

Impacto de un sistema de ayuda a la decisión clínica basado en NT-proBNP sobre la estratificación pronóstica y el inicio precoz de tratamiento en pacientes con sospecha de insuficiencia cardíaca de novo

Laura Martín Martínez(1), Adela Pozo Giráldez(1), Arancha Martí Martínez(1), Miguel Lorenzo Hernández(2), Jorge Montiel Pérez(2), Gonzalo Núñez Marín(2), Sandra Villar Conejos(2), Enrique Santas Olmeda(2), Julio Núñez Villota(2), Enrique Rodríguez Borja(1) y Rafael de la Espriella Juan(2) de (1)Servicio de Bioquímica Clínica y Patología Molecular y (2)Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia - España

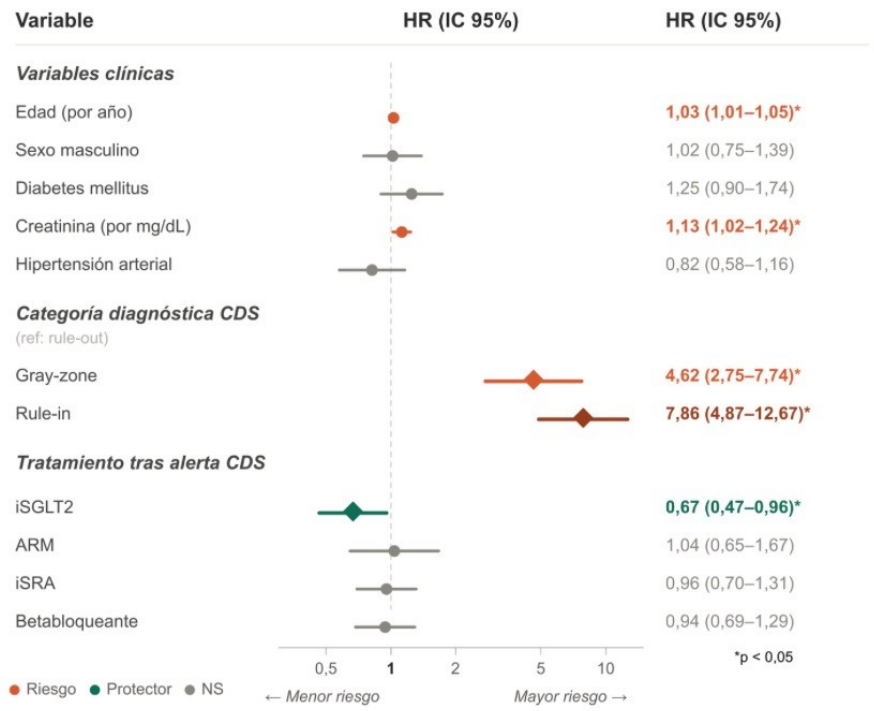
Introducción: Los pacientes con sospecha de insuficiencia cardíaca (IC) detectados mediante NT-proBNP en atención primaria y urgencias presentan frecuentemente retrasos en el inicio de tratamientos con beneficio pronóstico. Los sistemas de ayuda a la decisión clínica (CDS) integrados en el laboratorio podrían acelerar el diagnóstico y la instauración terapéutica. El objetivo fue evaluar la capacidad de estratificación pronóstica de un CDS automatizado y la asociación entre el inicio precoz de tratamiento y el compuesto de muerte por cualquier causa u hospitalización por IC a 6 meses.

Métodos: Estudio de cohorte prospectivo pragmático (enero 2023-marzo 2025) en el Departamento Clínico Valencia–La Malvarrosa mediante integración entre el sistema de información de laboratorio y la historia clínica electrónica (Abbott AlinIQ CDS v9.2.4). Se incluyeron 1388 pacientes sin IC previa con ?2 signos/síntomas y determinación de NT-proBNP. Se aplicaron umbrales diagnósticos estratificados por edad y obesidad en primaria (<50 años/obesidad: rule-out <149, rule-in 150–2000, alto riesgo >2000 pg/mL; ?50 años sin obesidad: <300, 300–2000, >2000) y por edad en urgencias (450, 900 y 1800 pg/mL para <50, 50–75 y >75 años). El CDS generó alertas automáticas ante pacientes rule-in.

Resultados: La edad media fue 73,5±12,4 años (42,6% varones). La mediana de creatinina y NT-proBNP fue 0,87 mg/dL (RIC 0,71-1,13) y 291 pg/mL (101-1228). Se clasificó como rule-out al 49,8% de pacientes, gray-zone al 17,7%, y rule-in al 32,5%. Se registraron 182 eventos a 6 meses (13,1%): 24 (3,5%) en rule-out, 43 (17,5%) en gray-zone y 115 (25,5%) en rule-in (p<0,0001). Tras la alerta, aumentó la prescripción de iSGLT2 (14,5% vs 23,4%) y de ARM (4,8% vs 9,0%). En el análisis multivariante, las categorías gray-zone (HR 4,62; IC95% 2,75–7,74) y rule-in (HR 7,86; IC95% 4,87–12,67) se asociaron con mayor riesgo de eventos. El inicio de iSGLT2 tras la alerta se asoció independientemente con una reducción del 33% del riesgo de muerte u hospitalización a 6 meses (HR 0,67; IC 95% 0,47–0,96; p=0,028).

Conclusiones: Un CDS automatizado basado en NT-proBNP permite una estratificación pronóstica altamente

discriminativa en pacientes con sospecha de IC de novo. El inicio precoz de iSGLT2 tras la alerta se asoció con una reducción significativa del riesgo de muerte u hospitalización por IC a 6 meses, apoyando su instauración inmediata ante sospecha diagnóstica.



** Modelo ajustado por: edad, sexo, diabetes, creatinina, hipertensión, categoría diagnóstica y prescripción de iSGLT2, ARM, iSRA y BB