



4014-6. UTILIDAD DEL CA125 Y NT-PROBNP PARA EVALUAR LA CONGESTIÓN EN INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA; SUBESTUDIO DEL REGISTRO NACIONAL CARDIOREN

Jara Gayán Ordás¹, Marta Cobo Marcos², Ramón Bascompte Claret¹, Pau Llácer Iborra³, Isabel Zegrí Reiriz⁴, Rafael de la Espriella Juan⁵, Aleix Fort Pal⁶, Jorge Rubio Gracia⁷, Zorba Blázquez Bermejo⁸, Ana Belén Méndez Fernández⁹, Inés Ponz de Antonio¹⁰, Pedro J. Caravaca Pérez¹¹, Alejandro Recio Mayoral¹², José Manuel García Pinilla¹³ y Julio Núñez Villota⁵

¹Unidad Territorial de Insuficiencia Cardiaca. Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España, ²Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España, ³Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España, ⁴Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España, ⁵Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España, ⁶Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona, España, ⁷Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España, ⁸Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España, ⁹Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España, ¹⁰Hospital Universitario La Paz, Madrid, España, ¹¹Hospital Clínic, Barcelona, España, ¹²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España y ¹³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Resumen

Introducción y objetivos: En la insuficiencia cardiaca aguda (ICA) se recomienda una evaluación integral de la congestión incluyendo los biomarcadores (NT-proBNP y CA125). La utilidad de estos para la evaluación de la congestión en insuficiencia cardiaca crónica (ICC) ambulatoria es más limitada. El objetivo fue examinar la asociación entre los biomarcadores y los parámetros de congestión clínicos y ecográficos en ICC.

Métodos: Subestudio del Registro Español Cardiores que incluyó 1107 pacientes con ICC de 13 hospitales terciarios españoles entre octubre de 2021 y febrero de 2022. En una visita ambulatoria realizamos una evaluación integral de la congestión con parámetros clínicos [ortopnea, edemas periféricos e ingurgitación yugular y su combinación (CCS)], ecografía [líneas B pulmonares y diámetro de vena cava inferior (VCI)] y biomarcadores circulantes (CA125 y NT-proBNP). Se incluyeron finalmente 802 pacientes que disponían de ambos biomarcadores y del resto de parámetros evaluados. Mediante un análisis de regresión lineal multivariada se examinó la asociación entre NT-proBNP y CA125 y parámetros de congestión clínicos y ecográficos.

Resultados: La mediana de edad fue 74 años y el 65% eran hombres. La mediana de CCS fue 0 (RIQ: 0-1), con 45% de la muestra > 1 punto. Los pacientes con congestión (CCS > 1) tenían más frecuentemente FEVI preservada (39 vs 29%; p = 0,017) y ERC (64,6 vs 44,9%, p 0,001). En la tabla se muestran otras características según el CCS. Las medianas de CA125 y NT-proBNP fueron 14 U/l [9,28] y 1.382 pg/ml [563,3219]; siendo ambos significativamente superiores si había algún dato clínico de congestión. Las tasas globales de ingurgitación yugular, edema periférico y ortopnea fueron del 32%, 21% y 21%, respectivamente. Un 35% de los pacientes mostraron líneas B y 23% dilatación de VCI. El análisis multivariado mostró que un CA125 más alto era una variable independiente asociada con mayor probabilidad de edemas periféricos (p = 0,023) y líneas B (p 0,001) mientras el NT-proBNP se asoció con la ingurgitación yugular (p 0,001), ortopnea (p = 0,034) y diámetro de VCI (p = 0,031).

Características basales
según la presencia de
congestión clínica

	Total (N = 802)	Sin congestión clínica	Con congestión clínica	p
Score 0, N = 438 (55%)		Score > 1, N = 364 (45%)		
Edad (años)	74 [63,82]	71 [60,79]	77 [67,83]	0,001
Sexo (varones), N (%)	523 (65,2)	295 (67,4)	228 (62,6)	0,084
Hipertensión, N (%)	551 (68,7)	275 (62,8)	276 (75,8)	0,001
Dislipemia, N (%)	501 (62,5)	275 (62,8)	226 (62,1)	0,893
Diabetes, N (%)	324 (40)	183 (41,8)	141 (38,8)	0,667
Etiología isquémica, N (%)	317 (39,5)	178 (40,6)	139 (38,2)	0,479
Fibrilación auricular, N (%)	415 (51,7)	189 (43,2)	226 (62,1)	0,001
Ictus, N (%)	118 (14,7)	57 (13,1)	61 (16,7)	0,306
Enfermedad renal crónica, N (%)	432 (53,9)	197 (44,9)	235 (64,6)	0,001
EPOC, N (%)	139 (17)	65 (14,8)	74 (20,3)	0,041
Ictus, N (%)	118 (14,7)	57 (13,1)	61 (16,7)	0,306
Índice de comorbilidad de Charlson	5 [4, 7]	5 [4, 7]	5 [4, 7]	0,001
Tensión arterial sistólica (mmHg)	120 [108,137]	120 [110, 137]	120 [105, 137]	0,822
Clase funcional NYHA	2 [2,2]	2 [2, 2]	2[2, 2]	0,001

FEVI (%)	40 [30,55]	39 [30, 51]	42 [30, 58]	0,047
TAPSE (mm)	19 [16, 21]	20 [17, 22]	18 [15, 20]	0,001
NT-proBNP (pg/ml)	14 [9,28]	12 [8, 20]	18 [11, 41]	0,001
CA125 (U/ml)	14 [9,28]	12 [8, 20]	18 [11, 41]	0,001

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IMC: índice de masa corporal; FEVi: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; PAPs: presión pulmonar arterial sistólica; FG: filtrado glomerular.

Conclusiones: Los hallazgos clínicos de congestión son frecuentes en ICC. En este contexto, el NT-proBNP se asoció con parámetros de congestión intravascular y el CA125 se asoció con parámetros de sobrecarga de volumen extravascular.