

IMPORTANCIA DEL ÍNDICE LEUCOGLUCÉMICO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

IMPORTANCE OF THE LEUKO-GLYCEMIC INDEX IN ACUTE HEART FAILURE

REVISTA CONAREC 2016;32(134):74-75 | VERSIÓN WEB WWW.REVISTACONAREC.COM.AR

Cada vez que atendemos a un paciente incorporamos una serie de datos y a partir de estos intentamos predecir eventos que podrían ocurrir en el desarrollo de una enfermedad. A esto llamamos pronóstico, y así basamos nuestro accionar médico: decidimos a quién internar, a quiénes someter a pruebas diagnósticas y eventualmente instaurar un tratamiento determinado.

La insuficiencia cardíaca posee una incidencia en aumento debido, entre otros factores, al envejecimiento poblacional. Esta enfermedad conlleva un deterioro de la calidad de vida y un incremento en la mortalidad¹. Estos pacientes frecuentemente se hospitalizan por reagudizaciones de su enfermedad, eventos que condicionan su pronóstico. Como consecuencia, se redistribuye una mayor cantidad de recursos en salud a este grupo, por lo que es importante disponer de mejores estrategias terapéuticas para poder optimizarlos.

Cada internación ofrece una oportunidad para evaluar el riesgo que presentan. Si bien existen diversas formas de estratificar a los pacientes mediante modelos que combinan parámetros clínicos y de laboratorio^{2,3}, muchas veces resultan complejos y de difícil aplicación. En contrapartida, surge el índice leucoglucémico (ILG) presentado por Cantarini y colaboradores en este número de la *Revista CONAREC* (páginas 102-106) como una herramienta útil y fácil de implementar como predictor de la evolución de los pacientes internados por insuficiencia cardíaca (IC) aguda.

Consideramos que la utilización del ILG es un método simple y económico para evaluar el riesgo de estos pacientes, permitiendo su aplicación en todo nuestro territorio sin que se necesite una tecnología de mayor complejidad. Es interesante señalar que es una variable objetiva y su determinación al ingreso hospitalario es rutinaria, por lo que se puede realizar sin asumir mayores gastos en salud.

Es conocido que la hiperglucemia se ha establecido como un factor de mal pronóstico en diversas patologías agudas, como es el caso de los síndromes coronarios agudos⁴, ataque cerebrovascular⁵ y otras enfermedades críticas⁶. La hiperglucemia en estos pacientes, sin antecedentes de diabetes, es consecuencia de un aumento de hormonas contrarreguladoras de la insulina (glucagón, cortisol, catecolaminas) y de una gran respuesta inflamatoria sistémica⁷. Este escenario se observa también en pacientes con IC, por lo que podría aplicarse en pacientes con descompensación aguda.

La determinación del ILG en nuestro medio ya se ha evaluado previamente en pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST utilizando la población del Registro Multicéntrico de Síndromes Coronarios Agudos en Argentina (SCAR), en donde se confirmó como un predictor independiente de mal pronóstico –muerte y evolución a Killip y Kimball C-D–⁸. Sin embargo, hay limitada información en la literatura de pacientes con IC descompensada excluyendo los SCA.

Analizando este registro, el 60% de los pacientes incluidos no presentaba un deterioro muy significativo de la función ventricular izquierda, correspondiendo probablemente a pacientes con IC con función sistólica conservada, antes denominada IC diastólica, cuya prevalencia va *in crescendo*⁹. Muchos de los métodos de pronóstico difundidos en IC se han realizado en pacientes con función ventricular deteriorada, siendo esta variable en sí misma uno de los principales determinantes del pronóstico. Pero los pacientes con IC con función conservada presentaban una mortalidad muy alta, similar a la de pacientes con deterioro de la función ventricular¹⁰. Es interesante destacar que el estudio de Cantarini incluyó a este grupo de enfermos, cada vez más frecuentes en la práctica diaria.

Sin embargo, será necesario incluir un mayor número de pacientes y realizar una validación externa para poder generalizar los resultados. De la misma forma, si bien un ILG elevado se correlaciona con una evolución desfavorable, establecer su valor pronóstico independiente de otras variables clínicas (como la presencia de *shock*, auscultación de un tercer tono cardíaco, arritmias ventriculares o supraventriculares, por mencionar algunos ejemplos) al ingreso de los pacientes con IC descompensada debería ser el próximo paso en esta interesante línea de investigación.

Finalmente, nos preguntamos si podemos plantear mejorar la morbimortalidad de estos pacientes mediante el control estricto de las glucemias durante la internación. Se requerirán nuevos estudios de intervención para resolver estos interrogantes.

CLAUDIO OLIVER DIESEL, FLORENCIA ANZIVINO

Residentes de Cardiología, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich". CABA, Rep. Argentina

BIBLIOGRAFÍA

1. McKee PA, Castelli WP, McNamara PM, Kannel WB. The natural history of congestive heart failure: the Framingham study. *N Engl J Med* 1971;285:1441-6.
2. Parameshwar J, Keegan J, Sparrow J, Sutton GC, Poole-Wilson PA. Poole-Wilson Predictors of prognosis in severe chronic heart failure. *Am Heart J* 1992;123(2):421-6.
3. Koglin J, Pehlivanli S, Schwaiblmair M, Vogeser M, Cremer P, von Scheidt W. Role of brain natriuretic peptide in risk stratification of patients with congestive heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2001;38:1934-41.
4. Kosiborod M, Rathore SS, Inzucchi SE, Masoudi FA, Wang Y, Havranek EP, et al. Admission glucose and mortality in patients hospitalized with acute myocardial infarction: implications for patients with and without recognized diabetes. *Circulation* 2005;111:3078-86.
5. Woo JI, Lam CW, Kay R, Wong AH, Teoh R, Nicholls MG. The influence of hyperglycemia and diabetes mellitus on immediate and 3-month morbidity and mortality after acute stroke. *Arch Neurol* 1990;47(11):1174-7.
6. Finney SJ, Zekveld C, Elia A, Evans TW. Glucose control and mortality in critically ill patients. *JAMA* 2003;290(15):2041-7.
7. Collier B, Dossett LA, May AK, Diaz JJ. Glucose control and the inflammatory response. *Nutr Clin Pract* 2008;23:3-15.
8. Hirschson Prado A, Higa C, Melo P, Domine E. Valor pronóstico del índice leucoglucémico en el infarto agudo de miocardio. Resultados del Registro Multicéntrico SCAR. *Rev Argent Cardiol* 2014;82:500-505.
9. Owan TE, Hodge DO, Herges RM, Jacobsen SJ, Roger VL, Redfield MM. Trends in prevalence and outcome of heart failure with preserved ejection fraction. *N Engl J Med* 2006;355(3):251-9.
10. Senni M, Tribouilly CM, Rodeheffer RJ, Jacobsen SJ, Evans JM, Bailey KR, et al. Congestive heart failure in the community. A study of all incident cases in Olmsted County, Minnesota, in 1991. *Circulation* 1998;98:282-9.