

Péptido cerebral natriurético en atención primaria

Sr. Director: Se ha publicado recientemente en la Revista el proyecto de investigación titulado «Péptido cerebral natriurético en atención primaria: valor diagnóstico en la insuficiencia cardíaca»¹ por el grupo de trabajo PICAP. A propósito del tema nos gustaría hacer las siguientes reflexiones.

En atención primaria (AP) hemos centrado nuestros esfuerzos fundamentalmente en el control de los factores de riesgo de la insuficiencia cardíaca (IC), es decir, sobre los pacientes incluidos en el estadio evolutivo A» de la ACC/AHA². Pero la disfunción sistólica (DS) del ventrículo izquierdo (VI) es un fenómeno de carácter evolutivo que conduce a un deterioro progresivo de la función contráctil y de la situación clínica del paciente.

Para llevar a cabo el proceso diagnóstico de IC en el grupo de pacientes que presentan síntomas dudosos o que se encuentran asintomáticos, pero ya con enfermedad estructural cardíaca (estadio B)², que atendemos en nuestras consultas de AP, así como los pacientes con disnea aguda de origen incierto que se atienden en los servicios de urgencia, disponemos de la historia clínica y una exploración física exhaustivas, así como de una analítica, un electrocardiograma y una radiografía de tórax.

La ecocardiografía es la prueba de referencia en el estudio de la IC; sin embargo, el acceso que tenemos los médicos de AP a ella es variable, pero siempre subóptimo. Por otro lado, requiere una tecnología sofisticada y cara, así como un operador experimentado, con un importante consumo de tiempo. Algunos estudios ponen de manifiesto que, solamente alrededor de un 25% de los pacientes remitidos para ecocardiografía con diagnóstico clínico de IC en AP finalmente muestra DS de VI³.

En AP, si únicamente empleamos criterios clínicos, las etiquetas de IC falsamente po-

sitivas pueden llegar hasta un 50%⁴, y hasta el 43% de los pacientes que acuden por disnea a las urgencias hospitalarias son diagnosticados erróneamente de IC⁵.

La IC es la única enfermedad cardiológica cuya prevalencia e incidencia han aumentado en los últimos años y el papel que a los médicos de familia nos corresponde es amplio y trascendental para mejorar el pronóstico y disminuir los ingresos hospitalarios por reagudización.

La posibilidad, en el futuro, de disponer en AP y en los servicios de urgencias de un biomarcador como el péptido natriurético tipo B (BNP), que actualmente es la neurohormona sobre la que más interés se ha mostrado, debido a su alta sensibilidad y especificidad en DV y a su rápida determinación⁶ en la cabecera del enfermo, puede hacer modificar el proceso diagnóstico y el seguimiento de los pacientes con IC, sobre todo de los que presentan síntomas dudosos o con probabilidad intermedia y en los que presentan disnea de origen incierto⁷, además de optimizar el acceso a la ecocardiografía.

Por ello, el proyecto del grupo PICAP es sumamente interesante y esperamos los resultados del estudio. No hay que olvidar que sobre todo la historia clínica y las pruebas complementarias de las que disponemos en AP son útiles en el diagnóstico de la IC, por lo que disponer de otras pruebas diagnósticas no es motivo para obviar las ya existentes, sino que deben ser integradas como una parte más del proceso diagnóstico.

F. Montiel-Carreras
y J. Chehayeb-Morán

Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud Rondilla 1. Valladolid-Este. Valladolid. España.

1. González González AI, Lobos Bejarano JM, Horrillo García C, et al. Péptido cerebral natriurético en atención primaria: valor diagnóstico en la insuficiencia cardíaca. *Aten Primaria*. 2005;36:510-4.
2. Hunt SA, Baker DW, Chin MH, Cinquegrani MP, Feldman AM, Francis GS, et al. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines

(Committee to revise the 1995 Guidelines for the Evaluation and management of Heart Failure). *J Am Coll Cardiol*. 2001;38:2101-13.

3. Francis CM, Caruana L, Kearney P, Love M, Sutherland GR, Starkey IR, et al. Open access echocardiography in the management of heart failure in the community. *BMJ*. 1995;310:634-6.
4. Remes J, Miettinen H, Reunanen A, Pyörälä K. Validity of clinical diagnosis of heart failure in primary health care. *Eur Heart J*. 1991;12:315-21.
5. Mikta M. Peptides prove predictive for heart failure patients. *JAMA*. 2002;287:1926-9.
6. Roig Minguell E. Utilidad clínica de los marcadores neurohormonales en la insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57:347-56.
7. Pascual Figal DA, Cerdán Sánchez MC, Noguera Velasco JA, et al. Utilidad del NTproBNP en el manejo urgente del paciente con disnea severa y diagnóstico dudoso de insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:1155-61.

Residentes, prisas y consultas: otros enfoques

Al leer el artículo de nuestro colega Ruiz-Moral¹ y el comentario editorial adjunto² se me han vuelto a activar mis recuerdos y vivencias como residente. Aquellas épocas llenas de ilusión, sinsabores, insomnios y recalentamientos de todo tipo, en las que veía a los pacientes en dos medios completamente distintos como era el hospital (plantas, consultas, urgencias y quirófanos) y en el centro de salud. Ni qué decir tiene los enfoques que se hacían tan diversos de los mismos problemas y, si se me apura, hasta la diversidad en las «medicinas» que detectaba: algunos casi se podría decir hipocrática y en otros al más puro medico-evidencialista.

Pediría a los autores la seria reflexión de que nos diéramos cuenta de que puede que las prisas que parecen ya tener los residentes inoculadas no es más que el augurio del futuro próximo que les aguarda, máxime viendo reflejadas sus vivencias en la presión asistencial que ya tienen como residentes y

Palabras clave: Péptido cerebral natriurético. Insuficiencia cardíaca. Pruebas diagnósticas.

Palabras clave: Residentes de medicina de familia. Comunicación asistencial. Presión.

CARTAS AL DIRECTOR

que, a su vez, tiene su tutor. Puede que uno de los puntos que se debería de tener en cuenta en la formación del MIR fuese el de la integridad profesional y laboral, para evitar que ya su formación se viera viciada por las prisas derivadas de la presión asistencial.

Si nos fijamos en las actuales políticas y dinámicas asistenciales en las que nos movemos y en las que se priorizan los criterios economicistas y cicateros sobre la calidad asistencial, o la presencia de gran cantidad de registros y datos informatizados antes que mirar a la cara del paciente, tendremos muy buena base argumental para ver los motivos de las prisas del residente.

Puede que el vigente programa de la especialidad nos dé algunas pinceladas de color a este tapiz tan negro que se nos plantea. Buena parte de esas pinceladas pueden llegar desde el medio rural, donde se suele disponer de un ambiente más propicio para el diálogo y con menor presión asistencial.

Quién sabe si, al igual que desaparecieron los dinosaurios, también con el paso de los tiempos desaparecerá una medicina humanista al sucumbir ante la presión asistencial, una burocracia asfixiante o un paciente netamente impaciente...

Mis más venturosos deseos para los actuales residentes, sus tutores y sobre todo para

los gestores, en la espera que no se cumpla la referida «maldición de los dinosaurios».

M.M. Ortega-Marlasca

Coordinador en Cádiz y Tesorero de la Plataforma 10 Minutos. Jerez de la Frontera. Cádiz. España.

1. Ruiz-Moral R, Parra-Rejano JM, Alcalá-Partera JA, Castro-Martín E, Pérula de Torres L. ¿Bienvenido y hasta luego u hola y adiós?: conductas comunicativas de los médicos residentes en los momentos iniciales y finales de las consultas. *Aten Primaria*. 2005;36:537-41.
2. J. Cebriá-Andreu y F. Borrell-Carrió. ¿Contagiamos las prisas a nuestros residentes? *Aten Primaria*. 2005;36:41-3.

AGENDA

Congresos

XV Congreso de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria: las competencias del médico de familia
Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá de Henares.
26 y 27 de mayo de 2006.
Información: Fundación General de la Universidad de Alcalá.
Tel.: 917 897 430. Fax: 918 797 455.
E-mail: congreso.smmfyc@fgua.es
www.smmfyc.es

Simposios • Coloquios • Conferencias • Seminarios

Red Española de Atención Primaria XI Jornadas de la REAP Farmacovigilancia en Atención Primaria
«Tarjeta amarilla: una herramienta común»
Zaragoza, 2 y 3 de junio de 2006
Sede: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza.
Avda. Tenor Fleta, 57-C, 1.º. 50008 Zaragoza.
Secretaría Técnica: Viajes Iberia.
C/ Arzobispo Doménech, 5.
50006 Zaragoza. España.
Tel.: 976 220 387.
Fax: 976 222 579.
Correo electrónico:
zaragoza.domenech5@viajesiberia.com
www.viajesiberiacongresos.com