



<https://www.revclinesp.es>

IC-051 - NTPROBNP VS ECOGRAFÍA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE la INSUFICIENCIA CARDÍACA

J. García Pedro¹, J. Chordá Ribelles¹, M. Asensio Tomás¹, K. Antelo Cuéllar¹, I. Gómez Buela², S. Pintos Martínez¹, P. Martín Rico¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Denia. Denia (Alicante). ²Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos. Ferrol (A Coruña).

Resumen

Objetivos: Confrontar el nivel de NTProBNP con variables ecocardiográficas para valorar cuáles son más discriminativas en cuanto a diagnóstico y seguimiento de insuficiencia cardíaca.

Métodos: Seleccionamos 57 casos consecutivos de pacientes ingresados en Medicina Interna en los últimos dos meses en los que se determinó el nivel de NTProBNP y relacionamos este nivel con las variables abajo referidas.

Resultados: Al relacionar NTproBNP con la cava, se observan los valores crecientes conforme la cava está más dilatada (fig. 1: 0 normal, 1 dilatada con buen colapso, 2 pleóptica). Estas variaciones fueron estadísticamente significativas: test de Kruskal-Wallis, $p = 0,0006$. Podemos establecer en nuestra serie de casos un valor mediana (y rango intercuartílico) de NTProBNP para cada categoría de la cava: cava normal: 1.122 (353-4.843); cava dilatada con buen colapso: 7.524 (4.392-17.199); cava pleóptica: 25.000 (14.179-25.000). Al comparar el NTproBNP con la fracción de eyección, se observan valores crecientes en relación con el nivel de alteración de la función. En el caso de función sistólica alterada, los valores de NTProBNP muestran una fuerte dispersión (fig. 2). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas: Kruskal-Wallis, $p = 0,0001$. En cuanto a la función diastólica, se observaron diferencias en valores de NTProBNP no significativas: test de Mann-Whitney, $p = 0,3336$. Los valores de NTproBNP son muy superiores en caso de diagnóstico al alta de Insuficiencia cardíaca. El NTproBNP mediano en pacientes sin ICC es de 547 (RIC 108-926) y en los diagnosticados al alta de ICC es de 3.875 (RIC 1.083-15.507). Las diferencias observadas fueron estadísticamente significativas: Mann-Whitney, $p = 0,0001$. La estancia mediana en pacientes con alteración en cava (figs. 1 y 2) fue superior a la de los pacientes sin alteración (0) (fig. 3). Estas diferencias en el tiempo de estancia en función del estado de la cava fueron estadísticamente significativas: test de Kruskal-Wallis, $p = 0,0301$. Al relacionar el tiempo de estancia con los niveles de NTproBNP las diferencias no fueron estadísticamente significativas: test de Kruskal-Wallis, $p = 0,1314$.

Discusión: En nuestra serie de casos observamos una relación entre el NTProBNP y el estado de la cava, con rangos para cada grado de dilatación de la cava, y dado que a través del diámetro y colapsabilidad de la cava se puede inferir la PVC (presión venosa central), pensamos que se podrían establecer rangos también para inferir la PVC a través del nivel de NTProBNP, no hemos encontrado estudios previos que contemplen esta posibilidad.

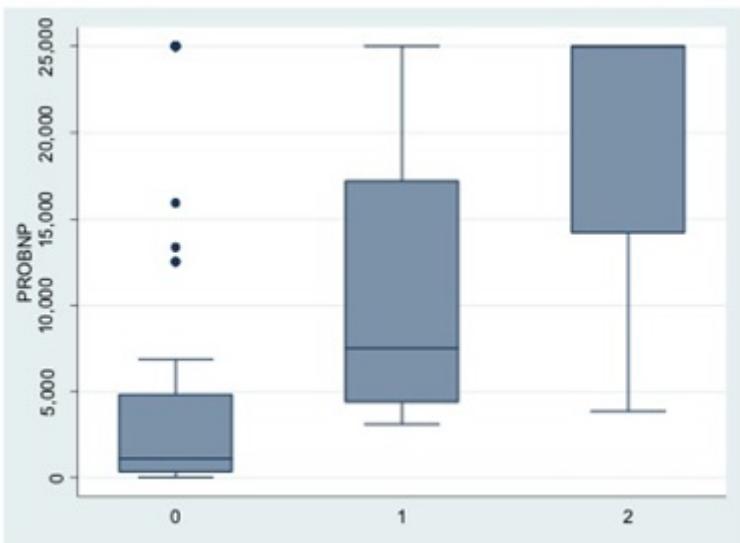


Figura 1.

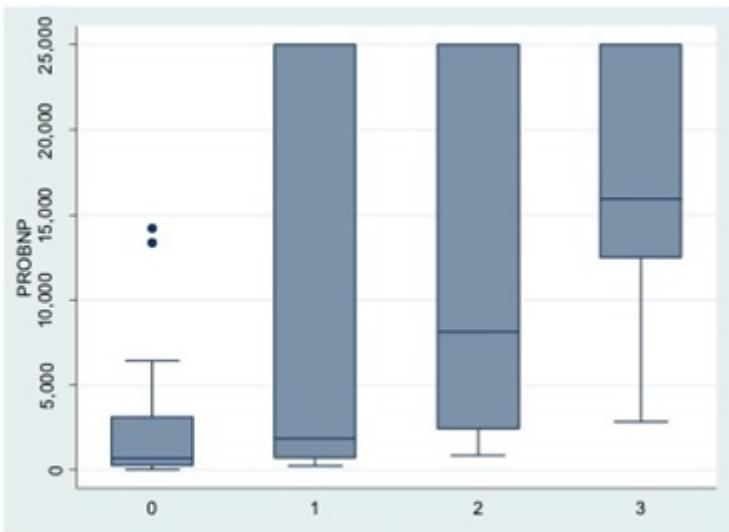


Figura 2.

IC-051c.jpg

Figura 3.

Conclusiones: La relación del estado de la cava con rangos de elevación del NTProBNP podría permitir a su vez relacionar estos rangos del NTProBNP con niveles de presión venosa central. El NTProBNP en nuestra serie discrimina bien entre disfunción sistólica y función sistólica normal, pero no es un buen test para discriminar entre grados de disfunción sistólica. El NTProBNP en nuestra serie no es un test de laboratorio fiable para predecir disfunción diastólica. En nuestra serie la valoración de la cava mediante ecografía clínica a pie de cama resulta una mejor herramienta que el NTProBNP para el seguimiento hospitalario, predice mejor la estancia prolongada.