Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 241

Revista Española de Cardiología

5005-6. INTEGRANDO DATOS CLÍNICOS, ANALÍTICOS Y ECOCARDIOGRÁFICOS EN LA VALORACIÓN PRONÓSTICA TRAS UN EPISODIO DE DISNEA EN URGENCIAS: ¿TIENE EL ST2 UN VALOR ADICIONAL?

Teresa Miriam Pérez Sanz[1], Cristina Tapia Ballesteros[1], M. del Mar De La Torre Carpente[1], Belén Redondo Bermejo[1], Juan Carlos Muñoz San José[1], Itziar Gómez Salvador[2], Marina Revilla Martínez[1], Purificación Sánchez Santa Teresa[1] y María Jesús Rollán Gómez[1]

[1]Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid y [2]Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Resumen

Introducción y objetivos: La disnea es uno de los motivos más frecuente de consulta en Urgencias. El enfoque diagnóstico suele dar prioridad a determinar el origen cardiaco. Nuestro objetivo es determinar si el biomarcador supresor de tumorigenicidad 2 (ST2) permite identificar a los pacientes de alto riesgo.

Métodos: Se estudió prospectivamente una cohorte de 129 pacientes consecutivos atendidos en urgencias por clínica sospechosa de insuficiencia cardiaca (IC) y BNP > 100 pg/ml. Se obtuvieron las variables clínicas, electrocardiográficas y analíticas en la inclusión. El ST2 se determinó con el inmunoensayo de flujo lateral rápido ASPECT-PLUS. Se analizó el ecocardiograma más próximo a la inclusión y se calculó el Índice de Comorbilidad de Charlson (ICC). El seguimiento fue de 3,6 ± 1,9 años. Los criterios de valoración elegidos fueron: ingreso, reingresos o visitas a urgencias por IC, y la mortalidad por cualquier causa.

Resultados: La media de edad de la muestra fue 74,8 ± 8,6 años; 62 pacientes (48,1%) eran mujeres, 55 (42,6%) tenían un episodio de IC previo, 42 (32,6%) cardiopatía isquémica y 25 (21,7%) una FEVI 50%. El síntoma principal en urgencias fue disnea en 96 pacientes (74,4%) y 54 presentaban edemas (41,2%). El 18,6% de los pacientes eran hipertensos, 28,7% diabéticos, 69% dislipémicos, 34,1% tenían antecedente de EPOC/asma y 14% de SAHS. El 48,1% estaba en fibrilación auricular y un 20,9% tenían BRI. Las medias [intervalo intercuartílico] de BNP, ST2 y TFGe fueron 562,6 [245-739] pg/ml, 80,2 [26,4-109,6] ng/ml y 63,8 [48,1-75,9] ml/min/1,73 m^2 respectivamente. La puntuación del ICC fue 5 ± 1,9. Ingresaron 89 pacientes (69%) y en 63 pacientes (48,8%) se confirmó el diagnóstico de IC. Reingresaron o acudieron a urgencias de nuevo por IC 58 pacientes (45%) y fallecieron en el seguimiento 59 (45,7%). En la tabla se presentan las variables que mostraron asociación estadísticamente significativa con los criterios de valoración, la FEVI no mostró asociación en ningún caso.

Variables con asociación estadísticamente significativa con los criterios de valoración

Variables	Ingreso	Reingreso o atención en Urgencias por IC	Mortalidad

Sí	No	p	Sí	No	p	Sí	No	p	
Diagnóstico en Urgencias: IC	45 (50,6%)	10 (25%)	0,007	34 (58,6%)	21 (29,6%)	0,001	31 (52,5%)	24 (34,3%)	0,037
Ingresos previos o visitas a urgencias por IC	44 (49,4%)	11 (27,5%)	0,020	36 (62,1%)	19 (26,8%)	0,001	34 (57,6%)	21 (30%)	0,002
Nº ingresos por IC año previo a inclusión	0,4 ± 0,9	0,2 ± 0,5	0,143	0,6 ± 1	0,2 ± 0,5	0,024	0,6 ± 1	0,2 ± 0,4	0,003
Duración IC (meses)	3 [0-26]	4 [0-12]	0,066	5 [0-30]	0 [0-1]	0,001	3 [0-16,5]	0 [0-3]	0,002
Soplo a la auscultación	20 (22,7%)	6 (15%)	0,314	19 (33,3%)	7 (9,9%)	0,001	16 (27,6%)	10 (14,3%)	0,063
Crepitantes o hipoventilación a la auscultación	64 (71,9%)	13 (32,5%)	0,001	38 (65,5%)	39 (54,9%)	0,223	45 (76,3%)	32 (45,7%)	0,001
Edemas	38 (42,7%)	16 (41%)	0,860	32 (55,2%)	22 (31,4%)	0,007	29 (49,2%)	25 (36,2%)	0,140
Bloqueo de rama izquierda	18 (20,7%)	9 (23,1%)	0,763	17 (29,8%)	10 (14,5%)	0,037	17 (29,3%)	10 (14,7%)	0,046
QRS > 150 ms	13 (14,9%)	8 (20,5%)	0,438	12 (21,1%)	9 (13%)	0,230	14 (24,1%)	7 (10,3%)	0,038
Hemoglobina (g/dl)	12,8 ± 1,9	13,4 ± 1,1	0,028	12,7 ± 1,8	13,3 ± 1,5	0,037	12,7 ± 1,9	13,2 ± 1,4	0,074
Urea (mg/dl)	61,5 ± 34,8	48,1 ± 18,8	0,006	58,4 ± 27	56,5 ± 34,6	0,728	66,1 ± 38,3	49,9 ± 21,6	0,005
Creatinina (mg/dl)	1,2 ± 0,5	0,9 ± 0,2	0,007	1,1 ± 0,4	1,1 ± 0,5	0,455	1,2 ± 0,5	1 ± 0,4	0,022

Filtrado glomerular (CKD-EPI)	61 ± 23,7	70 ± 21	0,041	60 ± 21,5	66,9 ± 24,2	0,096	60,9 ± 26,6	66,2 ± 19,7	0,194
BNP (pg/ml)	539 [392-1.006]	477 [344-677]	0,001	495 [294-878]	355 [196,5-568,5]	0,027	523 [330-881,5]	307,5 [178-518]	0,001
BNP previo máximo (pg/ml)	715 [375-1.356]	289 [103-559]	0,003	640,5 [309-1.053]	389,5 [156,5-855,5]	0,031	798 [376-1.187]	375 [137-629]	0,001
ST2 (ng/ml)	71,5 [44,9-116,9]	62,5 [40,5 ± 72]	0,001	64,4 [24,5-109,6]	57,1 [32-109,6]	0,938	80,5 [50,1-143,2]	42,7 [23,4-72]	0,001
Diámetro de Aurícula Izquierda	47 ± 7,6	46,4 ± 8,7	0,709	48,6 ± 7,9	45,1 ± 7,6	0,021	47,6 ± 8,1	46,1 ± 7,8	0,315
Índice de Comorbilidad de Charlson	5,3 ± 1,8	4,4 ± 1,9	0,014	5,3 ± 1,8	4,9 ± 2	0,214	5,7 ± 2	4,5 ± 1,6	0,001

IC: insuficiencia cardiaca. BRI: bloqueo de rama izquierda. ICC: índice de comorbilidad de Charlson.

Conclusiones: ST2 es tan válido como los péptidos natriuréticos para predecir ingreso desde urgencias y mortalidad. A diferencia de los péptidos se afecta menos por la edad, la función renal y el índice de masa corporal donde podría tener un papel destacado. El tiempo evolución de la IC, la presencia y el número de descompensaciones previas y la comorbilidad, son factores determinantes en predecir reingreso y mortalidad.