



4028-9. MEJORÍA DE LA PREDICCIÓN PRONÓSTICA MEDIANTE LA MEDICIÓN DEL BNP EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST

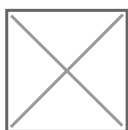
Ana García Álvarez, Ánder Regueiro Cueva, Marco Hernández, Gizem Kasa, Jaime Hernández, Marta Sitges, Xavier Bosch y Magda Heras del Hospital Clínic, Barcelona.

Resumen

Antecedentes y Objetivos: La utilidad clínica de un marcador radica en su capacidad de discriminar los pacientes de mayor riesgo. Nuestro objetivo fue analizar el valor pronóstico adicional que aporta el BNP sobre el mejor modelo predictivo -construido con el resto de factores de riesgo- en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) en relación a la mortalidad durante el ingreso y el seguimiento.

Métodos: Se incluyeron 710 pacientes (edad: 69 ± 12 años, 71% hombres) ingresados con un SCASEST. Los niveles de BNP se determinaron a las 24-72 horas del ingreso. Los modelos con mayor capacidad predictiva de mortalidad durante el ingreso (regresión logística) y en el seguimiento (regresión de Cox), sin incluir el BNP, se seleccionaron basados en el criterio de información de Akaike. El análisis de la mejoría predictiva de los modelos al añadir el BNP se basó en medidas de calibración (test de Hosmer-Lemeshow y su adaptación para Cox), discriminación (áreas bajo la curva ROC e índice C de Harrell) y reclasificación (mejoría de la reclasificación neta -NRI- e índice de mejoría de la discriminación -IDI-).

Resultados: 24 (3,4%) pacientes fallecieron durante el ingreso y 31 (5,2%) durante el seguimiento (mediana de 13,5 meses). El modelo con mayor capacidad predictiva de mortalidad durante el ingreso incluyó la edad, realización de cateterismo, creatina y leucocitos en sangre y fracción de eyección del ventrículo izquierdo. El BNP fue predictor independiente ($OR = 4,19$, $IC95\% 2,33-7,55$) y su inclusión mejoró la calibración (Hosmer-Lemeshow $p = 0,97$ vs $0,77$) y discriminación del modelo (área ROC $0,95$ vs $0,92$, $p = 0,01$; Figura A). La NRI fue del 87,5%, $p < 0,01$ y el IDI de $0,09$, $p = 0,01$. Asimismo, el BNP se asoció con la mortalidad durante el seguimiento ($HR = 1,15$, $IC95\% 1,05-1,23$) de forma independiente a la edad, revascularización, creatina y fracción de eyección (mejor modelo predictivo), y su inclusión mejoró la calibración (Moreau-O'Quigley-Lellouch $p = 0,93$ vs $0,71$) y discriminación del modelo (C de Harrell = $0,80$ vs $0,78$, $p = 0,056$). La figura B muestra la supervivencia estratificada por terciles de BNP (log-rank $p < 0,01$).



Conclusiones: La determinación del BNP durante las primeras 24-72 horas del ingreso en pacientes con SCASEST aumenta la capacidad de discriminar aquellos pacientes con riesgo de fallecer durante el ingreso y seguimiento a medio plazo.