



5015-7. ¿ES EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EQUIVALENTE A LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA? UN ANÁLISIS DE CLÚSTERES CON BIOMARCADORES

Alberto Cordero Fort¹, Irene Velasco Ruiz², Emilio Flores Pardo², José Méndez Gallego¹, David Sirera Hernández¹, Rafael de la Espriella Juan³ y Julio Núñez Villota³

¹Hospital IMED Elche, Elche (Alicante), España, ²Hospital Universitario de San Juan, San Juan de Alicante (Alicante), España y ³Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Varios biomarcadores se han relacionado claramente con la insuficiencia cardiaca aguda (ICA). La cardiopatía coronaria es la principal causa de IC y, por tanto, los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) podrían presentar biomarcadores de IC elevados.

Métodos: Se realizaron mediciones de NT-proBNP, CA-125, ST-2, galectina-3 y proadrenomodulina (PAM) inicialmente en 100 pacientes: 51 ingresados por un SCA (31,4% complicados con ICA), 29 ingresados por IC y 20 controles. Se realizó un análisis de conglomerados con la hipótesis de que muchos pacientes con SCA tendrían valores de los biomarcadores similares a los pacientes con IC. Los sujetos se dividieron mediante agrupación jerárquica aglomerativa (clústeres) utilizando el método de varianza mínima de Ward y la métrica de distancia euclidiana al cuadrado. Al identificarse que la mayor capacidad discriminativa la tenían el NT-proBNP y el CA125 (que se miden de forma rutinaria) ampliamos la muestra con 20 controles, 9 pacientes más ingresados por SCA y 9 por ICA. Tras el alta se analizó el riesgo de muerte o reingreso por causa cardiovascular (CV).

Resultados: Con los 138 pacientes creamos Este análisis de agrupación jerárquica sugiere que más de la mitad los pacientes que desarrollan ICA en el SCA presentan el mismo patrón en biomarcadores y pronóstico que los pacientes con IC. Ados clústeres en base a la edad, fracción de eyección del ventrículo izquierdo y los valores de NT-proBNP y el CA125. El primer clúster contó con el 81,3% de los pacientes e incluyó al a todos los controles, el 95,5% de los pacientes con SCA sin ICA, el 62,5% de los pacientes con SCA complicados con IC y el 52,6% de los que habían ingresado por ICA (figura A); el 69,2% de los pacientes del clúster 2 eran pacientes con ICA, el 23,1% pacientes con SCA con ICA y 7,7% pacientes de SCA sin ICA. Los pacientes del clúster 2 presentaron valores más elevados de BNP ($13.936,57 \pm 7.174$ vs $1.187,1 \pm 1.766$; $p < 0,01$) y CA-125 ($141,6 \pm 176$ vs $27,7 \pm 22$; $p < 0,01$) que el resto (figura B). Durante el seguimiento (mediana 90 días, RIQ 66-120) los pacientes del clúster 2 presentaron una incidencia mucho más alta de muerte o reingreso por causa cardiovascular (50 vs 3,6%; $p < 0,01$). Como se muestra en la parte inferior de la figura, el análisis multivariante ajustado por edad, sexo, diabetes, fracción de eyección, NT-proBNP y CA125 (figura), identificó que los pacientes del clúster 2 tenían un casi 5 veces superior de muerte o reingreso CV (HR: 4,70, IC95% 1,02-21,5).



Conclusiones: Este análisis de agrupación jerárquica sugiere que más de la mitad los pacientes que desarrollan ICA en el SCA presentan el mismo patrón en biomarcadores y pronóstico que los pacientes con ICA.