



4018-4. VALOR PRONÓSTICO DEL NT-PROBNP Y CA125 EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA EN FUNCIÓN DE LA TASA DE FILTRADO GLOMERULAR ESTIMADA

Mauricio José Pellicer Bañuls¹, Rafael de la Espriella Juan¹, Antoni Bayés Genís², Pau Llacer Iborra³, Patricia Palau Sampió¹, Gema Miñana Escrivà¹, Enrique Santas Olmeda¹, Miguel González Rico⁴, José Luis Górriz Teruel⁴, Vicente Bodí Peris¹, Juan Sanchis Forés¹ y Julio Núñez Villota¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Universitat de Valencia, INCLIVA, Valencia. ²Unidad de Insuficiencia Cardíaca, Servicio de Cardiología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Universidad Autónoma de Barcelona, CIBERCV, Badalona, Barcelona. ³Servicio de Medicina Interna, Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ⁴Servicio de Nefrología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, INCLIVA, Universitat de Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: Los niveles plasmáticos elevados de la porción N-terminal del pro-péptido natriurético tipo B (NT-proBNP) y del antígeno carbohidrato 125 (CA125) se asocian con un mayor riesgo de eventos adversos en insuficiencia cardíaca aguda (ICA). Sin embargo, los pacientes con disfunción renal suelen tener valores más altos de NT-proBNP, lo que puede dificultar su interpretación pronóstica. Este estudio tiene como objetivo evaluar si la tasa de filtración glomerular (TFGe) durante el ingreso modifica el valor predictivo del NT-proBNP y del CA125 en plasma de pacientes hospitalizados por ICA.

Métodos: Evaluamos retrospectivamente a 4.595 pacientes dados de alta consecutivamente después de un ingreso por ICA en 3 hospitales terciarios desde enero de 2008 hasta octubre de 2019. Para analizar el efecto de la función renal en la asociación de NT-proBNP y CA125 con mortalidad a 1 año (mortalidad cardiovascular (CV) y por todas las causas), estratificamos a los pacientes según 4 categorías de TFGe: 30 mL·min⁻¹·1,73 m², 30-44 mL·min⁻¹·1,73 m², 44-59 mL·min⁻¹·1,73 m² y ≥ 60 mL·min⁻¹·1,73 m². Los biomarcadores se evaluaron dentro de las primeras 24 horas posteriores al ingreso.

Resultados: Al año de seguimiento, 748 de 4.595 (16,3%) pacientes murieron tras el alta (de todas las muertes, 575 [12,5%] fueron cardiovasculares). Después del ajuste multivariado, tanto el NT-proBNP como el CA125 se asociaron de forma independiente con un mayor riesgo de muerte considerados de manera global (p 0,001). Sin embargo, encontramos un efecto pronóstico diferencial del NT-proBNP al estratificar por categorías de TFGe para ambos criterios de valoración (mortalidad por todas las causas, valor de P para la interacción = 0,002; mortalidad CV, valor de P para la interacción = 0,001). Mientras que el NT-proBNP se asoció positiva y linealmente con mortalidad en el subconjunto de pacientes con TFGe normal o levemente reducida, su capacidad predictiva disminuyó progresivamente en el extremo inferior de TFGe (45 mL·min⁻¹·1,73 m²). Por el contrario, la asociación entre CA125 y supervivencia se mantuvo constante en todas las categorías de TFGe (mortalidad por todas las causas, valor de p para la interacción = 0,559; mortalidad CV, valor de P para la interacción = 0,855).



Hazard ratios para mortalidad por todas las causas según las diferentes categorías de TFG_e.

Conclusiones: En pacientes con ICA y TFG_e gravemente reducida, CA125 supera al NT-proBNP en la capacidad predictiva de mortalidad a 1 año.