

9. COLESTEROL REMANENTE COMO MARCADOR DE RIESGO LIPÍDICO RESIDUAL EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Pablo González Alirangues¹, Carlos García Jiménez¹, Carla Jiménez Martínez¹, Verónica Artiaga de la Barrera¹, Miguel Sánchez Velázquez¹, Enrique Cadaval Romero¹, Enrique Caballero Bautista¹, Pablo Escario Gómez¹, Elia Pérez Fernández², Joaquín Domínguez Paniagua², María J. López Navas², Estrella Barreñada Copete², María Aurora Araujo Narváez², Javier Botas Rodríguez¹ y Raquel Campuzano Ruiz¹

¹Cardiología. Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón (Madrid), España y ²Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón (Madrid), España.

Resumen

Introducción y objetivos: El riesgo residual lipídico se fundamenta en la dislipemia aterogénica, caracterizada por HDLc bajo, triglicéridos elevados y partículas de LDL de menor tamaño y mayor densidad. El colesterol remanente es una medida útil para identificar pacientes con riesgo residual elevado y puede calcularse restando al colesterol total el LDLc y HDLc. Niveles > 30 mg/dl en ayunas se han asociado con mayor riesgo de eventos cardiovasculares.

Métodos: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo unicéntrico analizando 293 pacientes con cardiopatía isquémica incluidos en el programa de rehabilitación cardiaca (RC) de nuestro centro entre enero de 2020 y diciembre de 2022. Se dividió a los pacientes en dos grupos, aquellos con colesterol remanente elevado (? 30) y aquellos con cifra normal (30). El objetivo del estudio fue comparar la asociación de niveles elevados de colesterol remanente con los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) tradicionales, los niveles de LDLc conseguidos, el índice de TG/HDL y la supervivencia libre de reingreso cardiovascular (SLR) tras el programa de RC en nuestro centro.

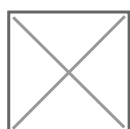
Resultados: De los 293 pacientes, 60 (20%) tenían colesterol remanente ? 30 y 233 (80%) 30 eran en mayor proporción varones (93 vs 79%, p = 0,01), diabéticos tipo 2 (41 vs 25%, p = 0,02), obesos (52 vs 34%, p = 0,02) y presentaban con más frecuencia arteriopatía periférica (15 vs 5%, p = 0,02). No hubo diferencias significativas en el control lipídico según cifra de LDLc 30 presentaron índice TG/HDL > 2 en mayor proporción (95 vs 63%, p = 0,01). No hubo diferencias en la SLR cardiovascular a 12 (92 vs 90%) y 24 meses (90 vs 87%) (p = 0,8).

Características de la población del estudio en función de los niveles de colesterol remanente

	Remanente normal (30 mg/dl)	Remanente elevado (? 30 mg/dl)	p
Edad media	61 ± 11	57 ± 11	0,3

Sexo (H/M)	79%/21%	93%/7%	0,01
HTA	51%	64%	0,08
DM tipo 2	25%	41%	0,02
Dislipemia	66%	69%	0,7
Obesidad	34%	52%	0,02
Arteriopatía periférica	5%	15%	0,02
Tabaquismo activo	19%	31%	0,05
Inclusión por SCACEST	45%	47%	0,9
Riesgo bajo para RC	41%	30%	0,01
LDLc 55 mg/dl tras RC	46%	58%	0,3
Índice TG/HDL > 2	63%	95%	0,01
SLR 12 meses	90%	92%	0,8
SLR 24 meses	87%	90%	0,8

SCACEST: síndrome coronario agudo con elevación del ST; RC: rehabilitación cardiaca; SLR: supervivencia libre de reingreso.



Gráfica comparativa de la supervivencia libre de reingreso cardiovascular a 12 y 24 meses entre ambos grupos.

Conclusiones: El colesterol remanente es una medida útil y de fácil aplicación para la detección del riesgo lipídico residual. En nuestra muestra su cálculo permitió identificar a un 20% de pacientes de mayor riesgo residual que el LDL aislado no discrimina. Niveles > 30 mg/dl se asociaron con mayor prevalencia de sexo

masculino, DM tipo 2, obesidad y arteriopatía periférica. La mayoría de pacientes con remanente elevado presentó índice TG/HDL > 2 . En nuestro trabajo no se evidenciaron, según los niveles de remanente, diferencias en el control lipídico según LDL o en la tasa de reingresos de causa cardiovascular a corto plazo.