Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):462

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

IC-017 - UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA

M. Sáenz de Tejada López[1], M. Gómez Rubio[2], S. Pintos Martínez[2]

[1]Medicina Interna. Hospital Infanta Elena (CHUH). Huelva.[2]Medicina Interna. Hospital de Dénia. Dénia (Alicante).

Resumen

*Objetivos:*Nuestro objetivo es describir los resultados encontrados en la ecocardiografía clínica en contraposición de los resultados analíticos iniciales del NT-ProBNP.

*Material y métodos:*Estudio descriptivo. Durante 2 meses se seleccionan 34 pacientes (59,35%) de las ecocardiografías clínicas realizadas por la unidad de Medicina Interna, solicitadas por clínica de Insuficiencia cardíaca (IC) con o sin NT- ProBNP alterado inicialmente pero con alguna determinación mayor o igual de 1.800 pg/ml (siendo este el punto de corte establecido con el 95% de probabilidad de tener IC en el rango de edad según los resultados de la muestra que se especifica a continuación) y se compara con el resultado obtenido del estado del Ventrículo izquierdo (VI) dilatado o no dilatado (según el DTDVI establecido por sexo).

*Resultados:*La edad media de la muestra seleccionada es de 78,35 años, de los cuales 13 son mujeres y 21 son hombres. De éstos, 20 pacientes (58,8%) presentaban IRC con una media de FGe de 38,5 ml/Kg/min (estadio 3b) y 14 pacientes (41,2%) tenían un FGe > 60 ml/Kg/min. La media de NT-ProBNP fue de 12.105 pg/ml, si los diferenciamos entre pacientes con VI dilatado, el resultado fue de 12 pacientes (35,3%) con una media de NT- ProBNP de 17.981 pg/ml y VI no dilatado, 22 pacientes (64,7%) con una media de NT-ProBNP de 8.535 pg/ml. El 35,3% de los pacientes totales (12) tenían una FEVI preservada y 20 pacientes (58,8%) tenían la aurícula izquierda dilatada.

*Discusión:*Nuestro estudio coincide con el resultado de otros en afirmar que los niveles de BNP por sí solo, no puede diferenciar entre pacientes con IC sistólica y diastólica, por tanto la ecocardiografía es necesaria, y en este contexto la ecocardio clínica realizada por el internista a pie de cama puede ser una medida coste-efectiva. El BNP no debe convertirse en una prueba diagnóstica exclusiva. Debe ser interpretado teniendo en cuenta factores como edad, sexo y dentro de un contexto clínico, ya que circunstancias como la isquemia, infarto e i. renal lo elevan. Fármacos como Bb alteran sus valores, e IECA y diuréticos disminuyen concentración. En pacientes postIAM, la concentración de BNP está inversamente asociada con la FE. Una FE 40% vista por ecocardiografía aumenta significativamente los valores de BNP, aun así parece difícil determinar intervalos de valores para realizar un cribado de disfunción ventricular, y no hay datos concluyentes en cuanto al screening de la disfunción sistólica VI asintomática en población general. Desconocemos si una única medida de BNP es suficiente para predecir el pronóstico o si un cambio en la concentración en el seguimiento y con el tratamiento daría más información, en este caso, la necesidad de determinaciones de BNP seriadas, supondría un coste > 50€ cada una, incurriendo en un aumento coste-efectividad poco deseado. El ajuste de tratamiento en función de los niveles de BNP no es fácil, dado que su concentración no siempre se correlaciona con la evolución clínica. El 20-50% de los pacientes con IC tiene la

FEVI preservada en ecocardiografía, siendo la disfunción diastólica probablemente la causa. La proporción de pacientes con fallo cardíaco debido a anomalías cardíacas aisladas diastólicas aumenta con la edad. En la mayoría de los casos el fallo cardíaco diastólico no puede ser distinguido del sistólico en base solo a la HC, EF, Rx tórax o ECG. Según nuestros resultados tampoco el BNP sería suficiente, el diagnóstico se basaría más bien en la ecocardiografía.

*Conclusiones:*Ante estos resultados concluimos que la utilización de ecocardiografía por internistas podría ser una estrategia coste-efectiva para discriminar ante situaciones de disnea en pacientes que se sospeche IC, dándonos más información que el NTproBNP, ya que se altera en IC sistólica y diastólica, además de poder determinar el grado de IC y más parámetros que son de utilidad para el manejo de nuestros pacientes en M.Interna, con la ventaja de no ser invasiva y poder hacer seguimiento y diagnóstico desde una situación de urgencia.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.