Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 1120

Revista Española de Cardiología

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 Clement[1], Inés Ramos González-Cristóbal[2], Josebe Goirigolzarri Artaza[1], María Alejandra Restrepo Córdoba[1], David Vivas Balcones[2], Juan Carlos Gómez Polo[2], Javier Higueras Nafria[2], Julia Playán Escribano[2], Isidre Vila Costa[2] y Julián Pérez-Villacastín Domínguez[2]

[1]Unidad de Insuficiencia Cardiaca, Servicio de Cardiología y [2]Servicio 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 ± 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 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 ± DE	76,4 ± 11,7	78,4 ± 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 ± DE	47,3 ± 16,4	45,3 ± 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.