Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):485

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

IC-32. - ÁCIDO ÚRICO EN IC: ¿VERDADERO MARCADOR PRONÓSTICO A CORTO PLAZO?

C. Josa Laorden, M. Sánchez Marteles, M. Aibar Arregui, S. Luna García, L. Royo Trallero, I. Torres Courchoud, M. Rodero Roldán, J. Pérez Calvo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Resumen

Objetivos: Valorar la utilidad pronóstica del ácido úrico en términos de mortalidad y reingresos a corto plazo en los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) descompensada.

Métodos: Estudio retrospectivo de 121 pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca descompensada en el servicio de Medicina Interna del HCU Lozano Blesa, en Zaragoza, durante el periodo de febrero de 2011 a mayo de 2013, con posterior seguimiento en consulta monográfica. Se realizó una recogida de datos de filiación, parámetros analíticos y ecocardiográficos, con análisis estadístico posterior.

Resultados: 56% varones (N = 68), 44% mujeres (N = 53), con una edad media de 80 años (rango de 44 -91 años). El ácido úrico (AU) medio de los 121 pacientes ingresados fue de 7,2 ± 0,2 mg/dL y al mes de seguimiento fue de 7,12 ± 0,23 mg/dL, sin diferencias significativas (p = 0,77). 56,1% de los pacientes (N = 68) presentaban fracción de eyección (FE) conservada y 43,8% (N = 53) deprimida. En los pacientes con FE conservada, las cifras de AU medio al ingreso fue de 7,35 ± 0,26 mg/dL y en FE deprimida fue de 6,99 ± 0,3 mg/dL, sin diferencias significativas (p = 0,38). Tampoco se encontraron diferencias al comparar el AU en ingresados y al mes en cada uno de los grupos (FE conservada y deprimida), con valores p = 0,79 y 0,93 respectivamente. Se estimó el filtrado glomerular (FG) mediante la fórmula Cockcroft-Gault, dividiendo a los pacientes según su FG en 3 subgrupos (bajo 30; medio 30-60 y alto > 60 mL/min/1,73 m^2). La media de los AU en los subgrupos fue de 5,91 ± 0,42, 7,50 ± 0,27 y 7,31 ± 0,31 mg/dL respectivamente, con diferencias significativas entre ellos (p = 0,005 y p = 0,02). 109 pacientes (90%) llevaban tratamiento con diuréticos de asa (75% furosemida, 23,8% torasemida y 0,9% bumetanida). La dosis media de furosemida fue de 60 mg/día y de torasemida de 10 mg/día. El AU medio de los pacientes en tratamiento fue de 7,33 ± 0,2 mg/dL, con diferencias significativas (p = 0,035). Al mes del seguimiento ninguno de los pacientes habían fallecido. Un 14,8% (N = 18) habían reingresado en este periodo, un 50% por IC descompensada, 11% por otro evento cardiovascular y un 39% por otras causas. El ácido úrico en los pacientes que reingresaron fue más elevado, con valores de 7,46 ± 1,15 mg/dL y 7,08 ± 0,4 mg/dL respectivamente; p = 0,4.

Discusión: El ácido úrico es un marcador pronóstico clásico ya en patología cardiovascular y en estudios recientes parece que podría ser de utilidad como marcador independiente pronóstico en la IC. Sin embargo, se trata de un parámetro de difícil interpretación pues se ve influenciado por el tratamiento diurético y la función renal, entre otros. En nuestro estudio sí parecen existir datos que orientan a un peor pronóstico en los pacientes con cifras más altas de AU, sin embargo las diferencias no fueron significativas. Tampoco parece influenciado por la situación de descompensación en la que se administran diuréticos a dosis altas o por la

FE. Asimismo, se han detectado diferencias significativas en el FG, que parecen paradójicas, probablemente explicadas por el tratamiento con alopurinol, no valorado en este estudio. Todo ello indica que se requiere de estudios multivariantes y prospectivos mucho más amplios.

Conclusiones: 1. No hay diferencias entre el AU en la fase de descompensación y estabilización. 2. Es mayor el AU en reingresos pero las diferencias no son significativas. 3. Puede convertirse en un marcador pronóstico a corto plazo.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.