



14. CA-125 Y ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA

Javier Pérez Cervera¹, Javier Corral Macías¹, Rosa Navarro Romero¹, Miguel Sánchez Sánchez², Estrella Suárez Corchuelo², Natalia Torrijos López², Ramón Rubí Matamoros² y José Ramón López Mínguez²

¹Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz, España y ²Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz, España.

Resumen

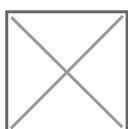
Introducción y objetivos: El CA-125 es un marcador subrogado de congestión frecuentemente empleado en insuficiencia cardiaca. Su uso para guiar el tratamiento ha demostrado reducir el número de rehospitalizaciones y la mortalidad a 1 año. El objetivo de este trabajo fue determinar el papel del CA-125 como predictor de la estancia hospitalaria prolongada en los pacientes que ingresan por insuficiencia cardiaca aguda.

Métodos: Se determinaron los niveles séricos de CA-125 en 213 pacientes consecutivos ingresados por insuficiencia cardiaca aguda en los últimos 24 meses. La mediana de la estancia hospitalaria fue de 8 [6-14] días. Los pacientes fueron divididos en dos grupos de acuerdo con el valor de esta mediana (# 8 días). El marcador CA-125 fue dicotomizado en función de su límite superior de la normalidad (? 35 IU/ml). Los predictores de estancia hospitalaria se exploraron mediante análisis de regresión logística multivariante.

Resultados: Los pacientes con estancias > 8 días presentaron niveles más elevados de CA-125 que aquellos con estancias # 7.358 pg/ml, signos de congestión, proteína-C reactiva, empleo previo de iSGLT2, ferropenia, tabaquismo activo, fracaso de ventrículo derecho y dilatación de la vena cava con la estancia hospitalaria prolongada. El empleo de ARNI previo al ingreso mostró una asociación cercana a la significación con una menor estancia hospitalaria. Los predictores independientes de estancia prolongada obtenidos del análisis de regresión múltiple fueron: CA-125 ? 35 IU/ml (OR = 3,45; IC95% 1,52-7,82), NT-proBNP ? 7.358 pg/ml (OR = 2,20; IC95% 1,04-4,64), proteína C reactiva (OR = 1,01; IC95% 1,00-1,02), tabaquismo activo (OR = 2,34; IC95% 1,07-5,09) y la ferropenia (OR = 3,02; IC95% 1,21-7,57) (p 0,05). Por otro lado, el uso de ARNI previo al ingreso predijo una menor duración de la estancia (OR = 0,26; IC95% 0,09-0,76; p = 0,014).

Variable	Univariante		Multivariante	
	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
CA-125 ? 35 IU/ml	3,10 (1,66-5,80)	0,001	3,45 (1,52-7,82)	0,003

NT-proBNP ? 7.358 pg/ml	2,46 (1,41-4,31)	0,002	2,20 (1,04-4,65)	0,038
Proteína C reactiva	1,01 (1,00-1,02)	0,045	1,01 (1,00-1,02)	0,044
Ferropenia	3,28 (1,49 -7,26)	0,003	3,02 (1,21-7,57)	0,018
Signos de congestión en exploración física	3,81 (1,82-8,03)	0,001	-	-
Empleo de iSGLT2 previo al ingreso	4,81 (1,32-17,58)	0,018	-	-
Empleo de ARNI previo al ingreso	0,46 (0,21-1,01)	0,052	0,26 (0,09-0,76)	0,014
Fallo de ventrículo derecho	1,73 (0,98-3,03)	0,058	-	-
Tabaquismo activo	1,77 (0,94-3,33)	0,075	2,34 (1,07-5,09)	0,033
Dilatación de vena cava inferior	1,62 (0,92-2,86)	0,095	-	-



Forest plot con los predictores independientes de la estancia hospitalaria.

Conclusiones: Los niveles elevados de CA-125 predijeron de manera independiente una estancia hospitalaria prolongada, del mismo modo que el tabaquismo activo y la ferropenia, entre otros. El empleo de ARNI previo al ingreso predijo una menor duración del mismo. Una potencial identificación ambulatoria y corrección de estos factores y una implementación terapéutica adecuada podrían disminuir la estancia hospitalaria y reducir costes.