



IC-47. - PERFIL DE USO DE NT-PROBNP POR LOS DISTINTOS SERVICIOS MÉDICOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

G. Verdejo Muñoz¹, P. Samperiz Legarre¹, M. Julián Ansón², J. Puente Lanzarote², M. Aibar Arregui¹, V. Garcés Horna¹, C. Josa Laorden¹, M. Martínez Marín³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Laboratorio de Bioquímica, ³Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Resumen

Objetivos: Analizar las determinaciones de NT-proBNP realizadas en el Laboratorio de Bioquímica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza para perfilar el uso del biomarcador en los distintos servicios que lo solicitan.

Métodos: Estudio analítico retrospectivo de todas las determinaciones de NT-proBNP realizadas en el período comprendido entre enero 2013 y abril 2014. Se recogieron los datos del servicio solicitante, si la solicitud provenía de la actividad en hospitalización o en consultas externas, y la cifra del biomarcador. Se compararon los datos del Servicio de Medicina Interna (MI) y del Servicio de Cardiología (CAR). De las determinaciones solicitadas por el Servicio de Urgencias (URG) se contabilizaron aquellas cuya cifra de NT-pro BNP era menor de 300 pg/ml.

Resultados: Se realizaron un total de 4.418 determinaciones de NT-pro BNP durante los 16 meses analizados. MI (con 120 camas) solicitó 2.156 del total de determinaciones (49%) de las que el 75% fueron en pacientes hospitalizados y una cuarta parte en pacientes seguidos en Consultas Externas. CAR (con 40 camas) fue responsable de 868 solicitudes (20%), 39% desde hospitalización y 61% desde Consultas Externas. URG solicitó 645 determinaciones (15%). Más distanciados, en cuanto al número de solicitudes, estuvieron los servicios de UCI (182), Neumología (70) y Oncología (30), entre otros. De las muestras procedentes de URG, en 112 (17%), las cifras de NT-pro BNP eran menores de 300 pg/ml.

Discusión: Las aplicaciones principales de NT-pro BNP son la ayuda en el diagnóstico de la disnea aguda por su alto valor predictivo negativo con cifras menores de 300 pg/ml para exclusión de IC, en el diagnóstico de IC por encima de ciertas cifras, y para la estratificación pronóstica de la IC.. La cuantificación de las solicitudes de los servicios que atienden fundamentalmente al paciente con IC, pone de manifiesto la gran diferencia existente, en cuanto al número, entre MI y CAR con un 30% de solicitudes más en la primera. El mayor número de pacientes con IC en MI, así como un mayor uso con fines diagnósticos de este análisis, por la menor disponibilidad que se tiene del ecocardiograma pueden justificarla.. La diferencia observada entre ambos servicios en cuanto a la procedencia de las solicitudes (ingresados vs ambulatorios) puede deberse, en parte, a que en consultas de CAR se atienden pacientes derivados para estudio o por sospecha de IC además de pacientes para seguimiento del propio servicio. Mientras que en MI la existencia de un grupo de investigación en IC

con consulta tras el Alta e interés en pronóstico y biomarcadores hace que se realizan más determinaciones durante el ingreso.

Conclusiones: 1) De los servicios que atienden a los pacientes con IC en nuestro hospital, MI genera la mitad de las solicitudes de NT-proBNP. 2) En MI el 75% de las solicitudes provienen de pacientes ingresados, mientras que en CAR el 61% de sus solicitudes proceden de consultas externas. 3) La diferencia en el número de camas, la existencia de un grupo de investigación en IC y la distinta accesibilidad a la ecocardiografía han podido contribuir a los diferentes perfiles de uso del NT-proBNP en ambos servicios. 4) Su uso en URG permitió excluir, en 17% de los casos en los que se solicitó, la IC como causa de disnea aguda.