



6108-8. NUEVOS BIOMARCADORES EN LA VALORACIÓN PRONÓSTICA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA: ¿HAY ALGO MEJOR QUE EL PROBNP?

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

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

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) aguda asocia un alto impacto en supervivencia y calidad de vida. Múltiples biomarcadores se han relacionado con el diagnóstico y pronóstico de IC aunque ninguno ha superado al proBNP. El factor de diferenciación de crecimiento 15 (GDF-15) y el receptor soluble de la uroquinasa (uPAR) han demostrado valor pronóstico en pacientes con IC y fracción de eyección preservada. Sin embargo, el papel de estos no está bien definido en pacientes con fracción de eyección reducida (FEVIr). Nuestro objetivo fue evaluar el valor pronóstico de GDF-15 y uPAR tras ingreso hospitalario en pacientes con IC y FEVIr.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, unicéntrico, incluyendo consecutivamente (de julio 2019 a marzo 2023) todos los pacientes ingresados con diagnóstico de IC y FEVIr derivados posteriormente a la Unidad de IC de nuestro centro. Las variables demográficas, clínicas, analíticas, etc. y de eventos en el seguimiento se obtuvieron de registros clínicos electrónicos. La hospitalización por IC se definió como necesidad de ingreso hospitalario durante más de 24 horas.

Resultados: Se incluyeron un total de 104 pacientes. La edad media fue de 67,20 años, siendo un 78,8% varones, 66,3% hipertensos, 47,1% diabéticos y 55,8% dislipémicos. La FEVI media era del 21,19%. Un 31,7% presentaba enfermedad renal crónica (ERC) en el momento de la inclusión, estando el 61,5% en ritmo sinusal. 46 pacientes (44,2%) presentaban ingresos previos por IC. Un 12,5% se encontraba en clase funcional III-IV de la NYHA. La mediana de tiempo de seguimiento fue de 23,51 meses, durante los cuales se produjeron 21 (20,20%) hospitalizaciones por agudización de IC. Mediante análisis de supervivencia por regresión de Cox, objetivamos la relación de biomarcadores como GDF-15 (HR 1,217 [1,070-1,384]) y uPAR (HR 1,41 [1,12-1,77]) con un mayor riesgo de hospitalización por descompensación de IC. Sin embargo, en nuestra serie, el proBNP a la inclusión o al alta hospitalaria no mostró relación pronóstica (HR 1,007 [0,97-1,05]). Otras variables relacionadas con ingreso en el seguimiento fueron ERC, ingresos previos por IC o NYHA III-IV.

Características basales (N = 104)

Edad en el momento de inclusión, años	67,16 ± 12,17
Varones, n (%)	88 (78,8)
Comorbilidades	
Hipertensión, n (%)	69 (66,3)
Diabetes, n (%)	49 (47,1)
Dislipemia, n (%)	58 (55,8)
Enfermedad renal crónica en el momento de inclusión, n (%)	33 (31,7)
Enfermedad pulmonar crónica, n (%)	31 (29,8)
Enfermedad cerebrovascular, n (%)	11 (10,6)
Ingresos previos por IC, n (%)	46 (44,2)
Disfunción ventricular de origen isquémico, n (%)	32 (30,8)
FA en el momento de inclusión, n (%)	32 (30,8)
Clase funcional (NYHA) III-IV	13 (12,5)
Hb al ingreso, mg/dl	13,46 ± 2,20
FGe en el momento de inclusión, ml/min/1,73m ²	66,05 ± 23,53
proBNP en el momento de inclusión, pg/ml	10,02 ± 10,93
proBNP al alta, pg/ml	3,42 ± 4,40
GDF-15 en el momento de inclusión, pg/ml	3,76 ± 2,63
uPAR en el momento de inclusión, pg/ml	3,10 ± 1,39

Los datos se expresan como número (%) o media $\pm$ desviación estándar. FA: fibrilación auricular; FGe: filtrado glomerular estimado; GDF-15: factor de diferenciación de crecimiento 15; Hb: hemoglobina; IC: Insuficiencia cardiaca; NYHA: New York Heart Association; proBNP: péptidos natriuréticos; uPAR: receptor soluble de la uroquinasa activador del plasminógeno.

Conclusiones: En nuestra población, la elevación de GDF-15 y uPAR fue predictiva para hospitalización por IC, mientras que otros marcadores más habituales (proBNP) no llegaron a alcanzar resultados significativos. Sin embargo, se necesita más investigación para confirmar estos hallazgos.