio **ASPREE** cuyos resultados se presentaron en 2018, no apoyaron el uso de **AAS** en prevención primaria. El estudio al que hace referencia este [post de CARPRIMARIA](#) se ha presentado este año 2022 y se basa en los participantes del estudio **ASPREE**.

El estudio analizó 12.815 participantes del estudio **ASPREE**, por tanto, con edades  $\geq 70$  años. Se sometieron a un estudio de genotipado (*variante rs3798220-C*) asociado con niveles elevados de **Lp(a)**. Valoraron nuevamente el papel del **AAS** frente a placebo en los pacientes con genotipos asociados a **Lp(a)** y en aquellos sin dichos genotipos.

El estudio demostró que los pacientes con genotipo **rs3798220-C** asociado a niveles elevados de **Lp(a)** tenían mucho mayor riesgo de eventos CV que los que no presentaban este genotipo, pero su riesgo CV se atenuó con **AAS** con menos eventos CV que los no portadores del genotipo, además, sin mayor riesgo de eventos hemorrágicos clínicamente significativos. Lo mismo se observó en los pacientes analizados con un score genético que permitía detectar a pacientes con perfiles genéticos asociados a niveles elevados de **Lp(a)**.

Los resultados arrojan un mejor balance de riesgo beneficio con **AAS** en prevención primaria, a favor del beneficio, en aquellos pacientes con perfil genético compatible con niveles elevados de **Lp(a)**.

No es el primer estudio que llega a estas conclusiones. Similares resultados se alcanzaron en población más joven y mujeres portadoras de la variante genética **rs3798220-C**.

Ahora bien, ¿estos datos son extrapolables a todos los pacientes con valores elevados de **Lp(a)**?

Poco a poco vamos mejorando más en la detección de los pacientes con riesgo CV que pueden beneficiarse de terapias específicas.

## REFERENCIAS

[J Am Coll Cardiol. 2022 Oct 4;80\(14\):1287-1298](#)

[European Heart Journal. Vol 42, Issue 34, 7 september 2021, 3227-33377](#)