



276 - VALOR PRONÓSTICO DEL COLESTEROL LDL AL INGRESO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

Laura Karla Esterellas Sánchez, Amelia Campos Sáenz de Santa María, Marc Gómez Godos, Aina Sofía Mainé Rodrigo, Marta Sánchez Marteles, Raquel Rodríguez Embid, Claudia Palazón Fraile y María Sales Lamarca

Medicina Interna, Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, España.

Resumen

Objetivos: Evaluar la relación de niveles bajos de colesterol LDL con la carga de congestión clínica y ecográfica en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada. Determinar si niveles bajos de colesterol LDL (< 88 mg/dL) al ingreso se asocian a mayor riesgo de eventos adversos a 90 días.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo realizado entre 2022 y 2025 en el Servicio de Medicina Interna de un hospital terciario. Se incluyeron pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca con NT-proBNP > 1.000 pg/mL. Se excluyeron pacientes provenientes de UCI, con estancia en urgencias ? 24 h, dependencia funcional significativa o enfermedad renal crónica estadio 5. La congestión se evaluó mediante parámetros clínicos y ecográficos (líneas B, VCI y VEXUS). Se realizó seguimiento durante 90 días tras el alta. Los pacientes fueron clasificados según niveles de LDL al ingreso: < 88 mg/dL o ? 88 mg/dL. El *outcome* combinado incluyó reingreso, mortalidad (total o cardiovascular) y uso de diurético endovenoso en hospital de día.

Resultados: Se analizaron 103 pacientes (61% con LDL < 88 mg/dL, 39% con LDL ? 88 mg/dL). La edad media fue de 84 años, sin diferencias significativas entre grupos. El grupo LDL < 88 mostró mayor prevalencia de hipertensión (87 vs. 85%; $p = 0,03$) e infarto previo (32 vs. 15%; $p = 0,05$). El score clínico de congestión (evaluado como edema, ortopnea e ingurgitación yugular) fue mayor en el grupo LDL < 88 (4 ± 2 vs. 3 ± 1 ; $p = 0,026$). Todos los pacientes presentaron líneas B en la ecografía pulmonar inicial. Se observaron más casos de derrame pleural (38 vs. 33%) y ascitis (11 vs. 10%), sin diferencias significativas ($p = 0,392$ y $p = 0,859$ respectivamente). La medición y el colapso de la VCI resultó similar ($p = 0,123$). Con respecto a la aplicación del protocolo VExUS, a pesar de no mostrar diferencias significativas, hubo una mayor tendencia en el grupo de LDL < 88 de presentar grados más altos ($p = 0,084$). Los niveles de CA 125 fueron más altos en el grupo LDL < 88 (88 ± 46 vs. 76 ± 51 ; $p = 0,513$). Otros parámetros analíticos como NT-proBNP ($p = 0,319$) y la función renal ($p = 0,099$) no mostraron diferencias relevantes. El *outcome* combinado ocurrió en el 46% del grupo LDL < 88 frente al 32% del grupo LDL ? 88 ($p = 0,114$), con una tendencia hacia peor evolución clínica.

Discusión: Nuestros hallazgos se alinean parcialmente con los de Brito et al., quienes reportaron una asociación significativa entre LDL bajo y peor pronóstico. En nuestra cohorte, si bien no se alcanzó significación estadística, los pacientes con LDL < 88 mg/dL presentaron mayor carga congestiva y una tendencia a eventos adversos. Este perfil podría reflejar un fenotipo más frágil, inflamatorio o catabólico. En el contexto de pacientes pluripatológicos, cabe cuestionar si los objetivos lipídicos actuales son siempre

aplicables en insuficiencia cardíaca avanzada.

Conclusiones: En pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada, niveles bajos de LDL al ingreso se asociaron con mayor carga clínica y congestiva. Aunque la diferencia en el *outcome* combinado no fue significativa, se observó una tendencia sugestiva que apoya su potencial valor pronóstico. Son necesarios estudios con mayor tamaño muestral para confirmar estos hallazgos.