



4004-6. UTILIDAD DE COMBINAR EL RIESGO RESIDUAL INFLAMATORIO Y LIPÍDICO EN UN NUEVO ÍNDICE ATEROGÉNICO BASADO EN LA RATIO PROTEÍNA C REACTIVA/HDL PARA DETERMINAR ENFERMEDAD CORONARIA SIGNIFICATIVA EN PACIENTES ESTUDIADOS POR DOLOR TORÁCICO

Víctor Eduardo Vallejo García¹, Óscar Fabregat Andrés¹, M. Carmen León del Pino¹, Victoria Jacas Osborn¹, Gregory Herrera Cañizares¹, Francisco Ridocci Soriano², Francisco José Ferrer Sargues³, Blanca Trejo Velasco⁴, David González Calle⁵, Carlos Barrios Pitarque⁶ y Javier Borrego Rodríguez⁷

¹Servicio de Cardiología. IMED Valencia, Valencia, España, ²Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España, ³Departamento de Fisioterapia y Enfermería. Universidad CEU Cardenal Herrera, Valencia, España, ⁴Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Castellón, Castellón, España, ⁵Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España, ⁶Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia, España y ⁷Servicio de Cardiología. Hospital de Urduliz, Urduliz (Vizcaya), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La enfermedad coronaria (EC) sigue siendo una de las causas más prevalentes de mortalidad en nuestro medio. Una de sus causas fundamentales es la aterosclerosis, por lo que es imprescindible mejorar el control del perfil lipídico para reducir el riesgo cardiovascular (RCV). Los índices aterogénicos (IA), cocientes entre distintas fracciones de lípidos, son una herramienta utilizada para estratificar el RCV. Hay casos de EC en pacientes con colesterol dentro de límites normales, por lo que cada vez se le da mayor importancia al riesgo residual inflamatorio (RRI) medido con la proteína C reactiva (PCR) como marcador de inflamación crónica de bajo grado y también al colesterol unido a lipoproteína de alta densidad (HDL) como marcador de riesgo residual lipídico (RRL). El usar un nuevo IA que incluya marcadores de RRI y de RRL podría incrementar el rendimiento diagnóstico y la capacidad predictiva de este índice. El objetivo de este trabajo fue evaluar la capacidad de predicción de EC de un nuevo IA calculado $\text{PCR} \times 100/\text{HDL}$.

Métodos: Se incluyeron en el estudio 204 pacientes sin historia previa de EC y con ingreso hospitalario por sospecha de cardiopatía isquémica (CI). Durante el ingreso se obtuvo una analítica con perfil lipídico y PCR y también una prueba para valorar la anatomía coronaria (angiotomografía computarizada o coronariografía). El nuevo IA se estableció como el cociente entre la PCR en mg/dL (multiplicado por 100) y valor de HDL en mg/dL. Se comparó con los IA tradicionales de Castelli I y II, y el índice aterogénico del plasma. La curva ROC determinó que el punto de corte óptimo del nuevo IA fue valor = 1 con un área bajo la curva de 0,795 (IC95% 0,73-0,85, p 0,001).

Resultados: La edad media fue de $53,9 \pm 7,34$ años. 114 pacientes (55,9%) tenían EC significativa incluyendo 49 pacientes (24%) con EC multivaso. Al comparar los IA, la ratio $\text{PCR} \cdot 100/\text{HDL}$ mostró los valores más elevados de sensibilidad y especificidad y la mayor capacidad predictiva en la curva ROC. Además fue el único predictor de EC en regresión logística binaria con OR 1,59 (IC95% 1,2-2,1, p = 0,001) y también para EC multivaso con OR 1,45 (IC95% 1,2-1,7, p 0,001).

Predicción de enfermedad coronaria según los diferentes índices aterogénicos

Predicción de enfermedad coronaria significativa

Índices aterogénicos	OR (IC95%)	p
Índice Castelli I	2,77 (0,6-11,4)	0,15
Índice Castelli II	1,38 (0,8-2,3)	0,24
Índice aterogénico de plasma	1,07 (0,9-1,2)	0,41
Índice PCR × 100/HDL	1,59 (1,2-2,1)	0,001

Predicción de enfermedad coronaria multivaso

Índices aterogénicos	OR (IC95%)	p
Índice Castelli I	2,07 (0,7-6,3)	0,19
Índice Castelli II	1,07 (0,6-1,7)	0,78
Índice aterogénico plasma	1,02 (0,9-1,1)	0,65
Índice PCR × 100/HDL	1,45 (1,2-1,7)	0,001

PCR: proteína C reactiva; HDL: lipoproteína de alta densidad; OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confianza al 95%.



Área bajo de la curva (AUC).

Conclusiones: En comparación con IA clásicos, el nuevo IA PCR·100/HDL mejora la capacidad predictiva para la detección de EC, en especial para EC multivaso, en una población de pacientes sin EC previa e ingresados por sospecha de CI.