



## 270 - UTILIDAD DEL CA125 TRAS INGRESO HOSPITALARIO POR INSUFICIENCIA CARDIACA

*Beatriz Marín García, Iñaki Luis Saludes, Paula Cabestre Pinilla, Ángela Fernández García, Daniel Roger Zapata y Jesús Casado Cerrada*

*Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España.*

### Resumen

**Objetivos:** Evaluar la utilidad pronóstica del Ca 125 obtenido en los primeros 15 días tras el alta de una hospitalización por descompensación de IC.

**Métodos:** Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo en el que se analizan los datos de los pacientes incluidos en un programa asistencial de IC en un hospital secundario entre el 1/03/2019 y el 18/03/2023. Los datos clínicos, demográficos, ecocardiográficos y de tratamiento se obtuvieron de la primera visita en la consulta de IC, en los primeros 15 días de un alta hospitalaria por IC descompensada. Criterio de valoración principal: muerte por todas las causas y reingresos hospitalarios por IC que ocurrieron a lo largo del seguimiento. Se realizó un análisis descriptivo de la muestra utilizando la media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico para las variables cuantitativas según su distribución y el porcentaje para las variables categóricas. Se empleó chi-cuadrado para analizar variables cualitativas y t de Student/Mann Whitney en las cuantitativas. Se identificó la mediana del Ca 125 para estratificar los grupos a comparar. Se emplea el programa SPSS v.29. El nivel de significación estadística se estableció para un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyeron un total de 212 pacientes. El 52,4% fueron varones. La mediana de edad fue de 80 años. El 80,1% presentaban una IC con FEVI preservada, siendo la etiología más frecuente la hipertensiva (49,3%). La HTA fue la comorbilidad más frecuente (95,3%), seguida de la FA/flutter (67,3%). Se mide el Ca 125 en 170 pacientes (80,1%) de los 212 totales. La mediana de Ca 125 calculada fue de 26,25 U/mL, obteniendo 85 pacientes (50%) cifras superiores a ella. 67 pacientes (78,8%) con cifras de Ca 125 inferiores a la mediana tenían IC con FEVI preservada. Como se muestra en la tabla las características clínicas de los pacientes no difieren significativamente entre los dos grupos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los valores de NTproBNP y de troponina ( $p < 0,05$ ). No se objetivó diferencia estadísticamente significativa en cuanto al número de ingresos por IC en el análisis estratificado. Tampoco se objetivó diferencia cuando se analizó la mortalidad de los pacientes según sus cifras de Ca 125.

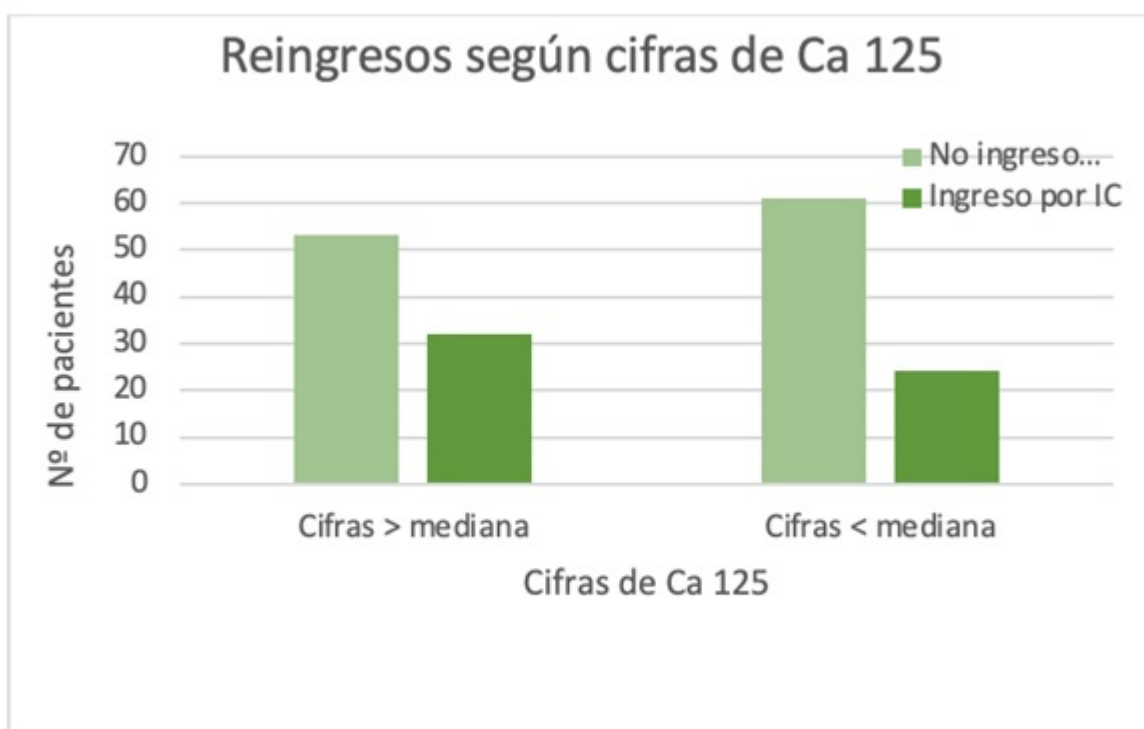
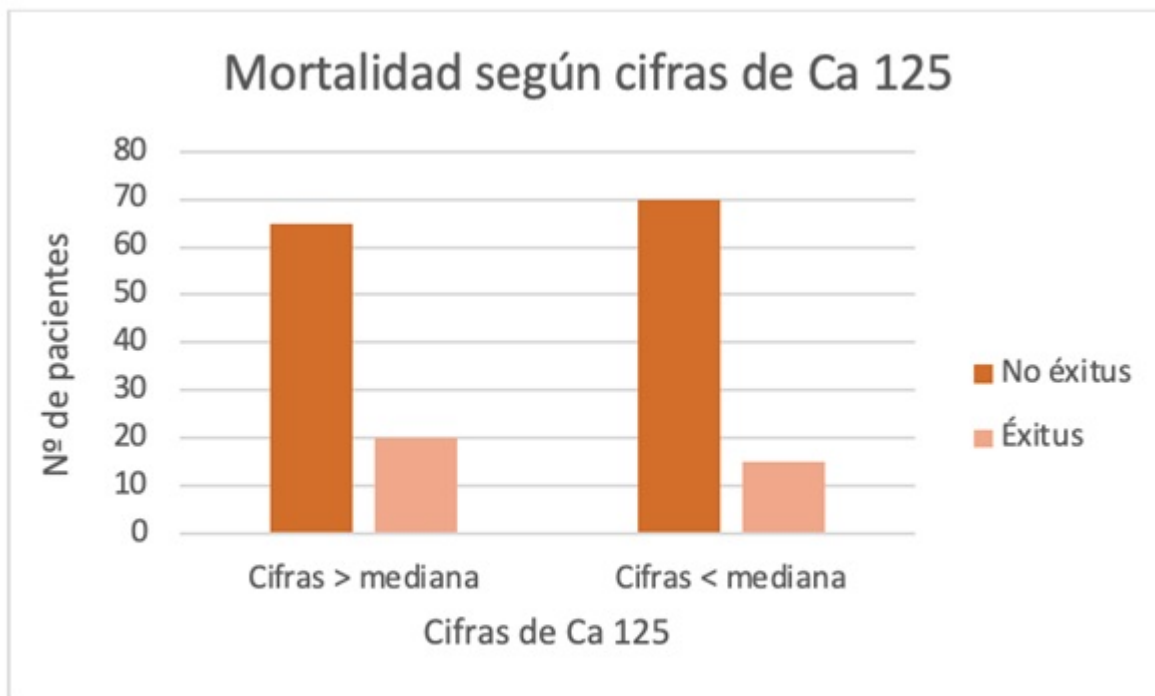
<b>Cohorte completa</b>	<b>Ca 125 superior a la mediana</b>	<b>Ca 125 inferior a la mediana</b>	<b>p</b>
<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	

**Variables demográficas**

<b>Edad (media)</b>	80,86 años	79,76 años	80,34 años	
<b>Sexo</b>				> 0,05
<b>Varones</b>	111 (52,4%)	43 (50,6%)	43 (50,6%)	
<b>Mujeres</b>	101 (47,6%)	42 (49,4%)	42 (49,4%)	
<b>Comorbilidades</b>				
<b>Anemia</b>	115 (54,5%)	49 (57,6%)	44 (51,8%)	
<b>HTA</b>	201 (95,3%)	81 (95,3%)	82 (96,5%)	
<b>DM</b>	114 (54%)	47 (55,3%)	49 (57,6%)	
<b>FA/flutter</b>	142 (67,3%)	61 (71,8%)	58 (68,2%)	
<b>DL</b>	127 (60,2%)	49 (57,6%)	53 (62,4%)	
<b>EPOC</b>	48 (22,7%)	18 (21,2%)	18 (21,2%)	> 0,05
<b>SAOS</b>	58 (27,5%)	22 (25,9%)	23 (27,1%)	
<b>Obesidad</b>	95 (45,2%)	36 (42,4%)	39 (45,9%)	
<b>Insuf. renal crónica</b>	119 (56,4%)	47 (55,3%)	46 (54,1%)	
<b>Tabaquismo</b>				
<b>Activo</b>	32 (15,2%)	9 (10,6%)	15 (17,6%)	
<b>Exfumador</b>	41 (19,5%)	18 (21,2%)	16 (18,8%)	
<b>Ecocardiograma</b>				
<b>FEVI</b>				
<b>Preservada</b>	169 (80,1%)	70 (82,4%)	67 (78,8%)	
<b>Deprimida</b>	23 (10,9%)	8 (9,4%)	8 (9,4%)	
<b>Intermedia</b>	19 (9%)	7 (8,2%)	10 (11,8%)	> 0,05
<b>IT</b>	152 (72,7%)	70 (82,4%)	56 (65,9%)	
<b>Dilatación AI</b>	186 (90,7%)	79 (92,9%)	73 (85,9%)	
<b>Dilatación AD</b>	95 (48,2%)	45 (52,9%)	37 (43,5%)	
<b>Dilatación VD</b>	36 (3,6%)	15 (17,6%)	16 (18,8%)	
<b>PAPs &gt; 40 mmHg</b>	83 (54,6%)	38 (60,3%)	31 (36,5%)	
<b>HVI</b>	130 (62,2%)	57 (67,1%)	46 (54,1%)	> 0,05
<b>Etiología de IC</b>				
<b>HTA</b>	104 (49,3%)	37 (43,5%)	44 (51,8%)	
<b>Isquémica</b>	29 (13,7%)	11 (12,9%)	10 (11,8%)	
<b>Valvular</b>	6 (2,8%)	1 (1,2%)	5 (5,9%)	> 0,05
<b>Otras</b>	44 (20,9%)	23 (27,1%)	14 (16,5%)	
<b>Combinación de previas</b>	28 (13,3%)	13 (15,3%)	12 (14,1%)	

**Tratamiento**

<b>&amp;beta;bloqueantes</b>	109 (51,7%)	42 (49,4%)	48 (56,5%)	
<b>IECA/ARA-II</b>	130 (61,6%)	55 (64,7%)	55 (64,7%)	
<b>Sac/Val</b>	5 (2,4%)	3 (3,5%)	1 (1,2%)	
<b>Antialdoster</b>	47 (22,3%)	20 (23,55)	20 (23,5%)	
<b>Diuréticos asa</b>	203 (96,2%)	84 (98,8%)	81 (95,3%)	> 0,05
<b>Tiazidas</b>	20 (9,5%)	7 (8,2%)	5 (5,9%)	
<b>ACO</b>	137 (64,9%)	57 (67,1%)	55 (64,7%)	
<b>Antiagreg</b>	56 (26,55)	21 (24,7%)	21 (24,7%)	
<b>ISGLT-2</b>	36 (17,15)	21 (24,7%)	14 (16,5%)	
<b>Hierro oral</b>	52 (24,6%)	19 (22,4%)	23 (27,1%)	
<b>EPO</b>	12 (5,7%)	6 (7,1%)	3 (3,5%)	
<b>Analítica</b>				<b>&lt; 0,05</b>
<b>NTproBNP</b>	<b>3.070 pg/mL</b>	<b>3.857 pg/mL</b>	<b>2.308 pg/mL</b>	<b>&lt; 0,05</b>
<b>Troponina</b>	<b>47,9 ng/mL</b>	<b>50,34 ng/mL</b>	<b>46,36 ng/mL</b>	
<b>Ca 125</b>	26,25 U/mL	-	-	
<b>Hb</b>	12,34 g/dL	12,15 g/dL	12,61 g/dL	> 0,05
<b>FGE</b>	46,15 ml/min	46,39 mL/min	47,77 mL/min	
<b>Cr</b>	1,52 mg/dL	1,47 mg/dL	1,50 mg/dL	
<b>Glucosa</b>	121 g/dL	119 g/dL	126 mg/dL	



*Conclusiones:* Las características clínicas de los participantes son similares a las halladas en trabajos relacionados con el objeto de estudio. La asociación significativa entre el Ca 125, troponina y NtproBNP es esperable como marcadores de congestión y daño miocárdico en los pacientes con IC. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en esta cohorte en relación con la mortalidad y reingresos hospitalarios cuando se estratifican en función de la mediana del Ca 125. Como causas, el tamaño de la muestra y que solo el 80% de los participantes tenían el Ca 125 medido a lo largo del seguimiento.

## **Bibliografía**

1. Llacer P, *et al.* Antígeno carbohidrato 125 (CA125) como marcador pronóstico en ancianos con insuficiencia cardiaca aguda y fracción de eyección preservada. *Medicina Clínica*. 2022.