



999 - INSUFICIENCIA CARDÍACA Y LIPOPROTEÍNA(A): EXPLORANDO SU RELACIÓN

Alejandro Maceín Rodríguez, Andrea Bastos Precedo, Irene Madejón Sánchez, Alejandra Calle Martínez, Lucía Domínguez Parreño, Alejandro Rivera Delgado, Andrea María Vellisca González y Manuel Méndez Bailón

Medicina Interna, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Analizar la influencia de la insuficiencia cardíaca (IC) en las características clínicas y pronósticas de pacientes con hiperlipoproteinemia(a).

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de pacientes con niveles de lipoproteína(a) > 30 mg/dL, comparando dos grupos según el diagnóstico de IC. Se describieron variables clínicas, analíticas, pronósticas y comorbilidades. Las variables cualitativas fueron analizadas con pruebas de chi-cuadrado y Fisher, y las continuas, con test de Student o U de Mann-Whitney, considerando la significación estadística en $p < 0,05$.

Resultados: De los 262 pacientes participantes en el estudio, el 8,02% estaba diagnosticado de IC. Estos pacientes mostraron mayor edad (70,8 vs. 60,6; $p < 0,003$), aunque no hubo diferencias significativas en cuanto al sexo ($p < 0,394$). La presencia de enfermedad coronaria (66,7 vs. 23,2%; $p < 0,001$), enfermedad arterial periférica (19,0 vs. 2,9%; $p < 0,003$), hipertensión arterial (90,5 vs. 52,7%; $p < 0,002$), extabaquismo (61,9 vs. 29,5%; $p < 0,008$), fibrilación auricular (47,6 vs. 10,8%; $p < 0,001$) y albuminuria (23,8 vs. 4,1%; $p < 0,001$) fue más prevalente en el grupo con IC, reflejando un mayor riesgo vascular y una mayor carga aterosclerótica en estos pacientes. No se obtuvieron diferencias significativas en cuanto a ictus, diabetes, ni tabaquismo activo. Respecto a las comorbilidades (tabla 1), la IC se asoció de manera significativa con mayor comorbilidad según el índice de Charlson, presentando una alta comorbilidad el 66,7% frente al 17,0% ($p < 0,001$). Además, la enfermedad renal crónica moderada, el EPOC, el infarto agudo de miocardio y la diabetes estuvieron más presentes en pacientes con IC. En cuanto a las pruebas complementarias (tabla 2), los niveles de NT-proBNP fueron significativamente más altos en aquellos con IC; al igual que la albúmina, creatinina, filtrado glomerular y marcadores de inflamación como PCR o ferritina presentaron peores valores, indicando mayor grado de inflamación y disfunción multiorgánica en estos pacientes. Asimismo, las alteraciones estructurales en el ecocardiograma fueron más frecuentes en este grupo. No obstante, no se demostraron diferencias significativas en LDL o Lp(a), ni se observó ninguna correlación significativa entre NT-proBNP y Lp(a) (fig.). En el pronóstico, cabe destacar que la IC se asoció con más visitas a urgencias ($2,3 \pm 2,6$ vs. $1,1 \pm 1,7$; $p < 0,003$), ingresos hospitalarios ($2 \pm 1,8$ vs. $0,4 \pm 0,9$; $p < 0,001$) y mayor mortalidad (19,0 vs. 3,3%; $p < 0,006$).

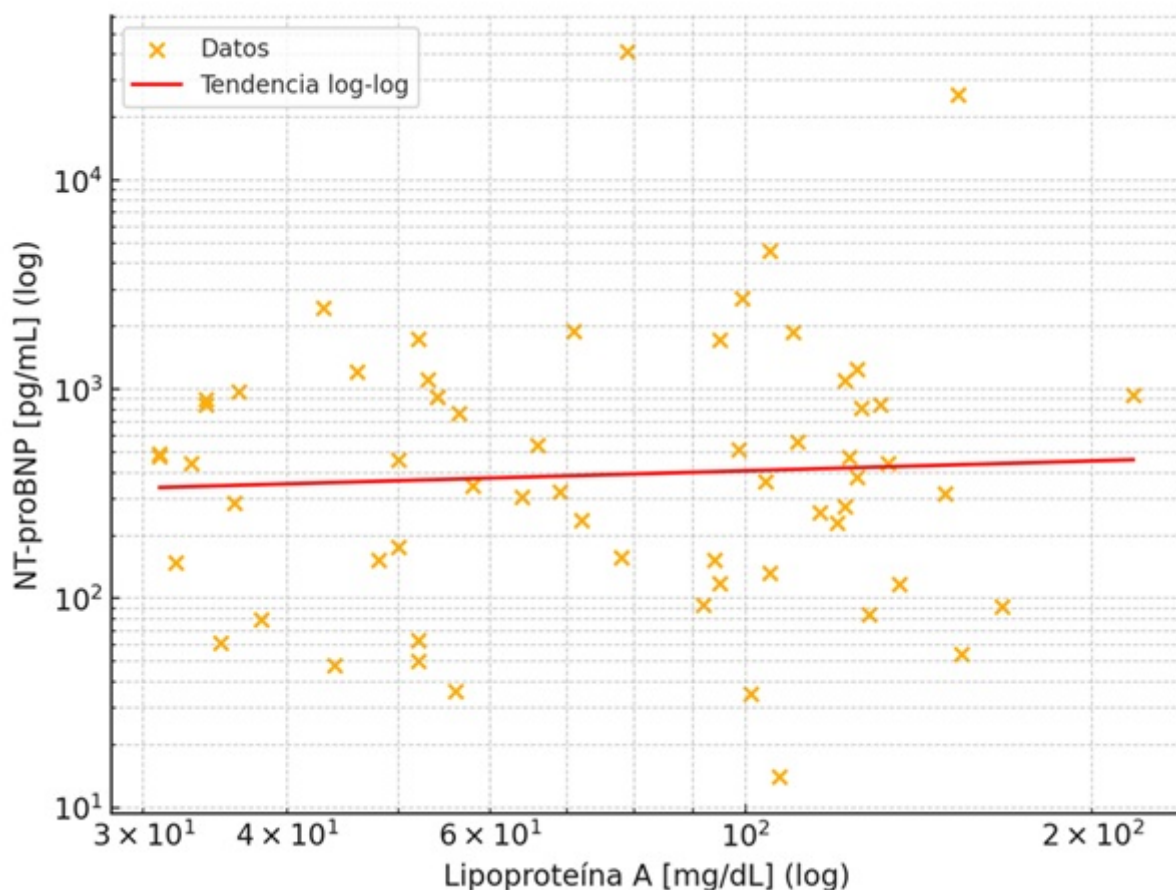
Tabla 1

Variables clínicas	IC (n = 21)	No IC (n = 241)	p
Infarto agudo de miocardio	14 (66,7%)	50 (20,7%)	p 0,001
Enfermedad renal crónica moderada	7 (33,3%)	10 (4,1%)	p 0,001
Diabetes mellitus leve/moderada	1 (4,8%)	37 (15,4%)	p 0,318
Diabetes mellitus con lesión de órgano diana	5 (23,8%)	7 (2,9%)	p 0,001
EPOC	4 (19,0%)	10 (4,1%)	p 0,016
Ictus	3 (14,3%)	16 (6,6%)	p 0,391
Arteriopatía periférica	3 (14,3%)	7 (2,9%)	p 0,044
Demencia	2 (9,5%)	20 (8,3%)	p 1,000
Antecedente oncológico	3 (14,3%)	24 (9,9%)	p 0,345
Hepatopatía leve	1 (4,8%)	7 (2,9%)	p 1,000
Hepatopatía moderada	0 (0,0%)	2 (0,8%)	p 1,000
Úlcus péptico	0 (0,0%)	9 (3,7%)	p 0,782
Enfermedad del tejido conectivo	0 (0,0%)	9 (3,7%)	p 0,782
SIDA	0 (0,0%)	2 (0,8%)	p 1,000

Tabla 2

	Variables	IC (n = 21)	No IC (n = 241)	p
Biomarcadores analíticos	Colesterol total (mg/dL)	157,8 ± 34,7	179,9 ± 47,3	p 0,038

HDL (mg/dL)	50,9 ± 15,2	57,8 ± 15,9	p 0,054	
LDL (mg/dL)	83,9 ± 29,4	99,8 ± 39,4	p 0,073	
Triglicéridos (mg/dL)	112,4 ± 45,1	112,8 ± 64,4	p 0,976	
Lipoproteína (a) (mg/dL)	100 ± 45	100,1 ± 43,1	p 0,991	
Albúmina (g/dL)	3,9 ± 0,5	4,2 ± 0,4	p 0,001	
Creatinina (mg/dL)	1,1 ± 0,4	0,9 ± 0,2	p 0,001	
Filtrado glomerular (mL/min/1,73 m ²)	67,2 ± 21,7	79,6 ± 14,6	p 0,001	
NT-proBNP (pg/mL)	1.107 [517-1.731]	258 [93-539]	p 0,001	
PCR ultrasensible (mg/L)	18,2 ± 30,7	4,5 ± 11,6	p 0,016	
PCR (mg/L)	37,5 ± 50,6	8,7 ± 15	p 0,001	
Ferritina (ng/mL)	144,2 ± 86,6	92,1 ± 101,9	p 0,037	
Ecocardiograma	Estenosis aórtica moderada/grave	23,8%	5,8%	p 0,001
Calcificación valvular aórtica	33,4%	7,4%	p 0,001	
TAVI/prótesis valvular	23,8%	4,1%	p 0,001	
FEVI (%)	50,1 ± 10,4	61,2 ± 6,6	p 0,001	
Hipertrofia ventrículo izquierdo (g/m ²)	111,3 ± 37,4	87,2 ± 28,1	p 0,008	
Volumen aurícula izquierda (mL/m ²)	42,9 ± 15,9	27,1 ± 11	p 0,001	



Discusión: Nuestro estudio reafirma el perfil de los pacientes con IC descrito en la evidencia previa: edad avanzada, alta comorbilidad cardiovascular y renal, mayor inflamación, daño multiorgánico y alteraciones ecocardiográficas. Cabe mencionar la ausencia de correlación entre NT-proBNP y Lp(a), incluso en el grupo con IC, lo que sugiere independencia fisiopatológica entre estos biomarcadores en esta muestra.

Conclusiones: Los pacientes con IC presentan un perfil diferenciado, con mayor edad, comorbilidad, y marcadores de daño multiorgánico, reforzando la importancia de una evaluación global y multidisciplinar. La ausencia de asociación entre Lp(a) y NT-proBNP podría ser objeto de futuras investigaciones para clarificar la utilidad combinada de estos marcadores en la predicción de eventos cardiovasculares.