

6068-428. UTILIDAD DEL SCORE BAN-ADHF COMO PREDICTOR DE LA EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA Y EL PRONÓSTICO AL ALTA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Irene Marco Clement¹, Inés Ramos González-Cristóbal², Josebe Goirigolzarri Artaza¹, María Alejandra Restrepo Córdoba¹, David Vivas Balcones², Juan Carlos Gómez Polo², Javier Higuera Nafria², Julia Playán Escribano², Isidre Vila Costa² y Julián Pérez-Villacastín Domínguez²

¹Unidad de Insuficiencia Cardiaca, Servicio de Cardiología y ²Servicio de Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El recientemente descrito y validado score BAN-ADHF constituye una herramienta creada mediante aprendizaje automático que permite predecir una baja eficiencia diurética en los pacientes que ingresan por insuficiencia cardiaca aguda (ICA). Secundariamente ha demostrado asociarse a mayor duración de ingreso y mortalidad intrahospitalaria (IH). Nuestro objetivo fue valorar su asociación con la evolución IH y pronóstico al alta en nuestro entorno.

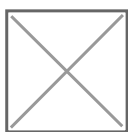
Métodos: Análisis retrospectivo de una cohorte prospectiva de pacientes consecutivos ingresados por ICA durante 8 meses entre 2021 y 2022. Se calculó el score BAN-ADHF al ingreso basado en creatinina, tensión arterial diastólica, dosis de diurético en domicilio, NT-proBNP, nitrógeno ureico (BUN), fibrilación auricular, hipertensión e ingreso por IC en el último año. Se excluyeron aquellos pacientes en los que una de las variables no estuviese registrada. Se utilizó el score BAN-ADHF como variable categórica con un punto de corte de 12 tal y como describen los autores. Se analizó también el área bajo la curva (AUC) del BAN-ADHF y de sus componentes aislados para predecir mortalidad IH. Se realizó seguimiento hasta abril 2024.

Resultados: Se incluyeron 215 pacientes, con edad media $76,8 \pm 11,4$, 115 (53,5%) varones. La mediana del score fue 7 (5-11) y 48 (22,3%) pacientes presentaron un score > 12 . La tabla muestra las diferencias entre ambos grupos. Los pacientes con score > 12 presentaron ingresos más prolongados (10 (6-22,5) versus 7 (5-12), $p = 0,0126$) y mayor mortalidad IH (7 (14,6%) versus 4 (2,4%), $p = 0,001$) que los pacientes con score ≤ 12 (7 (14,6%) versus 4 (2,4%), $p = 0,001$) que los pacientes con score ≥ 80 mg en 15 (38,5%) versus 36 (22,9%), $p = 0,048$) y presentaron con más frecuencia reingreso por IC (23 (48,9%) versus 36 (21,7%), $p = 0,001$), mortalidad cardiovascular (16 (33,3%) versus 12 (7,2%), $p = 0,001$) y total (27 (56,3%) versus 38 (22,8%), $p = 0,001$) durante un seguimiento mediano de 2,2 años. También mostraron un menor tiempo hasta el primer ingreso por IC o muerte cardiovascular en el análisis de supervivencia (figura). El AUC del BAN-ADHF score para la mortalidad IH fue de 0,8367, mejor que los elementos aislados del score exceptuando el BUN (0,8465).

	BAN-ADHF score ≤ 12 (n = 167)	BAN-ADHF score > 12 (n = 48)	p
Edad, media $\pm$ DE	$76,4 \pm 11,7$	$78,4 \pm 10,1$	0,2673

Varones, n (%)	88 (52,7)	27 (56,3)	0,663
Primer episodio de IC, n (%)	81 (48,8)	7 (14,6)	0,001
Diabetes, n (%)	52 (31,1)	25 (52,1)	0,008
Enfermedad coronaria, n (%)	40 (24,1)	25 (52,1)	0,001
Enfermedad renal crónica, n(%)	21 (12,6)	27 (56,3)	0,001
FEVI, media $\pm$ DE	47,3 $\pm$ 16,4	45,3 $\pm$ 17,5	0,4797
IC con FEVI 40%, n(%)	66 (39,5)	18 (37,5)	0,800
Prótesis valvular, n (%)	25 (15,6)	15 (31,3)	0,015
NT-proBNP al ingreso, mediana (RIC)	3.971 (2.230-7.154)	15.113 (6.097-37.052)	0,001
NT-proBNP al alta, mediana (RIC)	1.610 (1.002-3.208)	7.697 (3.101-15.694)	0,001

DE: desviación estándar; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo, IC: insuficiencia cardiaca; RIC: rango intercuartílico.



Curvas de Kaplan-Meier del tiempo hasta el primer ingreso por IC o muerte cardiovascular en función del score BAN-ADHF.

Conclusiones: El score BAN-ADHF es una herramienta útil para predecir la evolución en pacientes con ICA y podría utilizarse a la hora de elegir de entrada dosis mayores de diuréticos en aquellos con score > 12.