

6108-4. NUEVOS BIOMARCADORES EN INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA: MÁS ALLÁ DEL NT-PROBNP

Antonio José Bollas Becerra¹, Marcelino Cortés García¹, Jairo Lumpuy-Castillo², Lara de Miguel García¹, Óscar Lorenzo González², Camila Sofía García Talavera³, María Belén Arroyo Rivera⁴, José Antonio Esteban Chapel¹, José María Romero Otero¹, Ignacio Mahillo Fernández⁵, Mikel Taibo Urquía¹, Ana María Pello Lázaro¹ y José Tuñón Fernández¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España, ²Laboratorio de Patología Vascular y Diabetes. IIS Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España, ³Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro, Logroño (La Rioja), España, ⁴Servicio de Cardiología. Hospital Universitario HM Montepríncipe, Madrid, España y ⁵Servicio de Bioestadística y Epidemiología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) es un problema de salud en crecimiento, motivando la búsqueda de nuevos métodos pronósticos. Además de los biomarcadores tradicionales como el NT-proBNP, están surgiendo nuevos como el factor de diferenciación de crecimiento 15 (GDF-15), ST2 y el receptor soluble de uroquinasa (uPAR). El valor pronóstico de estos marcadores no está bien definido en la IC con FEVI reducida (ICFEr). El objetivo de este estudio fue evaluar el valor de estos marcadores tras un ingreso hospitalario en pacientes con ICFEr.

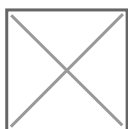
Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, unicéntrico, incluyendo consecutivamente (entre julio 2019 y marzo 2023) todos los pacientes ingresados con diagnóstico de ICFEr derivados posteriormente a la Unidad de IC de nuestro centro. Las variables analizadas se obtuvieron de registros clínicos electrónicos.

Resultados: Se incluyeron un total de 104 pacientes. La edad media fue de 67 años, siendo 78,8% varones, 66,3% hipertensos, 47,1% diabéticos y 55,8% dislipémicos. La FEVI media fue 21,2%. 31,7% de los pacientes presentaba enfermedad renal crónica en el momento de la inclusión y 61,5% estaba en ritmo sinusal. 44,2% pacientes presentaron ingresos previos por IC. 12,5% se encontraba en clase funcional III-IV de la NYHA. La mediana de seguimiento fue de 23,5 meses, durante los cuales se registraron 20 fallecimientos (19,4%), 35% por causa cardiológica. Mediante análisis de supervivencia por regresión de Cox, se objetivó (entre otras variables) una relación significativa entre niveles de GDF-15, uPAR, ST2 y NT-proBNP (a la inclusión y al alta), con la mortalidad por cualquier causa (tabla). Notablemente, GDF-15 y uPAR mostró una mayor intensidad de asociación respecto a NT-proBNP. Un análisis de curvas ROC mostró un mayor valor pronóstico de GDF-15, uPAR, ST2 que el del NT-proBNP (figura).

Parámetros de las curvas ROC de los biomarcadores analizados

Variable	HR (IC95%)	p	AUC (IC95%)	Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad
ST2	1,020 (1,010-1,030)	0,001	0,73 (0,618-0,857)	38,7	0,80	0,67
uPAR	1,489 (1,235-1,794)	0,001	0,7 (0,566-0,832)	2,94	0,75	0,63
GDF-15	1,298 (1,163-1,450)	0,001	0,75 (0,625-0,890)	4,32	0,70	0,83
proBNP inicial	1,033 (1,007-1,059)	0,011	0,66 (0,514-0,886)	15,1	0,45	0,68

IC: intervalo de confianza: HR: *hazard ratio*: AUC: área bajo la curva: uPAR: receptor soluble de la uroquinasa: GDF-15: factor de diferenciación del crecimiento 15.



Curvas ROC de los distintos biomarcadores en cuanto a mortalidad.

Conclusiones: En nuestra población de pacientes con ICFeR, nuevos biomarcadores se relacionaron con un aumento de la mortalidad global, con mayor intensidad de la relación y valor pronóstico que marcadores tradicionales como NT-proBNP. Se necesita más investigación para confirmar estos hallazgos.