Rev Esp Cardiol. 2019;72(Supl 1): 73

Revista Española de Cardiología

7001-14. ¿CUÁNDO DEBEMOS MEDIR BIOMARCADORES PARA PREDECIR RECURRENCIAS EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR?

Ana Merino Merino[1], José Ángel Pérez Rivera[1], Ruth Saéz de la Maleta Úbeda[2], Ricardo Salgado Aranda[1], Virginia Pascual Tejerina [1], Francisco Javier Martín González[1], Francisco Javier García Fernández[1] y Daniel Al Kassam Martínez[2], del [1]Servicio de Cardiología y [2]Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Universitario de Burgos, Burgos.

Resumen

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente y en su desarrollo y mantenimiento están implicados fenómenos de remodelado y fibrosis. ProBNP, galectina-3, ST2, urato, proteína C reactiva, troponina y fibrinógeno son algunos biomarcadores (BM) involucrados en estos procesos. Realizamos un estudio para evaluar el efecto de dichos BM sobre las recurrencias de la FA tras una cardioversión eléctrica (CVE) y si la relación depende del momento en el que son medidos.

Métodos: Se incluyeron 115 pacientes con FA persistente sometidos a CVE. El seguimiento fue de 6 meses (M), clínico, analítico (analítica con BM pre-CVE (basal) y a los 6M) y electrocardiográfico (Holter a los 3M y ECG a los 6M). Se definió recurrencia cualquier documento de FA durante el seguimiento. Se analizó la relación entre los BM a nivel basal con la recurrencia utilizando el método de Kaplan-Meier y a los 6M utilizando t Student para variables normales y U-Mann-Whitney para no normales. Con los BM que mostraron una relación significativa se realizó una curva ROC con el fin de definir el mejor punto de corte para clasificar a los pacientes. Además se realizó un análisis de regresión logística para analizar si existe asociación independiente de los BM con la recurrencia (tabla 1).

Resultados: Se detectaron 71 recurrencias (61,73%). Los pacientes que recurrieron eran mayores que los que no, sin encontrarse otras diferencias clínicas significativas entre ambos grupos. Ninguno de los BM a nivel basal se relacionó con la recurrencia durante el seguimiento. ProBNP y ST2 a los 6M se relacionaron significativamente con la recurrencia. ProBNP mostró un área bajo la curva de 0,774. El mejor punto de corte para proBNP fue 300 pg/ml (sensibilidad (S) 72%, especificidad (E) 72%) y para ST2 30,73 ng/ml (S 66% y E 58%). Solo proBNP se relacionó independientemente con la recurrencia (OR: 10,90; IC (3,87-30,75), p 0,001).

Análisis multivariante

Variable	OR; IC95%; (p)
ProBNP pg/ml	10,9; 3,87-30,75 (0,01)

ST2 ng/ml	2,73; 0,95-7,79 (NS)
Edad	(NS)
Sexo	(NS)
Hipertensión arterial	(NS)
Diabetes	(NS)
Síndrome de apnea-hipopnea del sueño	(NS)
Obesidad	(NS)

Conclusiones: Los BM pre-CVE no predicen la recurrencia por lo que no deben ser usados con este fin. A los 6M, en aquellos pacientes que recurrieron se detectaron niveles más elevados de proBNP (BM de distensión) y de ST2 (BM de remodelado). Estos podrían ser los factores más importantes para el mantenimiento de la FA. La determinación repetida de estos BM podría utilizarse para dirigir el tratamiento más adecuado en estos pacientes.