



621 - ¿EXISTE UNA RELACIÓN ENTRE EL COLESTEROL REMANENTE Y EL RIESGO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO?

Estefanía Ríder Reyes¹, Dulcenombre Martínez Cámara¹, María López Vilchez¹, María del Mar Orozco Casado¹ y Francisco Gómez Delgado^{1,2}

¹Hospital Universitario de Jaén, Jaén, España. ²Grupo CTS-990 del Plan Andaluz de Investigación, Desarrollo e Innovación (PAIDI). Universidad de Jaén, Jaén, España.

Resumen

Objetivos: Analizar si la dislipemia aterogénica (DA) y concretamente los remanentes de colesterol (RC) se relacionan con el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV) isquémico y si actúan como predictores de mortalidad y reingreso hospitalario.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes ingresados por ACV isquémico (aterotrombótico y cardioembólico) durante el año 2022. De un total de 489 pacientes, se seleccionaron un total de 362 de los que disponíamos las variables de análisis (epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas). Los niveles de RC se calcularon restando al colesterol total (CT) el colesterol de lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) y el colesterol de lipoproteínas de alta densidad (c-HDL). Los pacientes se dividieron en cuartiles según los niveles de RC y se analizaron las diferentes variables del estudio, poniendo especial énfasis en el tipo de ACV, los distintos factores de riesgo cardiovascular y la mortalidad/reingreso al año de los pacientes. Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación y se han obtenido todos los consentimientos requeridos por la legislación vigente para la publicación de cualquier dato personal o imágenes de pacientes, sujetos de investigación u otras personas que aparecen en la comunicación.

Resultados: Se encontraron diferencias significativas en el tipo de ACV isquémico en función de los niveles plasmáticos de RC. En el cuartil superior de RC, el 73% de los ACV isquémicos fueron de origen aterotrombótico y el 27% cardioembólicos, en comparación con el cuartil inferior en donde un 52% de ACV isquémicos fueron de origen aterotrombótico y un 48% cardioembólicos ($p = 0,003$). Por otro lado, se encontraron diferencias en la prevalencia de fibrilación auricular, con un 21% en el cuartil inferior frente a un 8% en el cuartil superior de RC ($p = 0,011$). Asimismo, se observaron diferencias en la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), siendo del 10% sin tratamiento y del 31,66% en tratamiento en el cuartil inferior, frente al 3,33% y 55% respectivamente en el cuartil superior de RC ($p = 0,037$). Los índices aterogénicos (IA) medidos en estos pacientes (CT/c-HDL, c-LDL/c-HDL, c-noHDL/c-HDL y TG/c-HDL) se correlacionaban con los niveles de RC siendo más elevados en el cuartil superior frente al inferior con diferencias estadísticamente significativas. Con respecto a la mortalidad y al reingreso hospitalario al año no se encontraron asociaciones significativas con los niveles de RC.

Conclusiones: Nuestros resultados muestran la relación entre los niveles de RC y el riesgo de ACV

aterotrombótico. Igualmente, los RC constituyen un indicador de DA dada su asociación con la prevalencia de DM2 y con los IA. Estos resultados destacan la importancia de la evaluación de los RC y la necesidad de que sean tenidos en cuenta como causante del proceso arteriosclerótico con el objetivo de poder llevar a cabo un abordaje precoz para su control y en definitiva, para la prevención de eventos cardiovasculares.