



## CARTAS AL DIRECTOR

## Los escenarios de utilidad de los péptidos natriuréticos. Respuesta de los autores

## The use scenarios of the natriuretic peptides. Reply

Sr. Director:

Dentro de los escenarios de utilidad del péptido natriurético tipo B (BNP) en la insuficiencia cardíaca (IC), la detección precoz de la disfunción sistólica ventricular izquierda (DSVI) es aún un asunto por dilucidar, ya que los estudios muestran que la rentabilidad de su uso depende de la prevalencia de la enfermedad en la población estudiada<sup>1</sup>. En nuestro estudio<sup>2</sup>, en línea con otros publicados, se alcanzó un valor predictivo negativo aceptable (96.5%) con una prevalencia de DSVI en la población incluida alta (9%). Estamos de acuerdo con Jacob J et al.<sup>3</sup> en que aún quedan interrogantes en este campo, como valorar las posibles implicaciones clínicas, terapéuticas y económicas de esta intervención.

Más allá del cribado, es en el diagnóstico de la IC donde el BNP tiene una utilidad inequívoca soportada por una evidencia científica amplia, lo que le ha llevado a ser incluido en las guías de práctica clínica de referencia<sup>4</sup>. El estudio al que aluden Jacob et al., realizado en servicios de urgencia hospitalarios<sup>5</sup> y que les lleva a cuestionar la utilidad del BNP en este contexto, tiene varias limitaciones: la primera es que se trata de un estudio retrospectivo, con los sesgos inherentes a este tipo de estudios, válidos para generar una hipótesis, pero no para formular ciertas aseveraciones, y la segunda, más importante, es que en la supuesta evaluación del uso del BNP en urgencias no se tiene en cuenta su principal valor, que es la capacidad de descartar la IC en los pacientes que acuden por disnea aguda. Por su gran sensibilidad y elevado VPN (> 98%) un valor normal de BNP excluye virtualmente la IC como causa de disnea<sup>4</sup> y obliga a buscar otras causas. Niveles de BNP < 100 pg/ml (o un NT pro-BNP < 300 pg/ml) permiten descartar una IC aguda en 9 de cada 10 casos<sup>2</sup>. Por tanto, este es un aspecto crucial para todos los pacientes con disnea, y no solo para los

que acaban con el diagnóstico positivo de IC. La utilidad del BNP en este escenario clínico ha sido también evaluada de forma prospectiva en el ámbito de la atención primaria en España con resultados favorables, incluidos los de coste-efectividad<sup>6</sup>.

Dicho esto, el BNP debe ser valorado no aisladamente sino en el contexto clínico global del paciente, incluyendo la ecocardiografía cuando esté indicada. Así es como ha sido evaluado en los grandes estudios y como cabe utilizarlo en práctica clínica. El BNP no es una prueba de blanco o negro y requiere adiestramiento en su uso, incluyendo un conocimiento amplio de sus ventajas y limitaciones. De igual modo, el BNP a menudo arroja resultados que se encuentran en la «zona gris» y, por tanto, no permite descartar o confirmar el diagnóstico en estos casos. Pero tampoco la ecocardiografía es definitiva en muchos pacientes, en particular en la IC con función sistólica preservada, donde de nuevo el BNP puede ser de una enorme utilidad combinado con esta y con la sintomatología<sup>2,4</sup>.

Ya sea desde la urgencia hospitalaria o atención primaria, estamos de acuerdo que la IC es un síndrome clínico complejo que no tiene un parámetro único que lo defina, como sucede en la insuficiencia renal, la diabetes o la EPOC. El BNP, del que tanto se ha publicado en los últimos años, no es probablemente el marcador definitivo de la IC. Sin embargo, además de su papel incuestionable en el diagnóstico, está bien documentado en múltiples estudios y metaanálisis su valor pronóstico sobre la morbilidad y mortalidad<sup>2</sup>, lo que supone también una información muy relevante en el manejo de estos pacientes.

## Bibliografía

1. Maisel A, Daniels LB. Breathing Not Properly 10 Years Later. *J Am Coll Cardiol*. 2012;60:277–82.
2. Lobos Bejarano JM, Horriño 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;44:13–21.
3. Jacob J, Martín-Sánchez FJ, Herrero P, Miró O, Llorens P. Los escenarios de utilidad de los péptidos natriuréticos. *Aten Primaria*. 2012;44:739–40.

Véase contenido relacionado en DOI:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.02.014>

4. McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *Eur Heart J*. 2012;33:1787–847.
5. 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 cardiaca aguda: estudio PICASU-2. *Emergencias*. 2011;23:437–46.
6. Verdú JM, Comín-Colet J, Domingo M, Lupón J, Gómez M, Molina L, et al. Rapid point-of-care NT-proBNP optimal cut-off point for heart failure diagnosis in primary care. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:613–9.

José M. Lobos Bejarano<sup>a,\*</sup>, Santiago Díaz Sánchez<sup>b</sup> y Amparo Mena González<sup>c</sup>

<sup>a</sup> *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Jazmín, Madrid, España*

<sup>b</sup> *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Pintores, Madrid, España*

<sup>c</sup> *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Atención Primaria Maragall, Barcelona, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jmlobos@gmail.com](mailto:jmlobos@gmail.com)

(J.M. Lobos Bejarano).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.11.012>

## ¿Tiene tratamiento la ereutofobia?

### Is there a treatment for ereuthophobia?

El rubor facial patológico, o ereutofobia, consiste en el sonrojo severo desencadenado por un estímulo social o emocional, debido a una actividad anómala del sistema nervioso simpático. Es uno de los síntomas cardinales de la fobia social; sin embargo, en ocasiones, el propio rubor desencadena la fobia y supone un lastre profesional, psicológico y social para muchas personas<sup>1</sup>.

Las terapias disponibles son de tipo farmacológico, técnicas psicoterapéuticas y, especialmente, tratamiento quirúrgico<sup>2</sup>.

### Tratamientos no quirúrgicos (tabla 1)

#### Tratamientos farmacológicos

Los tratamientos farmacológicos incluyen betabloqueantes (BB), ansiolíticos y antidepresivos (inhibidores de la recaptación de serotonina [ISRS] y otros tipos).

**Tabla 1** Tratamientos no quirúrgicos del rubor facial

| Estudio                               | Tipo               | Objetivo                 | Número                        | Tratamiento                                              | Resultado                                                                |
|---------------------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Yuraitis et al., 2004. Estados Unidos | Caso clínico       | Rubor facial persistente | 1                             | Toxina botulínica A                                      | Resultado satisfactorio                                                  |
| Connor et al., 2006. Estados Unidos   | ECA                | Fobia social             | 346 sertralina<br>273 placebo | Sertralina vs. placebo                                   | Mejoría rubor: $p < 0,003$                                               |
| Licht, 2008. Dinamarca                | Opinión de experto | Capítulo de revisión     | –                             | Farmacológico anticolinérgico y beta-bloqueante. Tópico. | Mala relación eficacia/efectos secundarios                               |
| Welsh, 1978. Estados Unidos           | Caso clínico       | Rubor facial             | 1                             | Hipnosis                                                 | Resultado satisfactorio                                                  |
| Mulken et al., 2001. Holanda          | ECA                | Rubor facial             | 31                            | ED vs. ECT                                               | Mejora significativa del miedo al rubor (no del rubor) para ambos        |
| Bögels, 2006. Holanda                 | ECA                | Fobia social             | 65                            | (ECT vs. RA) + TC                                        | Mejor resultado ECT + TC para síntomas físicos, sobre todo a largo plazo |
| Chaker et al., 2010. Alemania         | Serie de casos     | Rubor facial             | 31                            | ECT + Tc (intensivo)                                     | 65%, mejoría persistente                                                 |
| Lobjoie et al., 2012. Francia         | Serie de casos     | Rubor facial             | 55                            | TCc                                                      | 57,6%, remisión                                                          |

ECA: ensayo clínico aleatorizado; ECT: entrenamiento en concentración de tarea; ED: exposición directa; TC: terapia cognitiva; Tc: terapia conductual; TCc: terapia cognitiva-conductual; RA: relajación aplicada.