

El NTproBNP como predictor independiente de disfunción ventricular y mortalidad en el SCACEST

Andrés Álvarez Gato(1), María Salgado Barquinero(1), Alberto Alén Andrés(1), Manuel Sánchez Suárez(1), Daniel Suárez Fernández(1), Diego Argüelles Vicente(2), Hugo Javier Aguado Solana(2), Francisco González Urbistondo(3), Marcel Almendarez Lacayo(1), Íñigo Lozano Martínez-Luengas(2), Pablo Avanzas Fernández(1), Viena Gil Menéndez(4), Alejandro Gullón de la Roza(1), Rosana González Mesa(1) y Antonio Adeba García(2) de (1)Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) - España, (2)Cardiología. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias) - España, (3)Cardiología. Hospital Sierrallana, Torrelavega (Cantabria) - España y (4)Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) - España

Introducción: El NTproBNP es un biomarcador con potencial valor pronóstico adicional a la troponina en el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST). El objetivo del estudio fue evaluar su capacidad para predecir disfunción ventricular, complicaciones y mortalidad en el contexto de SCACEST

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, en el que se incluyeron 232 pacientes con SCACEST sometidos angioplastia primaria entre enero de 2024 y diciembre de 2025, con determinación de NTproBNP al ingreso.. La población se estratificó en cuartiles: Q1 <598 pg/mL, Q2 598–1.650 pg/mL, Q3 1.651–4.280 pg/mL y Q4 >4.280 pg/mL. Aunque el punto de corte de elevación ampliamente aceptado es >300 pg/mL, los cuartiles utilizados son parcialmente arbitrarios. Se optó por un primer umbral cercano a 600 pg/mL al considerarse clínicamente más adecuado en pacientes ancianos y con fibrilación auricular, donde los valores basales suelen ser más elevados. Se evaluó su asociación con características clínicas, eventos intrahospitalarios y mortalidad mediante regresión logística, Cox y curvas ROC, comparando con troponina y modelos clínicos.

Resultados: La mediana de NTproBNP fue 1.650 pg/mL (598–4.280). Se observó incremento progresivo de edad, comorbilidad y gravedad clínica según cuartiles. Los niveles elevados se asociaron con mayor enfermedad multivaso, Killip avanzado y mayor troponina. Se evidenció relación gradual con eventos: disfunción ventricular (6,9% en Q1 vs 48,3% en Q4), insuficiencia cardiaca (3,4% vs 27,6%) y mortalidad (0% vs 20,7%) (p tendencia <0,001). El NT-proBNP fue superior a la troponina para disfunción ventricular (AUC 0,78 vs 0,71; p=0,038) y mortalidad (0,86 vs 0,68; p=0,002). Un valor >5.000 pg/mL se asoció a mayor mortalidad en los primeros 30 días (HR 4,28; IC95% 1,62–11,31). En el modelo multivariante, NT-proBNP >2.200 pg/mL fue predictor independiente de disfunción ventricular (OR 3,42; IC95% 1,86–6,29). Su inclusión mejoró la capacidad predictiva del modelo clínico.

Conclusiones: El NT-proBNP en nuestro estudio muestra una fuerte asociación gradual con la severidad del SCACEST y sus complicaciones. De hecho, en este caso, parece superar a la troponina en la predicción de disfunción ventricular y mortalidad. Un punto de corte de 5.000 pg/mL identifica pacientes de muy alto riesgo. Además, aporta valor pronóstico incremental. Su determinación precoz de forma rutinaria puede tener un papel en

la estratificación de riesgo en el SCACEST, aunque se necesitan estudios más específicos de cara a estudiar adecuadamente los valores de corte más sensibles y específicos

