



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.

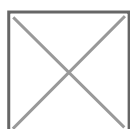
Resultados: De los 293 pacientes, 60 (20%) tenían colesterol remanente > 30 y 233 (80%) ≤ 30 eran en mayor proporción varones (93 vs 79%, p = 0,01), diabéticos tipo 2 (41 vs 25%, p = 0,02), obesos (52 vs 34%, p = 0,02) y presentaban con más frecuencia arteriopatía periférica (15 vs 5%, p = 0,02). No 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.