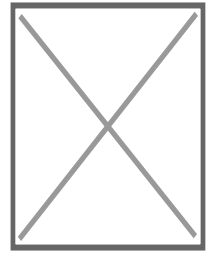


Revista Española de Cardiología



6083-614. BÚSQUEDA DEL MEJOR PANEL DE BIOMARCADORES PARA LA FIBRILACIÓN AURICULAR

Ana Merino Merino¹, José Ángel Pérez Rivera¹, Ruth Saéz de la Maleta Úbeda², Ricardo Salgado Aranda³, Virginia Pascual Tejerina¹, Francisco Javier Martín González¹, Francisco Javier García Fernández¹ y Daniel Al Kassam Martínez⁴

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Burgos. ²Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Universitario de Burgos. ³Servicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁴Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

Resumen

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente. En su desarrollo están implicados numerosos mecanismos de remodelado y fibrosis auricular mediados por biomarcadores (BM). El objetivo de este estudio es analizar las diferencias clínicas y de BM entre pacientes con FA y sujetos sanos y su implicación en las decisiones clínicas.

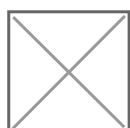
Métodos: Incluimos 115 pacientes con FA no valvular persistente y 33 sujetos sanos a los que se extrajo una muestra de sangre periférica. Los BM estudiados fueron proBNP, ST2, galectina-3, troponina T, urato, proteína C reactiva y fibrinógeno. Realizamos un estudio transversal para analizar las diferencias clínicas y BM entre pacientes y sujetos sanos. Para conocer el rendimiento de los BM en diferenciar ambos grupos se utilizó el área bajo la curva COR. Finalmente realizamos un análisis multivariante con aquellas variables clínicas y BM que mostraron significación en el análisis univariante.

Resultados: Las únicas variables clínicas que resultaron significativas fueron el sexo, siendo mayor la presencia de FA en varones, y el filtrado glomerular, siendo menor en los pacientes. En cuanto a BM, proBNP, troponina T y ST2 se relacionaron de forma significativa con la presencia de FA (tabla), siendo proBNP el BM con mayor valor diagnóstico para diferenciar ambos grupos (área bajo la curva COR 0,995) (fig.). El único BM que se relacionó de forma significativa con la presencia de FA fue proBNP (OR: 1,02; IC: 1,01-1,04; p 0,001).

Variable	Pacientes (N = 115)	Sujetos sanos (N = 33)	p
Edad (años)	63 ± 9	62 ± 10	NS
Varón	82 (71,70%)	17 (51,51%)	0,03
Filtrado glomerular (ml/min)	79,45 ± 15,23	90,54 ± 10,07	0,001

Hipertensión arterial	65 (56,52%)	15 (45,45%)	NS
Diabetes	15 (13,04%)	4 (12,12%)	NS
SAHS	10 (8,69%)	2 (6,06%)	NS
ProBNP (pg/ml)	1054,20 ± 833,30	58,31 ± 59,40	0,001
Urato (mg/dl)	6,11 ± 1,45	6,38 ± 7,68	NS
PCR (mg/L)	5,06 ± 14,80	2,46 ± 2,10	NS
Troponina T (ng/L)	10,25 ± 6,11	8,42 ± 6,85	0,01
Fibrinógeno (mg/dl)	329,40 ± 75,87	315,33 ± 73,31	NS
Galectina-3 (ng/ml)	16,87 ± 4,89	22,71 ± 21,94	NS
ST2 (ng/ml)	35,43 ± 15,89	27,43 ± 10,95	0,01

NS: no significativo; SAHS: síndrome de apnea e hipopnea del sueño; PCR: proteína C reactiva.



Conclusiones: Los pacientes con FA presentan cifras de proBNP, troponina T y ST2 mayores que los sujetos sanos, lo que traduce posiblemente procesos de remodelado y fibrosis. El estudio de estos BM (siendo proBNP el de mayor rendimiento), podría ayudarnos a detectar qué sujetos presentan más riesgo de presentar FA, y así poder realizar un seguimiento más preciso. Además, ser varón y presentar un menor filtrado glomerular también se relacionaron con la presencia de FA, siendo éstos factores de riesgo conocidos en el desarrollo de FA.