Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):602

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

IC-9. - ANÁLISIS DEL HFABP EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA: VALOR PRONÓSTICO

M. Guisado Espartero[1], P. Salamanca Bautista[2], B. García Casado[3], J. Jiménez Gallardo[4], M. Cano Guzmán[4], M. Fernández Díaz[4], I. López Montesinos[4], J. Arias Jiménez[4]

[1]Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Margarita. Cabra. Córdoba. [2]Servicio de Cuidados críticos y Urgencias, [4]Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla. [3]Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Merced. Osuna. Sevilla.

Resumen

Objetivos: 1. Análisis descriptivo de los pacientes ingresados por Insuficiencia cardíaca (IC) según valores elevados o bajos de proteína ligadora de ácidos grasos (HFABP). 2. Estudiar el valor pronóstico (mortalidad y/o reingresos IC) al año según la presencia o no de HFABP elevado en los pacientes con IC.

Métodos: Se recogieron 103 pacientes ingresados por IC en Medicina Interna y se registraron datos epidemiológicos, analíticos, ecocardiográficos (fracción de eyección, FE) y clase de la NYHA. Se consideró anemia: Hemoglobina (Hb) < 13 g/dl en varones y < 12 g/dl en mujeres; disfunción sistólica: FE < 45%; insuficiencia renal (IR) moderada-grave si filtrado glomerular (FG) según MDRD es < 60 mL/min/m^2. A los pacientes se les determinó HFABP, troponina T (TnT) y péptido natriurético NTproBNP en las primeras 72 horas de ingreso. Se les realizó un seguimiento de un año, recogiendo datos de mortalidad, reingresos por IC y evento combinado (mortalidad total + reingresos por IC). Se hicieron dos grupos según el valor de la mediana del HFABP (4,05 ng/mL): HFABP bajo: pacientes con HFABP por debajo de la mediana y HFABP elevado: por encima de la mediana. Se estudiaron las características de los pacientes con HFABP elevado y las diferencias con los pacientes con HFABP bajo mediante chi cuadrado en las variables cualitativas y t de Student o de Mann Whitney en las variables cuantitativas. Se realizó un análisis de supervivencia mediante Kaplan Meier y un análisis de regresión de Cox.

Resultados: Los pacientes con HFABP elevado eran el 51,9% mujeres, 73,48 (71,04-75,92) años, 57,7% tenían anemia, 57,7% diabetes, 78,8% hipertensión, 48,1% IR moderada-grave, 21,2% disfunción sistólica y un 26,9% clase NYHA III-IV, sin diferencias significativas con los pacientes con HFABP bajo. Sólo hubo diferencias significativas en el FG (62,36 (39,00-79,52) mL/min/m^2 en el grupo con HAFBP elevado vs 74,12 (56,56-102,23) mL/min/m^2 en el grupo con FABP bajo, p = 0,02) y en el NT-proBNP (3.340 (1.331-5.555) vs 1.153 (594-2.002) pg/mL, respectivamente, p < 0,001). El 24,3% fallecieron, el 16,5% tuvieron reingresos por IC y el 38,8% eventos. Se observaron diferencias significativas en el porcentaje de muertes según la presencia de HFABP elevado (34,6% vs 13,7%, p = 0,013) y una tendencia en el porcentaje de eventos (48,1% vs 29,4%, p = 0,05). No había diferencias significativas en el número de reingresos por IC. El riesgo de muerte en los pacientes con HFABP elevado era 2,82 veces más que los que tenían HFABP bajo, con una supervivencia

menor tras el análisis de Kaplan Meier. Tras el análisis de Cox multivariante, HFABP elevado junto con NYHA III-IV y presencia de disfunción sistólica fueron los factores predictores independientes de mortalidad.

Discusión: El HFABP es un novedoso biomarcador de daño miocárdico. Estudios previos han mostrado una posible utilidad pronóstica en la IC, pero los resultados son escasos y no existen datos en España. En nuestro trabajo el HFABP ha sido un predictor de mortalidad, aunque no de reingresos por IC. Futuros trabajos con mayor tamaño muestral y seguimiento más prolongado podrían ayudar a comprobar estos resultados.

Conclusiones: 1. Los pacientes con HFABP alto tienen menor filtrado glomerular y mayores cifras de NT-proBNP. 2. El HFABP por encima de la mediana es un factor independiente de mortalidad en nuestros pacientes. 3. Hay también un mayor número de eventos, pero no reingresos por IC.

0014-2565 / © 2014, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.