



Revista Española de Cardiología



6012-194. DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR PERICARDITIS AGUDA, ¿CUMPLIMOS LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS?

Alejandra Ruiz Aranjuelo, Isabel Caballero Jambrina, Javier Jimeno Sánchez, Elena Gambó Ruberte, Ainhoa Pérez Guerrero, Carlos Rubén López Perales, Pablo Auquilla Clavijo e Isabel Calvo Cebollero del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción y objetivos: En los últimos años han sido publicados distintos documentos en los que se abordan nuevas estrategias diagnósticas de la pericarditis aguda (PA); sin embargo, no siempre realizamos un diagnóstico fidedigno de esta patología. Analizamos el cumplimiento de los criterios diagnósticos en nuestro medio así como las variables que influyen en el mismo.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron pacientes ingresados con diagnóstico de PA desde enero de 2005 hasta diciembre de 2015. Se dividieron a los pacientes en 2 grupos: diagnóstico incorrecto (DI) de PA si cumplían ? 1 criterio diagnóstico y diagnóstico correcto (DC) si ? 2 criterios. Se aceptaron como criterios: dolor torácico típico, roce pericárdico, cambios en el electrocardiograma (ECG) (nueva elevación difusa del segmento ST o depresión del segmento PR) y derrame pericárdico.

Resultados: Un total de 143 pacientes con sospecha de pericarditis, 42 de ellos (29,4%) mujeres. El 27,3% (39 pacientes) presentaba DI. En DI más antecedente de tratamiento inmunosupresor (17,9 frente a 2,9%, p 0,004) y tendencia a más enfermedad autoinmune (20,5 frente a 9,6%, p 0,094), sin diferencias en el resto de antecedentes personales (tabla). En DI menos dolor torácico típico (48,7 frente a 94,2, p 0,001), roce pericárdico (0,0 frente a 18,3%, p 0,0001) y derrame pericárdico (39,5 frente a 76%, 0,0001). Las alteraciones electrocardiográficas también fueron menos frecuentes en paciente con DI (7,9 frente a 49%, p 0,0001), tanto el ascenso difuso del segmento ST (10,5 frente a 48,5%, p 0,0001) como el descenso del segmento PR (0,0 frente a 18,3%, p 0,002). La realización de ecocardiograma no influyó en el diagnóstico (94,7 frente a 99%). En DI se observó una tendencia a menor respuesta al tratamiento (78,9 frente a 90,1%, p 0,094) y a mayor número de reingresos (26,3 frente a 13,6%, p 0,083).

Descriptivo variables.

Variables	Diagnóstico incorrecto (27,3%, N = 39)	Diagnóstico correcto (72,7%, N = 104)	P
Antecedente de PA	12,8	13,5	1,000

Patología tiroidea	7,7	8,7	1,000
Diabetes mellitus	23,1	11,5	0,110
Enfermedad autoinmune	20,5	9,6	0,094
Tratamiento inmunosupresor	17,9	2,9	0,004
Fiebre (? 37,5 °C)	41,0	39,8	1,000
Antecedente infección	43,6	41,3	0,850
Dolor típico	48,7	94,2	0,001
Cambios en ECG	7,9	49,0	0,0001
Descenso segmento PR	0,0	10,7	0,036
Ascenso difuso segmento ST	10,5	48,5	0,0001
Roce pericárdico	0,0	18,3	0,002
Derrame pericárdico	39,5	76,0	0,0001
Realización ecocardiograma	94,7	99,0	0,175
Respuesta al tratamiento	78,9	90,1	0,094
Reingreso	26,3	13,6	0,083
Recurrencia	10,5	11,7	1,000

Conclusiones: En nuestro medio se siguen diagnosticando un número no despreciable de PA que no cumplen criterios diagnósticos suficientes. Esto conlleva a que los pacientes con DI tengan una tendencia, aunque no significativa, a presentar peor pronóstico, a expensas de menor respuesta al tratamiento pautado y mayor número de reingresos hospitalarios.