



## 6039-7. FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS AL DAÑO MIOCÁRDICO CLÍNICAMENTE NO SOSPECHADO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

María del Mar Rocamora Horrach<sup>1</sup>, Juan René Delgado Cornejo<sup>1</sup>, Montserrat Galofré Giralt<sup>2</sup>, Isabel Fort Gallifa<sup>2</sup>, Anna Carrasquer Cucarella<sup>1</sup>, Gil Bonet Pineda<sup>1</sup>, Óscar Manuel Peiró Ibáñez<sup>1</sup> y Alfredo Bardají Ruiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología; <sup>2</sup>Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Se desconoce la prevalencia del daño miocárdico clínicamente no sospechado y los factores clínicos asociados en pacientes atendidos en un Servicio de Urgencias (SU). El objetivo de nuestro estudio es estimar la prevalencia de daño miocárdico clínicamente no sospechado en pacientes atendidos en un SU.

**Métodos:** Todas las muestras de sangre de pacientes que acudieron al SU de nuestro hospital durante el último trimestre de 2020 se conservaron a -80 °C para su posterior medición de ADVIA Centaur Troponina I de alta sensibilidad (TNIH), independientemente de que se hubiera solicitado por el médico tratante. En todos los pacientes, el motivo de consulta, características demográficas, comorbilidades, datos de exploración física, principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV), antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV) y principales resultados analíticos se analizaron. El daño miocárdico se definió como nivel de TNIH superior al percentil 99 de referencia (> 47 ng/l).

**Resultados:** Se analizaron un total de 909 pacientes con mediana de edad de 64 años, rango intercuartílico (RIC) 46-78 (53,9% varones). La prevalencia de daño miocárdico clínicamente no sospechado fue de 11,6%. Los pacientes con daño miocárdico eran mayores (78 (71-89) vs 64 (46-77) años, p 0,05), tenían más FRCV (hipertensión (74,8 vs 42,8%, p 0,05), diabetes (35,5 vs 20,7%, p 0,05) y dislipemia (55,1 vs 25,8%, p 0,05)), más antecedentes de ECV (infarto de miocardio (13,1 vs 4,8%, p 0,05), insuficiencia cardiaca (22,4 vs 5,2%, p 0,05), enfermedad vascular periférica (15 vs 5,4%, p 0,05) y enfermedad cerebrovascular (14 vs 7,1%, p 0,05)); y comorbilidades (demencia (8,4 vs 2,4%, p 0,05), enfermedad renal (25,2 vs 10,1%, p 0,05) y mayor índice de Charlson (2 (1-4) vs 1 (0-2) puntos, p 0,05)). Además, presentaron peor saturación de oxígeno (97 (95-99) vs 99% (97-100), p 0,05), menor nivel de hemoglobina (11,7 (9,9 -13,2) vs 12,8 (11,3-14,1%) g/dl, p 0,05), mayor glicemia (118 (103-153,5) vs 113 (98-141,5) mg/dl, p 0,05) y peor filtrado glomerular (MDRD) (48,8 (24,8-73,4) vs 86,9 (61,6-108,3) mL/min, p 0,05).

**Conclusiones:** El daño miocárdico clínicamente no sospechado está presente en más del 10% de los pacientes que acuden al SU, asociándose con edad, factores de riesgo cardiovascular, antecedente de enfermedades cardiovasculares y comorbilidades, así como peor perfil analítico.