

Rendimiento diagnóstico del NT-proBNP en una consulta de alta resolución de insuficiencia cardiaca: el papel de la zona gris

Cristina Barinaga Martín(1), Ramón Andión Ogando(1), Héctor García Pardo(1), Cristina Tapia Ballesteros(1), Andreea Catalina Cristea(1), Sara Rioja Abad(1), María Pérez Díaz(1), Antía Forneiro Bugallo(1), Laia Ventura Solsona(1) y Juan Carlos Muñoz San José(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid - España

Introducción: El diagnóstico de insuficiencia cardiaca (IC) en consultas de alta resolución (CAR) requiere herramientas de estratificación rápida. Los valores de NT-proBNP con los umbrales de la guía ESC 2021 permiten clasificar a los pacientes en zonas de rule-out, rule-in y zona gris. Se analizó el rendimiento diagnóstico del NT-proBNP y el valor añadido de variables clínicas en pacientes remitidos a una CAR de IC

Métodos: Estudio observacional retrospectivo (224 pacientes nuevos consecutivos durante el año 2025). Se aplicaron los umbrales ESC 2021 en contexto ambulatorio: rule-out <125 pg/mL, rule-in ajustado por edad (>450 pg/mL en <50 años, >900 pg/mL en 50-75 años, >1800 pg/mL en >75 años). El diagnóstico final de IC se estableció mediante valoración clínica, ecocardiográfica y hemodinámica. Variables adicionales: fibrilación auricular (FA), clase funcional NYHA, factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y VEXUS. Estadística: U de Mann-Whitney, prueba exacta de Fisher y análisis de sensibilidad/especificidad

Resultados: Se dispuso de NT-proBNP en 186 pacientes (83,0%); IC confirmada en 138 (61,6%). El NT-proBNP fue significativamente más elevado en pacientes con IC (mediana 1408 [550-3332] vs 226 [100-867] pg/mL; p<0,001). Aplicando los umbrales ESC 2021, el 16,1% quedó en zona rule-out, el 40,9% en rule-in y el 43,0% en zona gris. En zona rule-in, la sensibilidad fue del 86,8% y la especificidad del 66,7% para el diagnóstico de IC. En zona rule-out, el 33,3% tenía IC confirmada, lo que refleja el impacto de la edad avanzada y la enfermedad renal crónica sobre los valores basales del péptido. En la zona gris (n=80), el 62,5% tenía IC; la FA (36,2% vs 20,9% en no IC; p=0,017) y la clase funcional NYHA II-III (71,0% vs 43,0%; p<0,001) fueron los principales discriminadores clínicos. La HTA fue más frecuente en IC (71,0% vs 57,0%; p=0,043). El VEXUS no mostró valor discriminativo adicional en pacientes ambulatorios compensados

Conclusiones: Los umbrales de NT-proBNP ESC 2021 muestran buena sensibilidad en zona rule-in pero dejan al 43% de los pacientes en zona gris, especialmente en población anciana con comorbilidad renal. En este subgrupo, la integración de variables clínicas como la FA y la clase funcional NYHA permite orientar el diagnóstico de IC con precisión razonable. La consulta de alta resolución ofrece el contexto idóneo para resolver esta zona de incertidumbre diagnóstica

Distribución diagnóstica, contexto clínico y discriminadores clínicos en zona gris

Variable	Rule-out (n=30)	Zona gris (n=80)	Rule-in (n=76)
NT-proBNP, mediana [RIC]	<125	125-1800*	≥450-1800*
IC confirmada, n (%)	10 (33,3%)	50 (62,5%)	66 (86,8%)
No IC, n (%)	20 (66,7%)	30 (37,5%)	10 (13,2%)
Edad media (DE), años	68,4 (14,2)	76,2 (11,8)	77,1 (10,9)
FG <60 mL/min/1,73m², n (%)	26,7%	45,0%	51,3%
Mujeres, n (%)	43,3%	41,3%	40,8%
FA en ECG, n (%)	—	IC: 36,2% / No IC: 20,9%	—
NYHA II-III, n (%)	—	IC: 71,0% / No IC: 43,0%	—
HTA, n (%)	—	IC: 71,0% / No IC: 57,0%	—