



5. Cardiometabolismo y riesgo residual

5.1. La distribución libre de HDL determina el predominio de la aterosclerosis en varones

Cuahtémoc-Acoltzin-Vidal José Rafael,
Rabling-Arellanos Evangelina Elizabeth
Clínica particular.

Introducción: la aterosclerosis afecta con mayor frecuencia a individuos del sexo masculino y no se ha definido claramente la explicación de ello. Varios reportes que describen los valores de HDL para diferentes grupos poblacionales informan el valor medio y la desviación estándar pero llama la atención que al sumar dos desviaciones estándar para incluir 95% de la población estudiada, se rebasan los límites encontrados en esos estudios, lo que sugiere que la distribución de datos no es paramétrica por lo que decidimos analizar este aspecto en un grupo determinado. **Material y métodos:** se incluyen a 200 personas de los dos sexos, todos mayores de 30 años a quienes se les midió el perfil de lípidos incluyendo colesterol total, HDL y triglicéridos con un equipo que informa LDL de manera automática. Se informa aquí el tipo de distribución de datos del resultado de medición de HDL. **Análisis estadístico:** a partir de la base de datos en Excel se hizo una gráfica de tronco y rama para todo el grupo y por separado para cada sexo. Se graficaron como columnas a manera de histograma y se aplicó análisis estadístico no paramétrico con prueba U de Mann-Whitney. **Resultados:** la distribución de todos los datos es anormal desviada hacia abajo. La distribución de los datos obtenidos en mujeres es parecida a la normal pero la distribución de los datos correspondientes a varones es totalmente desviada hacia abajo. Por lo tanto se decidió informar los resultados considerando mediana, moda y recorrido intercuartílico. Se encontró diferencia significativa entre los grupos. **Conclusiones:** los varones tienen menos cantidad de HDL que las mujeres lo que puede explicar la mayor prevalencia de aterosclerosis y todas sus complicaciones en el sexo masculino.

Tabla 5.1.1: Distribución de valores de HDL-colesterol.

Grupo	Mediana	Moda	Q0	Q1	Q3	Q4
Todos	30-34	40-44	15-19	20-24	45-49	71-75
Varones	25-29	15-19	15-19	15-19	40-44	65-69
Mujeres	36-40	41-45	16-20	26-30	46-59	71-75

5.2. Importancia de la medición de lipoproteína (a) en diferentes escenarios de riesgo y patología cardiovascular

Álvarez-Santana Iván Humberto, Neri-González Fernanda,
González-Martínez Daniel, Guerrero-Palamera Miguel Ángel,
López-Pérez Mariano Belisario, Álvarez-López Humberto
Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Guadalajara.
Hospital de Especialidades Puerta de Hierro Andares.

Introducción: la lipoproteína (a) (Lp[a]), es un factor de riesgo genético de enfermedad cardiovascular (ECV) y afecta a 1 de 5 personas en el mundo, está compuesta por apolipoproteína(a) (apo[a]) unida covalentemente a la apolipoproteína B100 (apoB100) de una partícula similar a la LDL. Los niveles plasmáticos de Lp(a) están determinados principalmente de manera genética. Se postula que la Lp(a) promueve el desarrollo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA) y la enfermedad de la válvula aórtica calcificada al inducir una inflamación vascular crónica. Este papel se debe en parte al contenido de fosfolípidos oxidados (OxPLs) en la Lp(a), que inducen un aumento local y sistémico de citocinas inflamatorias, al promover la aterogénesis a través de su componente similar a la LDL y potencialmente a través de efectos antifibrinolíticos mediados por la alta homología de apo(a) con el plasminógeno. La elevación de los niveles de Lp(a) se ha relacionado con mayor riesgo con las siguientes patologías cardiovasculares; aterosclerosis coronaria, estenosis valvular aórtica, EVC isquémico, enfermedad arterial periférica, enfermedad tromboembólica venosa, entre otras. Se consideran niveles de riesgo las cifras > 50 mg/dL o 125 nmol/L. La determinación de Lp(a) no se realiza de manera rutinaria en la práctica clínica, pero es recomendable solicitarla en ciertos grupos de pacientes. A continuación se detallan las situaciones en las que se sugiere medir los niveles de Lp(a): pacientes con antecedentes familiares de ECV prematura, pacientes con ECV prematura sin FRCV tradicionales, estenosis valvular aórtica calcificada y eventos trombóticos inexplicados. El siguiente reporte de casos tiene como objetivo resaltar la importancia de crear conciencia en los médicos sobre la Lp(a) como un factor de riesgo principal para la enfermedad cardiovascular, así como la necesidad de cambiar actitudes y eliminar las barreras para la realización de esta prueba en la atención médica habitual. **Material y métodos:** durante el periodo comprendido entre el 04 de enero de 2022 y el 15 de julio de 2024, en la consulta externa de cardiología de un centro privado del municipio de Zapopan, Jalisco, México, se realizó la determinación de lipoproteína(a) a pacientes que hubieran tenido un familiar de primer grado con enfermedad cardiovascular aterosclerótica prematura (< 55 años en hombres, < 65 años en mujeres); a pacientes con historia personal de aterosclerosis coronaria prematura y sin factores de riesgo cardiovascular tradicionales, tales como edad, tabaquismo, diabetes, hipertensión o dislipidemia y a pacientes con estenosis valvular aórtica calcificada. **Análisis estadístico:** estudio descriptivo o serie de casos. **Resultados:** se estudiaron 17 pacientes mayores de 18 años, con edades comprendidas entre 26 y 70 años. De estos, 12 eran hombres y 5 eran mujeres. Entre los 17 pacientes, 10 fueron evaluados debido a antecedentes familiares de primer grado con enfermedad cardiovascular prematura (58.82%); 1 paciente fue estudiado por historia personal de estenosis aórtica (5.88%) y 6 pacientes por historia personal de enfermedad arterial coronaria (35.29%). Se observó una elevación de los niveles de Lp(a) en 7 pacientes, lo que representa 41.18% de los casos. Es importante señalar que la mayoría de los laboratorios reportan los niveles de Lp(a) en nmol/L, mientras que otros lo hacen en mg/dL, lo cual puede causar confusión en los médicos al momento de interpretar los resultados. **Conclusiones:** la ECV es la principal causa de muerte

Tabla 5.2.1: Niveles de lipoproteína (a) en diferentes escenarios de riesgo y patología cardiovascular.

No.	Edad (años)	Sexo	Antecedentes	Lipoproteína (a)	Interpretación
1	70	F	Estenosis aórtica	295 nmol/L	Elevada
2	66	F	IAM a los 46 años	143 nmol/L	Elevada
3	58	M	Padre IAM 53 años	216 nmol/L	Elevada
4	57	M	IAM y bypass 56 años	18 mg/dL	Normal
5	56	M	IAM 37 años	7 mg/dL	Normal
6	56	M	AHF ECV prematura	122 mg/dL	Elevada
7	55	F	Padre IAM 55 años	40 nmol/L	Normal
8	54	M	IAM inferior	43 nmol/L	Normal
9	50	M	IAM anterior extenso	128 nmol/L	Normal
10	48	M	Padre EVC 44 años	141 nmol/L	Elevada
11	48	M	Hna EVC 52 años	159 mg/dL	Elevada
12	46	M	AHF IAM 46 años	32 nmol/L	Normal
13	42	F	Padre IAM 50 años	20 mg/dL	Normal
14	38	M	IAM c 2 stent	18 mg/dL	Normal
15	38	M	Padre IAM 55 años	10.6 mg/dL	Normal
16	34	F	Múlt. Fam IAM prem.	226 nmol/L	Elevada
17	26	M	Padre IAM 54 años	7 nmol/L	Normal

y discapacidad en todo el mundo. Los avances en los últimos 70 años han permitido identificar factores de riesgo cardiovasculares comunes y novedosos, así como la introducción de muchas intervenciones farmacológicas para la prevención primaria y secundaria. La Lp(a) es un factor de riesgo emergente y común, genéticamente heredado y clínicamente importante para la ECVA que puede medirse con una simple prueba de sangre, la Lp(a) no se mide en la mayoría de los pacientes ni antes ni después de que sufran un evento de ECVA. Es necesario establecer y codificar estándares internacionales para la medición de Lp(a) que permitan una medición consistente, utilizando ensayos que expresen los resultados en nanomoles por litro o mg/dL en forma estandarizada y que el médico se familiarice con dichos valores, evitando la confusión al respecto. Actualmente, la evidencia a favor del tamizaje para Lp(a) es más fuerte para aquellos con antecedentes familiares o personales de ECVA con la consideración del tamizaje en cascada en individuos apropiados. Varias organizaciones han propuesto obtener un nivel de Lp(a) al menos una vez en la vida en todos los adultos. El enfoque actual más eficaz para reducir el riesgo general de ECVA en pacientes con niveles elevados de Lp(a) es enfocar el tratamiento en el colesterol LDL (LDL-C) y apoB mediante el uso de estatinas y medicamentos adicionales como terapia inicial para reducir el riesgo de ECVA. Se necesita información adicional sobre si las terapias más nuevas para la reducción de apoB disminuyen el riesgo de ECVA, en parte, a través de sus efectos sobre la Lp(a). Los tratamientos novedosos que apuntan directamente a reducir la Lp(a) están en desarrollo clínico.

5.3. Grasa epicárdica y su asociación en pacientes con resistencia a la insulina

Sánchez-Pérez Rubén, Nájera-Jiménez Astrid Yamile, Hernández-Rivera Sarahí, Sánchez-Marín Paula
Sociedad Cardioneumológica de Cuore.

Introducción: el tejido adiposo epicárdico (GE) se ha asociado como factor de riesgo para enfermedad cardiovascular por su proximidad inmediata al miocardio, rodeando las arterias coronarias, ejercien-

do implicaciones fisiológicas complejas inflamatorias por efecto paracrino. La descripción actual del GE y perirrenal de receptores péptidos parecidos a glucagón tipo-1 y péptidos insulino-trópicos análogos dependientes de glucosa, han visto en la imagen cardiovascular una oportunidad para su estudio por tomografía de emisión por positrones (PET) mediante la técnica de atenuación grasa y ecocardiografía. **Resultados:** el promedio de edad fue de 51.3 (+18.6) años, 57% cursó con síndrome metabólico. Reportando una asociación entre la GE y circunferencia abdominal (CA) con un OR de 0.54 (0.1097-0.7965 $p < 0.01$); la medición de 18 mm de GE en asociación con la variable de resistencia a la insulina fue de -0.59 (-0.8222 a -0.1826 $p < 0.01$). **Análisis y conclusiones:** el estudio es observacional y transversal realizado en el servicio de cardiología clínica, en consulta externa. Se estudiaron 20 pacientes con y sin síndrome metabólico, realizando ecocardiograma transtorácico al final de la sístole en modo bidimensional (ETT) y análisis de composición corporal. La GE medida por ETT se asocia a la presencia de tejido adiposo abdominal y a la búsqueda de resistencia a la insulina en aquellos sujetos con valores mayores de 18 mm. La cuantificación de la GE puede ser utilizada como una herramienta para la estratificación de riesgo cardiometabólico.

5.4. Mortalidad en pacientes con enfermedad isquémica: el impacto del síndrome metabólico, insuficiencia renal y FEVI reducida

Silva-Mauricio Elizabeth, Chiquiure-Valenzuela Eduardo, Rodríguez-Chávez Laura Leticia, González-Mayo Ricardo Fabián, Chiquiure-Gil María José, Tepichín-Ramírez Tabatha
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

Introducción: la cardiopatía isquémica se define como la enfermedad cardíaca coronaria que se produce por un desequilibrio entre la demanda de oxígeno del miocardio y el suministro de sangre. La cardiopatía isquémica tiene una prevalencia de alrededor de 30% en adultos mayores de 40 años en México y es la principal causa de muerte. **Objetivo:** describir las di-

ferencias entre la mortalidad a 30 días y 1 año, en hombres y mujeres hospitalizados con enfermedad isquémica del corazón.

Material y métodos: incluimos pacientes con diagnóstico de enfermedad isquémica hospitalizados en el Instituto Nacional de Cardiología, de agosto de 2021 a julio de 2022. Analizamos variables demográficas, clínicas, imagenológicas y estudios de laboratorio. Evaluamos la mortalidad a 30 días y 1 año en hombres y mujeres con enfermedad isquémica tomando en cuenta las variables FEVI < 40%, NYHA III-IV, síndrome metabólico y tasa de filtrado glomerular (TFG) < 30 mL/min/1.73 m². Calificación asignada, asignar calificación (máximo 10 puntos). **Análisis estadístico:** el protocolo fue aceptado por el comité de ética institucional, se utilizó un valor p < 0.05, utilizamos el paquete estadístico SPSS. **Resultados:** valoramos 313 pacientes, mujeres 76 (24.3%) y hombres 237 (75.71%). La prevalencia de hipertensión (26.4 vs 11.2%, n.s) y diabetes (36.5 vs 13.4%, n.s) fue mayor en hombres. Los valores de laboratorio en creatinina (1 ± 0.1 vs 0.9 ± 0.4 mg/dL, p < 0.05) y péptidos (5,637.4 ± 8.71 vs 3,543 ± 7.86 pg/dL, p < 0.05) fueron mayores en hombres que en mujeres a comparación de los valores de colesterol LDL (50.1 ± 6.5 vs 40.3 ± 2.7mg/dL, p < 0.05) que fueron mayor en mujeres. – Mortalidad a 30 días: las mujeres con síndrome metabólico (31.6 vs 28.3%, p < 0.05) presentaron significancia. – Mortalidad a 1 año: los hombres tuvieron mayor mortalidad en FEVI < 40 (6.3 vs 12.5%, p < 0.001), y NYHA III-IV (71.4 vs 25.2%, p < 0.001, a comparación de las mujeres con síndrome metabólico (25 vs 12.5%, p < 0.001) y tasa de filtrado glomerular < 30 (14.3 vs 8.9%, p < 0.001). **Conclusiones:** la mortalidad en mujeres con

enfermedad isquémica que presentaron síndrome metabólico a 30 días y 1 año presentó significancia, asimismo la TFG < 30 a 1 año y la mortalidad a 1 año en hombres con FEVI < 40 NYHA III-IV.

5.5. El impacto de la obesidad en los enfermos cardiovasculares: análisis de rehospitalizaciones y mortalidad al mes y al año

López-Malo Ricaño José Santiago, Chuquiure-Valenzuela Eduardo, Rodríguez-Chávez Laura Leticia, Mauricio-Silva Elizabeth, Hurtado-Córdova José Manuel, Chuquiure-Gil María José
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

Introducción: la obesidad y la insuficiencia cardiaca (IC) son problemas de salud pública significativos, con prevalencias en aumento a nivel global. Este estudio tiene como objetivo analizar la asociación entre el índice de masa corporal (IMC), las hospitalizaciones y la mortalidad en pacientes con IC. **Material y métodos:** comparamos una cohorte de enfermos cardiovasculares hospitalizados de 2021 a julio de 2022 en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Con punto de cohorte, IMC 30, comparando 2 grupos. Describimos antecedentes sociodemográficos, historia clínica, así como rehospitalizaciones y mortalidad a los 30 días y al año. **Análisis estadístico:** los pacientes con IMC > 30 presentan menores tasas de hospitalización y mortalidad en comparación con los pacientes con IMC < 30. Específicamente, en los primeros 30 días, los pacientes con IMC > 30 tienen una tasa de hospitalización de 1.2 frente a 5.0 con IMC < 30, y una mortalidad de 0.5% frente a 2.1% con IMC < 30. A un año, las diferencias se mantienen, con una tasa de hospitalización de 6.8 en los pacientes con IMC > 30 comparado con 25 en IMC < 30, y una mortalidad de 0.9% en IMC > 30 frente a 4.7% en IMC < 30. Estos datos sugieren que, a pesar de la mayor carga de comorbilidades observada en los pacientes con IMC > 30, este grupo parece tener una mejor supervivencia y menos reingresos hospitalarios. **Resultados:** analizamos 936 pacientes, hipertensión (IMC > 30; 61.5 vs IMC < 30; 44.8%, p < 0.001), diabetes mellitus (IMC > 30; 40.8 vs IMC < 30; 30.4%, p < 0.003). Fibrilación auricular (IMC > 30; 7.5 vs IMC < 30; 1.8%, p < 0.001). Los niveles de creatinina sérica (IMC > 30; 1.15 mg/dL vs IMC < 30; 1.16 mg/dL), colesterol LDL (IMC > 30; 50.6 mg/dL ± 3.6 vs IMC < 30. 48.19 ± 1.8,) niveles elevados de NTPROBNP (> 1,000: IMC > 30; 37 vs IMC < 30; 9.3%, p = 0.007), troponinas (MC > 30; 1121.1 pg/mL ± 289.3 vs IMC < 30; 785.8 pg/mL ± 102.5). Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (IMC > 30; 50.4% ± 11.1 vs IMC < 30; 48.9% ± 13.7, P = NS), presión arterial media (IMC > 30; 90.8 mmHg ± 10.9 vs IMC < 30; 87.8 ± 1.8 mmHg) y días de hospitalización (IMC >

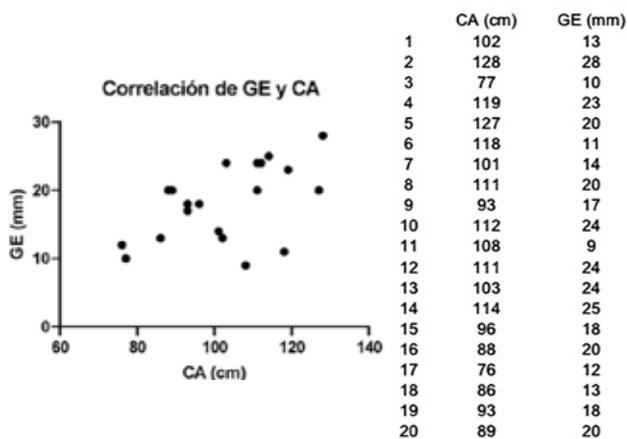


Figura 5.3.1: Correlación de GE y CA.

Tabla 5.4.1: Mortalidad a 30 días y 1 año.

	30 días		p	1 año		p
	Mujeres n = 76	Hombres n = 237		Mujeres n = 76	Hombres n = 237	
FEVI < 40	16.7	14.8	n.s.	6.3	12.5	< 0.001
NYHA III-IV	14.3	60.0	—	25.2	71.4	< 0.001
Síndrome metabólico	31.6	28.3	< 0.05	25.0	12.5	< 0.001
TFG < 30	7.1	6.7	n.s.	14.3	8.9	< 0.001

30; 11.3 ± 0.9 vs $IMC < 30$; 10.82 ± 10.4). **Conclusiones:** el IMC es un predictor independiente de la mortalidad total y cardiaca en pacientes con IC. Aunque los pacientes con un $IMC > 30$ presentan mayores comorbilidades, presentan una disminución en el número de rehospitalizaciones y mortalidad, mostrando que un mayor IMC se asocia con una mejor supervivencia en estos pacientes. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar el IMC en la evaluación y manejo de pacientes con IC.

5.6. Perfil de lípidos y efecto de los inhibidores de la PCSK9 en pacientes con infarto agudo de miocardio

Córdova-Montijo Ana Cristina, Carrillo-Estrada Montserrat, Romero-Zertuche Diana, Antezana-Castro Javier Fernando, Almeida-Gutiérrez Eduardo

UMAE Hospital de Cardiología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Introducción: los síndromes isquémicos coronarios agudos (SICA) se encuentran entre las primeras causas de muerte a nivel mundial. Dentro de la patogenia de los síndromes coronarios agudos, se encuentra la aterosclerosis como uno de los factores primordiales para su desarrollo. Se ha establecido que los niveles de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad son clave en la fisiopatología de la aterogénesis y la aterosclerosis, en consecuencia, el nivel de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) es uno de los principales factores de riesgo en el desarrollo de SICA. Por lo anterior la evaluación del perfil lipídico durante la admisión de pacientes con SICA se debe realizar tan pronto como sea posible. Las guías internacionales actuales indican claramente que el tratamiento hipolipemiente debe iniciarse oportunamente en este contexto. Además del uso de estatinas de alta intensidad y ezetimiba, los inhibidores de la lipoproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (iPCSK9), han jugado un papel importante en recientes ensayos clínicos en pacientes con SICA para la reducción agresiva de niveles de cLDL. **Material y métodos:** se realizó un estudio analítico, retrospectivo, retrolectivo y longitudinal para conocer el perfil lipídico obtenido dentro de las primeras 72 horas de ingreso, de los pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos

Cardiovasculares (UCIC) perteneciente a la UMAE Hospital de Cardiología CMN Siglo XXI con diagnóstico de SICA de enero a diciembre de 2023. Adicionalmente se describió el porcentaje de reducción de cLDL en pacientes hospitalizados con diagnóstico de SICA en quienes se administró un inhibidor de la PCSK9 durante el período establecido. El estudio se realizó a través de la recolección de datos de los expedientes clínicos, almacenados en el área de archivos clínicos de esta unidad, y que correspondían a pacientes ingresados a UCIC que contaban con los criterios de selección completos establecidos en este estudio. **Análisis estadístico:** para conocer las características generales de la población se utilizó estadística descriptiva. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas se determinó el tipo de distribución mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov; para variables cuantitativas de distribución normal se utilizó media como medida de tendencia central y desviación estándar como medida de dispersión; para las variables de distribución libre se utilizaron mediana y rangos intercuartílicos. **Resultados:** un total de 832 pacientes cumplieron con los criterios de selección y fueron incluidos. El factor de riesgo cardiovascular de mayor prevalencia en esta población fue la hipertensión arterial sistémica (63.9%), seguido del antecedente de hábito tabáquico (57.8%) y diabetes mellitus (48.3%). El nivel promedio de colesterol total en estos pacientes fue de $161.9 (+74.4)$ mg/dL, con un promedio de cLDL de $89.5 (+40.4)$ mg/dL. Dentro de esta población se seleccionaron 44 pacientes a quienes se les administró evolocumab en las primeras 72 horas posterior al SICA y que tuvieron una determinación basal de cLDL > 130 mg/dL a su ingreso y una segunda determinación realizada entre el día 6-14 posterior a la aplicación del iPCSK9 y dentro de su estancia intrahospitalaria. En estos pacientes, el nivel basal de cLDL fue 163 mg/dL ($+52.9$) mg/dL. En la segunda determinación de cLDL posterior a la administración de evolocumab

Tabla 5.5.1: Frecuencia de hospitalizaciones a 30 días y 1 año de acuerdo con el índice de masa corporal.

IMC	Hospitalizaciones	
	30 días	1 año
< 30	5.0	25.0
> 30	1.2	6.8

Tabla 5.5.2: Frecuencia de muerte a 30 días y 1 año de acuerdo con el índice de masa corporal.

IMC	Mortalidad	
	30 días	1 año
< 30	2.1	4.7
> 30	0.5	0.9

Tabla 5.6.1: Características basales de la población total.

Variable	n (%)
Hombres	662 (79.6)
DM2	402 (48.3)
HAS	532 (63.9)
Obesidad	146 (17.5)
Dislipidemia	147 (17.7)
ECVP	157 (18.9)
Tabaquismo	481 (57.8)
ERC	74 (8.9)
IAM SEST	213 (25.6)
IAM CEST	619 (74.4)
Killip y Kimball	
I	544 (65.4)
II	231 (27.8)
III	15 (1.8)
IV	39 (4.7)
Tratamiento hipolipemiente previo	83 (10)
Perfil de lípidos	
Colesterol total	161.9 ± 74.4
LDL	89.5 ± 40.4
HDL	40.5 ± 11.1
VLDL	30.1 ± 17.5
Triglicéridos	131.5 ± 97

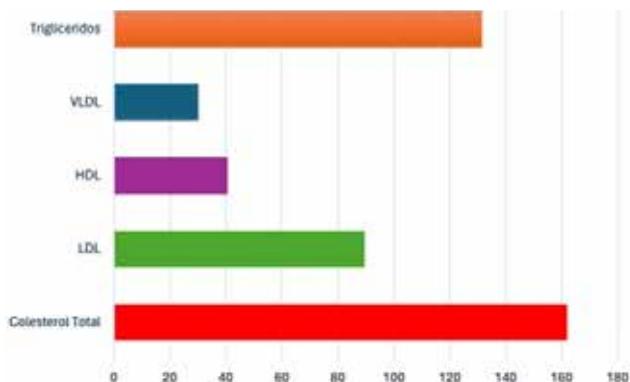


Figura 5.6.1: Perfil de lípidos en la población total.

Tabla 5.6.2: Características basales de los pacientes que recibieron evolocumab.

Variable	n (%)
Hombres	39 (88.6)
DM2	18 (40.9)
HAS	26 (59.1)
Obesidad	15 (34.1)
Dislipidemia	8 (18.2)
ECVP	2 (4.5)
Tabaquismo	22 (50.0)
ERC	2 (4.5)

acompañado del uso de estatinas y ezetimiba, se demostró que el total de reducción de los niveles de cLDL fue de 110.1 mg/dL (+36.9). La media del porcentaje de reducción fue de 68.87% (+20) siendo estos resultados estadísticamente significativos con un valor de $p < 0.001$. En 63.6% de la población que recibió evolocumab se tuvo reducción de 65% o más de los valores iniciales de cLDL.

Conclusiones: los pacientes que ingresan con síndrome coronario agudo tienen una alta carga de factores de riesgo cardiovascular. La administración temprana de evolocumab, un inhibidor de PCSK9, en combinación con estatinas y ezetimiba, en pacientes con SICA que presentan niveles de cLDL por arriba de 130 mg/dL, reduce

Tabla 5.6.3: Comparación de los resultados de perfil de lípidos basales y después de la administración de evolocumab.

Variable	Medición basal	Segunda medición	p (t Student muestras emparejadas)
Triglicéridos	174.2 ± 79.4	123.7 ± 46.5	< 0.001
Colesterol total	229.6 ± 59.6	115.2 ± 51.8	< 0.001
HDL	42.3 ± 11.7	35 ± 6.8	< 0.001
LDL	163 ± 52.9	52.9 ± 45.1	< 0.001
VLDL	32.7 ± 15.3	25.1 ± 10	0.002

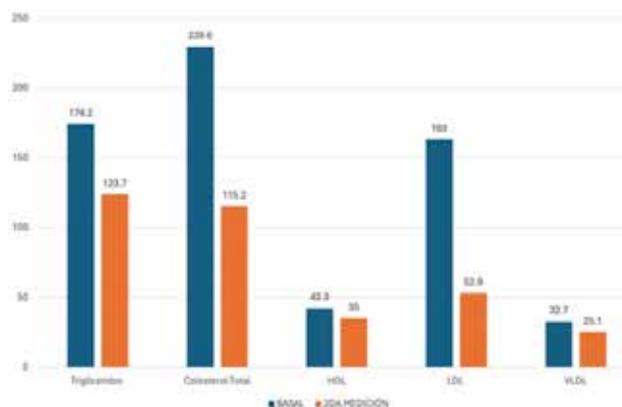


Figura 5.6.2: Diferencias de los niveles del perfil de lípidos después de la administración de evolocumab.

significativamente los niveles de cLDL durante la hospitalización, logrando llegar a la meta de menos de 55 mg/dL en más de la mitad de los pacientes antes del alta hospitalaria. Esta terapia intensiva y temprana de reducción de cLDL podría reducir el número de nuevos eventos cardiovasculares futuros. El conocimiento del perfil lipídico de la población que presenta SICA, permite trazar las estrategias terapéuticas apropiadas para la reducción óptima de niveles de cLDL. El seguimiento de estos pacientes y la continuidad del tratamiento hipolipemiante es fundamental para asegurar la persistencia de control adecuado de metas de cLDL como medida de prevención secundaria.