



## 5005-4. DESARROLLO DE UN NUEVO SCORE ASISTIDO POR BIOMARCADORES PARA LA PREDICCIÓN DE REMODELADO REVERSO EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA: SCORE ST2-R2

Josep Lupón Rosés<sup>1</sup>, James L. Januzzi<sup>2</sup>, Marta de Antonio Ferrer<sup>1</sup>, Joan Vila<sup>3</sup>, Amparo Galán<sup>1</sup>, Elena Ferrer<sup>1</sup>, Nuria Vallejo<sup>1</sup> y Antoni Bayes-Genis<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), <sup>2</sup>Massachusetts General Hospital, Boston (MA) EE.UU e <sup>3</sup>Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM), Barcelona.

### Resumen

**Introducción:** Hay pocos datos sobre el uso de biomarcadores para predecir el remodelado reverso (R2).

**Objetivos:** Examinar el valor de ST2, NT-proBNP, troponina T de alta sensibilidad (hs-cTnT), y galectina-3 en relación al R2 de ventrículo izquierdo (VI) en la insuficiencia cardiaca sistólica (ICs), y desarrollar un score clínico para predecir este R2.

**Métodos:** Se definió R2 como el incremento en la fracción de eyección de VI (FEVI)  $\geq$  15 puntos, o el aumento de la FEVI  $\geq$  10 puntos en combinación con la reducción del volumen telesistólico indexado  $\geq$  40% o del diámetro telesistólico indexado  $\geq$  20% a los 12 meses.

**Resultados:** Se estudiaron 304 pacientes (79,6% varones, edad  $66,1 \pm 12,3$  años) con FEVI basal 40% (media  $28,0\% \pm 6,7$ ). La etiología de la IC era cardiopatía isquémica en el 56,2% de los pacientes. La mayoría de los pacientes estaba en clase funcional II (73%) o III (21%) de la NYHA. Se observó R2 en 104 pacientes (34,2%). En la regresión logística univariante, se asociaron con R2 edad ( $p = 0,018$ ), etiología no isquémica ( $p = 0,001$ ), clase funcional de la NYHA ( $p = 0,023$ ), FEVI basal ( $p = 0,005$ ), ausencia de bloqueo de rama izquierda (BRIHH) ( $p = 0,002$ ), ST2 ( $p = 0,004$ ), NT-proBNP ( $p = 0,005$ ) y hs-cTnT ( $p = 0,001$ ). La duración de la IC alcanzó significación estadística limítrofe ( $p = 0,079$ ). En el análisis multivariante, el ST2 fue el único biomarcador asociado con R2. Se desarrolló un score para utilizar en la práctica clínica (ST2-R2). La estimación de R2 varió desde el 10% en pacientes con un score bajo (2-5 puntos) hasta un 86% en pacientes con una score de 15-17 (fig.). El área bajo la curva ROC para predecir R2 fue de 0,79 y 0,73 en las poblaciones de derivación y validación (cohorte del estudio PROTEC en Boston, USA) respectivamente. Las variables incluidas fueron ST2 48 ng/ml, etiología no isquémica, ausencia de BRIHH, IC 12 meses, FEVI inicial 24%, y tratamiento  $\beta$ -bloqueante.



**Conclusiones:** El score ST2-R2, que incluye el biomarcador ST2 y cinco variables clínicas, demostró una capacidad razonable para predecir la probabilidad R2 en pacientes con ICs. El ST2 fue el único biomarcador estudiado que se asoció de forma independiente con R2.