

<https://www.revclinesp.es>

## 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%;  $p = 0,006$ ).

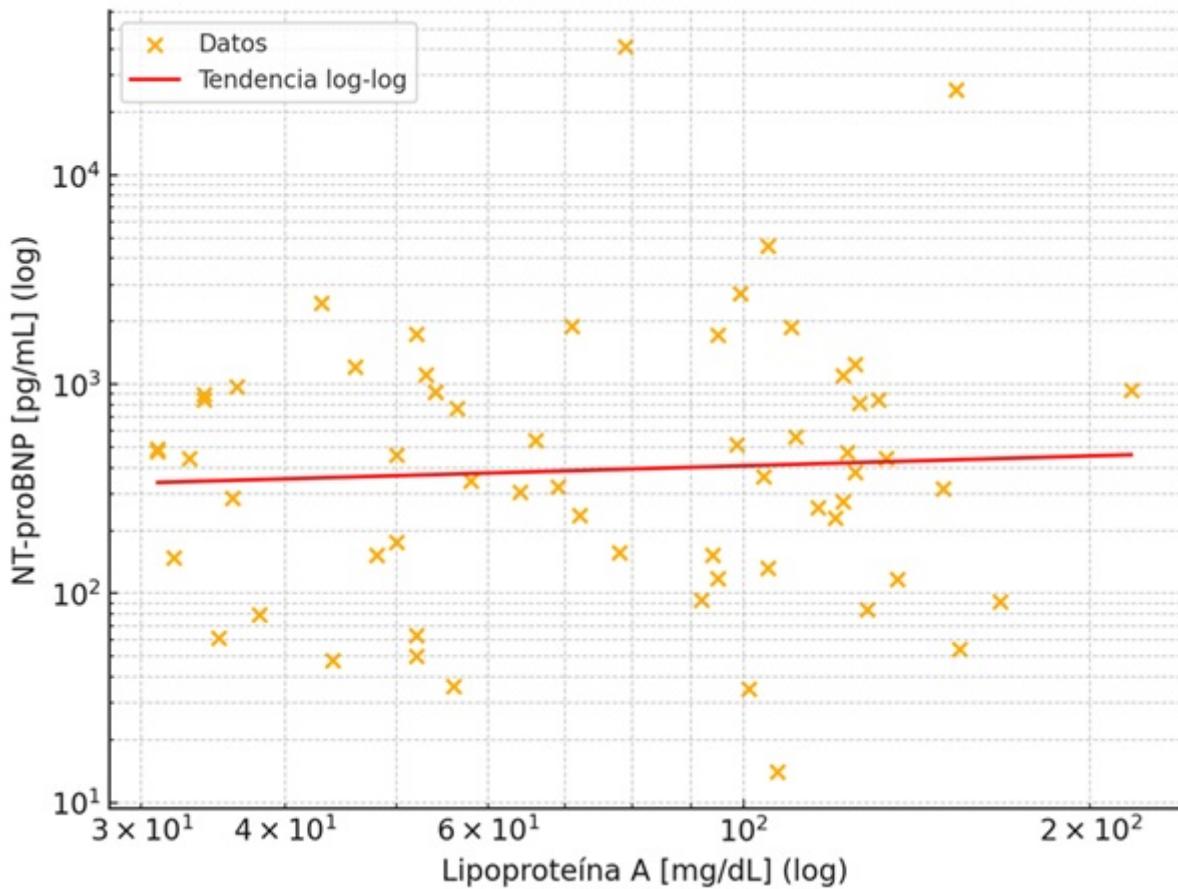
Tabla 1

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
Ulcus 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)	$50,9 \pm 15,2$	$57,8 \pm 15,9$	p 0,054
LDL (mg/dL)	$83,9 \pm 29,4$	$99,8 \pm 39,4$	p 0,073
Triglicéridos (mg/dL)	$112,4 \pm 45,1$	$112,8 \pm 64,4$	p 0,976
Lipoproteína (a) (mg/dL)	$100 \pm 45$	$100,1 \pm 43,1$	p 0,991
Albúmina (g/dL)	$3,9 \pm 0,5$	$4,2 \pm 0,4$	p 0,001
Creatinina (mg/dL)	$1,1 \pm 0,4$	$0,9 \pm 0,2$	p 0,001
Filtrado glomerular (mL/min/1,73 m <sup>2</sup> )	$67,2 \pm 21,7$	$79,6 \pm 14,6$	p 0,001
NT-proBNP (pg/mL)	1.107 [517-1.731]	258 [93-539]	p 0,001
PCR ultransensible (mg/L)	$18,2 \pm 30,7$	$4,5 \pm 11,6$	p 0,016
PCR (mg/L)	$37,5 \pm 50,6$	$8,7 \pm 15$	p 0,001
Ferritina (ng/mL)	$144,2 \pm 86,6$	$92,1 \pm 101,9$	p 0,037
<b>Ecocardiograma</b>	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 (%)	$50,1 \pm 10,4$	$61,2 \pm 6,6$	p 0,001
Hipertrofia ventrículo izquierdo (g/m <sup>2</sup> )	$111,3 \pm 37,4$	$87,2 \pm 28,1$	p 0,008
Volumen aurícula izquierda (mL/m <sup>2</sup> )	$42,9 \pm 15,9$	$27,1 \pm 11$	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.