

5. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56A:M146–56.

Pedro Abizanda Soler

Servicio de Geriátría, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

Correo electrónico: pabizanda@sescam.jccm.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.06.013>

Los escenarios de utilidad de los péptidos natriuréticos

Situations where natriuretic peptides may be useful

Sr. Director:

Hemos leído el artículo de J.M. Lobos Bejarano et al.¹ publicado en su revista, donde se llega a la conclusión de que el péptido natriurético tipo B (BNP) puede ser de utilidad en el diagnóstico precoz de la disfunción sistólica ventricular izquierda en pacientes de alto riesgo de presentar insuficiencia cardíaca, aportando con ello una nueva utilidad a la determinación del BNP, que se uniría a su papel en el diagnóstico diferencial de la disnea aguda en urgencias y su utilidad en la monitorización terapéutica y evolutiva de los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. En este sentido, nuestro grupo de trabajo analizó con los datos del registro *Epidemiology Acute Heart Failure Emergency* (EAHFE)² el valor pronóstico del BNP en 662 pacientes con insuficiencia cardíaca aguda (ICA) atendidos en 9 servicios de urgencias hospitalarios³, con unos resultados que muestran, para un valor de corte de 5.180 pg/ml de la fracción N-terminal del pro-BNP, un poder discriminativo moderado, pero estadísticamente significativo, para la mortalidad intrahospitalaria (área bajo la curva [AUC] 0,75, $p < 0,001$) y a 30 días (AUC 0,71, $p < 0,001$) y nulo para la reconsulta (AUC 0,50, $p = 0,92$). Analizando el grupo de pacientes al que se dio el alta directamente desde urgencias, los resultados fueron similares, con lo que concluimos que el BNP es útil para predecir la mortalidad de un paciente concreto por ICA. Sin embargo, en un análisis posterior, analizamos si el hecho de poder determinar el BNP en urgencias a los pacientes con ICA en comparación con el hecho de no poder hacer esta determinación tenía también valor pronóstico⁴; nuestros resultados sobre 2.423 pacientes con ICA muestran una mortalidad intrahospitalaria del 7,2%, y una mortalidad y reconsulta a los 30 días del 8,1 y del 24%, respectivamente. La determinación de BNP no se asoció, en aquellos pacientes en los que se llevó a cabo, a un mejor pronóstico en la mortalidad intrahospitalaria y a los 30 días, ni a una reducción de la reconsulta a los 30 días siguientes, incluso en el grupo de los pacientes a los que se dio el alta directamente desde urgencias, fue superior la reconsulta a los 30 días en aquellos pacientes en que sí se realizó el BNP. Con ello concluimos que si bien la determinación del BNP tiene valor pronóstico en un individuo concreto que

consulta por ICA en urgencias, dicho valor pierde su interés ante el hecho de que en los pacientes en los que no se determina este BNP el pronóstico es similar. Pensamos que el valor que tiene la determinación del BNP en el diagnóstico precoz de disfunción sistólica ventricular izquierda en pacientes de alto riesgo de presentar insuficiencia cardíaca pierde su interés si dicha determinación no tiene un impacto en la supervivencia de estos pacientes, como nos ha pasado con el BNP en la ICA atendida en urgencias, si bien es una línea de investigación muy interesante, pero por otra parte difícil de valorar dado que, como bien dice el autor, muchos pacientes presentan hipertensión en tratamiento con IECA, un fármaco con un importante impacto en la mortalidad de los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica⁵. A esto se añade el hecho de que según las recomendaciones actuales la insuficiencia cardíaca sin síntomas (estadios A y B) únicamente se debe de tratar con control de los factores de riesgo cardiovascular y con IECA o ARA-II, por lo tanto deja poco margen para la optimización terapéutica⁶.

Bibliografía

1. Lobos Bejarano JM, Horrillo García C, González-González AI, Castellanos Rodríguez A, Díaz Sánchez S, Castellanos Maroto J, et al. Validez y utilidad del péptido ventricular natriurético tipo B (BNP) en la detección de disfunción ventricular izquierda en pacientes de alto riesgo en atención primaria. *Aten Primaria*. 2012;44:13–9.
2. Llorens P, Martín-Sánchez FJ, González-Armengol JJ, Herrero P, Jacob J, Álvarez AB, et al. Perfil clínico de los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda en los servicios de urgencias. Datos preliminares del Estudio EAHFE (*Epidemiology Acute Heart Failure Emergency*). *Emergencias*. 2008;20:154–63.
3. Jacob J, Llorens P, Martín-Sánchez FJ, Herrero P, Álvarez A, Pérez-Durá MJ, et al. Valor pronóstico de la determinación urgente del péptido natriurético tipo B en los servicios de urgencias en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda: estudio PICASU-1. *Emergencias*. 2011;23:183–92.
4. Miró O, Jacob J, Martín-Sánchez FJ, Herrero P, Pavón J, Pérez-Durá MJ, et al. Implicaciones pronósticas de la posibilidad de determinar con carácter urgente el péptido natriurético tipo B en el servicio de urgencias en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda: estudio PICASU-2. *Emergencias*. 2011;23:437–46.
5. The CONSENSUS Trial Study Group. Effects of enalapril on mortality in severe congestive heart failure. Results of the Cooperative North Scandinavian Enalapril Survival Study (CONSENSUS). *N Engl J Med*. 1987;316:1429–35.
6. Barrio Ruiz C, Parellada Esquius N, Alvarado Montesdeoca C, Moll Casamitjana D, Muñoz Segura MD, Romero Menor C. Insuficiencia cardíaca. Perspectiva desde atención primaria. *Aten Primaria*. 2010;42:134–40.

Javier Jacob^{a,*}, Francisco Javier Martín-Sánchez^b, Pablo Herrero^c, Oscar Miró^d y Pere Llorens^e

^a *Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Bellvitge, Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España*

^b *Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid, España*

^c *Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España*

^d *Área de Urgencias, Hospital Clínic, Grupo de investigación Urgencias: procesos y patologías, Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España*

^e *Servicio de Urgencias-Unidad de Corta Estancia y Unidad de Hospitalización Domiciliaria, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jjacob@bellvitgehospital.cat (J. Jacob).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.02.014>