



6005-7. ANÁLISIS DE MORTALIDAD PRECOZ EN PACIENTES CON NIVELES ALTOS DE TROPONINAS ULTRASENSIBLES

Ignacio Pareja Portalés, María Gil Pradas, María José Sepulveda Gisbert, Patricia Arenas Martín, Meryem Ezzitouny, María Dolores Domenech Tort, Mónica Giménez Alcalá, Anastasio Quesada Carmona y Ernesto Casabán Ros

Hospital de Sagunto (Valencia).

Resumen

Introducción y objetivos: La troponina ultrasensible (Tn), tanto T como I, se ha convertido en un pilar fundamental en el diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM). No obstante, su elevación también está presente en otras patologías, tanto cardíacas como no cardíacas, ensombreciendo el pronóstico de estas. En el presente estudio se compara la mortalidad precoz (durante y en los primeros 2 meses tras el ingreso) en pacientes con IAM tipo I y II, daño miocárdico y en aquellos en los que se decidió no completar el estudio de cardiopatía isquémica (CI).

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y observacional en un hospital comarcal, en el que se incluyeron pacientes con elevación de los valores sanguíneos de TnI (por encima del percentil 99 del límite superior de referencia), determinados en el servicio de Urgencias, e ingresados en los servicios de Cardiología o Medicina Interna de julio de 2021 a enero de 2022. Los pacientes fueron divididos en cuatro grupos en función de su diagnóstico final al alta hospitalaria: 1) aquellos con signos y/o síntomas de isquemia aguda y detección de arterioesclerosis y/o trombosis coronaria (IAM tipo I); 2) aquellos que mostraron signos y/o síntomas de isquemia aguda debido a un desequilibrio entre la demanda y el aporte de oxígeno miocárdico no relacionado con arterioesclerosis/trombosis coronaria (IAM tipo II); 3) los que presentaron daño miocárdico (sin signos ni síntomas de isquemia aguda); y 4) aquellos con elevación de la TnI, signos y/o síntomas de isquemia aguda pero sin estudio de CI por decidir manejo conservador.

Resultados: Se incluyeron un total de 202 pacientes, predominantemente varones y con una edad media de 75,89 años. Se analizaron una serie de características basales, recogidas en la tabla, sin observar diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro grupos, a excepción de la edad y la presencia de anemia (siendo ambas mayores en los grupos 3 y 4). En cuanto al análisis de la mortalidad precoz, de los 33 pacientes fallecidos, el 6,1% pertenecen al grupo 1, el 0% al grupo 2, el 63,6% al grupo 3 y el 30,3% al grupo 4; siendo el valor de p obtenido por chi-cuadrado de 0,017.

Comparativa de las características basales de los cuatro grupos

IAM 1 (N = 47)	IAM 2 (N = 10)	Lesión miocárdica (N = 101)	No estudio I (N = 43)	p
----------------	----------------	-----------------------------	-----------------------	---

Edad (X ± DE)		71 ± 13	59 ± 23	78 ± 13	82 ± 10	0,001
Sexo (%)	Masculino	70	40	44	49	0,021
	Femenino	30	60	56	51	
HTA (%)		70	45	80	79	0,054
Diabetes mellitus (%)		38	18	27	39	0,236
Obesidad (%)		14	27	12	12	0,809
Dislipemia (%)		57	36	45	63	0,151
Tabaquismo (%)	Activo	16	9	10	10	0,473
	Exfumador	25	27	15	12	
EPOC (%)		8	9	12	7	0,809
AP CI (%)		28	10	15	28	0,111
AF CI (%)		2	10	2	2	0,518
AP fibrilación auricular (%)		17	0	34	26	0,162
Crisis HTA (%)		19	18	9*	21	0,162
Hipotensión (%)		4	9	7	17*	0,169
Anemia (%)		21	18	42	46	0,026
Insuficiencia renal (%)		30	27	50	49	0,080
Taquicardia (%)		21	30	34	29	0,481

IAM: infarto agudo de miocardio; CI: cardiopatía isquémica; X: media aritmética; DE: Desviación estándar; HTA: hipertensión arterial; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; AP: antecedentes personales; AF: antecedentes familiares.

Conclusiones: Los pacientes con daño miocárdico y con elevación de TnI sin estudio de CI subyacente tienen un mayor riesgo de mortalidad durante el ingreso y en los primeros meses tras el alta. Esto confirma la importancia de la TnI como factor diagnóstico y pronóstico.