



5005-7. VALOR PRONÓSTICO DE UNA ESTRATEGIA MULTIMARCADOR AL INGRESO Y AL ALTA TRAS UN EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Jesús Álvarez García¹, Álvaro García Osuna¹, Andreu Ferrero Gregori¹, Miquel Vives-Borràs¹, Miguel Rivera², Domingo Pascual-Figal³, Jordi Ordóñez-Llanos¹ y Juan Cinca¹ del ¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, ²Hospital Universitario La Fe, Valencia, y ³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia).

Resumen

Introducción y objetivos: Las estrategias multimarcador son un enfoque prometedor para la estratificación pronóstica de la insuficiencia cardiaca (IC). Sin embargo, los estudios previos solo han empleado los valores de cada biomarcador en un momento concreto del tiempo. Nuestro objetivo fue determinar el valor adicional de un panel que incluyó los valores del NT-proBNP, troponina T (TnTus), factor de diferenciación 15 (GDF-15), cistatina-C, galectina-3 (GAL-3), y PCR (PCRus) al ingreso, al alta y delta en pacientes ingresados por IC.

Métodos: Se incluyeron 450 pacientes del registro REDINSCOR-II. Se determinó el mejor punto de corte de cada biomarcador mediante curva ROC para la mortalidad anual, y el valor pronóstico adicional de la combinación de todos mediante el índice C, la reclasificación neta (NRI), la discriminación integrada (IDI) y la calibración (criterio Akaike) respecto a un modelo clínico (índice C 0,735) que incluyó los ingresos previos por IC, presión sistólica al ingreso, IMC, pérdida ponderal y presencia de signos congestivos al alta, y el índice de Barthel.

Resultados: La edad media fue de 72 años, 56% varones, 36% isquémicos, 50% diabéticos, 70% hipertensos, y 77% en clase funcional NYHA II o III. La FEVI reducida, intermedia o conservada se observó en el 43, 16, y 41% de los pacientes, respectivamente. La mortalidad anual fue del 18%. Después de varias combinaciones incluyendo valores al ingreso, alta y su delta, la mayor mejora en la estratificación pronóstica se alcanzó con la combinación de todos los biomarcadores por encima del punto de corte antes del alta (NT-proBNP > 3.422 ng/l, TnTus > 36 ng/l, GDF-15 > 3.499 ng/l, cistatina-C > 1,54 mg/l, GAL-3 > 25,9 mg/l, y PCRus > 3,25 mg/l), con una subida del índice C hasta 0,771, un AIC 903 (p 0,01), un NRI del 52% (p 0,01), y un IDI del 3,74% (p 0,01). Según el número de biomarcadores alterados, distinguimos un grupo de bajo (0-2), intermedio (3-4), o alto riesgo (5-6), con una mortalidad anual del 7, 20 o 40% (p 0,001). En comparación con el grupo de riesgo menor, el RR de muerte fue de 3,16 (IC95%: 1,66-6,02) para el grupo de riesgo intermedio y de 7,68 (IC95%: 4,07-14,48) para el de mayor riesgo.

Conclusiones: La adición de una estrategia multi-marcador a un modelo clínico mejora la estratificación pronóstica tras un episodio por IC aguda y permite establecer una gradación del riesgo de muerte al año.