

Valor pronóstico a largo plazo de la proteína C reactiva en el síndrome coronario agudo

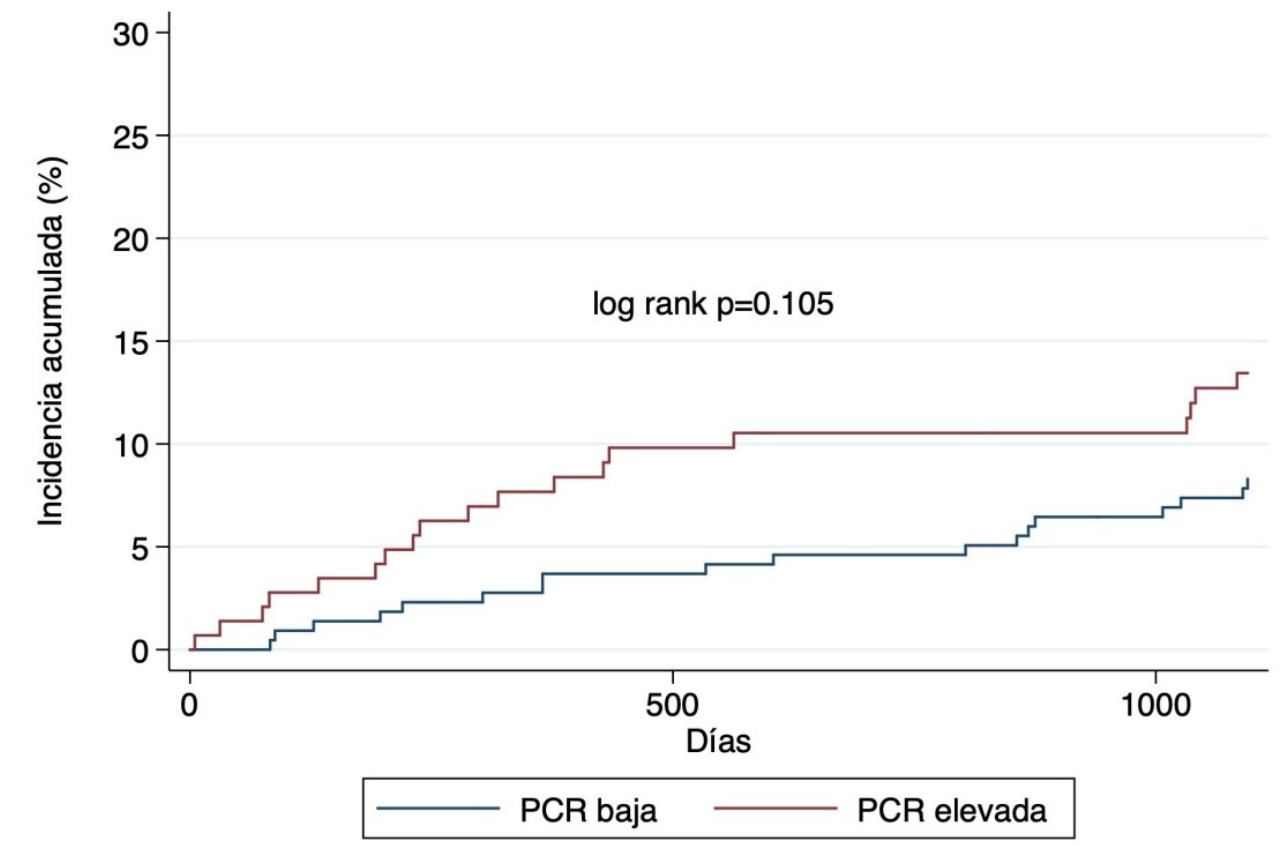
Martí Ballester(1), Teresa Giralt(2), José Carreras(2), María José Martínez(2), Diana Mojón(2), Sonia Ruiz(3), Neus Badosa(2), Consolación Ivern(2), Miguel Cainzos(2) y Núria Ribas(2) de (1)Departamento de Medicina. Universitat Pompeu Fabra, Barcelona - España y (2)Servicio de Cardiología. Hospital del Mar, Barcelona - España

Introducción: La inflamación desempeña un papel clave en la fisiopatología del síndrome coronario agudo (SCA). La proteína C reactiva (PCR) se ha propuesto como marcador pronóstico, aunque su utilidad en la estratificación del riesgo aún no está bien establecida. El objetivo del estudio es evaluar la asociación entre los niveles de PCR en la fase aguda del SCA (72 horas) y el pronóstico a 3 años.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de 362 pacientes ingresados por SCA entre 2016 y 2019 incluidos en el registro RiskOpACS en el programa de Rehabilitación Cardíaca. El objetivo principal fue un evento combinado: Mortalidad por cualquier causa, reinfarto o reingreso por insuficiencia cardíaca a 3 años. Los pacientes se clasificaron según un punto de corte de PCR de 0,91 mg/dL. Se utilizaron modelos de regresión de Cox y curvas de Kaplan-Meier para el análisis de eventos.

Resultados: La edad media fue de 62,6 ± 11,5 años y el 83,7% eran hombres. Los pacientes con PCR elevada presentaban con mayor frecuencia IAMCEST, peor función ventricular, mayor Killip >1 y niveles más elevados de troponina ($p<0,001$). Treinta y ocho pacientes (10,5%) presentaron el evento combinado a los 3 años de seguimiento. La PCR como variable continua se asoció con el evento combinado en el análisis univariante (HR 1,08; IC95% 1,02–1,15; $p=0,008$) y se mantuvo como predictor independiente en el análisis multivariante (HR 1,07; IC95% 1,01–1,14; $p=0,016$), ajustado por edad, sexo, Killip y otros motivos de PCR elevada (infección activa, neoplasia activa, enfermedad reumatoide activa). Las curvas de Kaplan-Meier mostraron una tendencia a mayor incidencia de eventos en pacientes con PCR elevada (log-rank $p=0,105$).

Conclusiones: La PCR en fase aguda del SCA se asocia de forma independiente con peor pronóstico a 3 años y puede ser útil en la estratificación del riesgo.



Características basales de la población según niveles de PCR

	Todos (n=362)	PCR BAJA (n=218)	PCR ALTA (n=144)	Valor p
Edad (media +/- DS)	62.6 ± 11.5	62.8 ± 11.5	62.4 ± 11.7	0.747
Sexo varón (n, %)	303 (83.7)	182 (83.5)	121 (84.0)	0.891
Hipertensión arterial (n, %)	202 (55.8)	120 (55.0)	82 (56.9)	0.722
Dislipemia (n, %)	241 (66.6)	142 (65.1)	99 (68.8)	0.476
Diabetes mellitus tipo 2 (n, %)	107 (29.6)	67 (30.7)	40 (27.8)	0.546
Tabaquismo (n, %)	280 (77.3)	164 (75.2)	116 (80.6)	0.236
Insuficiencia renal (n, %)	22 (6.1)	8 (3.7)	14 (9.7)	0.018
Síndrome Coronario Agudo (n, %)				
- IAMCEST	166 (45.9)	84 (38.5)	82 (56.9)	**<0.001**
*Localización Anterior	64 (38.5)	26 (31.0)	38 (46.3)	0.042
- IAMSEST	134 (37.0)	83 (38.1)	51 (35.4)	0.608
- Angina inestable	62 (17.1)	51 (23.4)	11 (7.6)	**<0.001**
Función ventricular (mediana, IQR)	59 [51-63]	60 [55-64]	56 [45-61]	**<0.001**
Clasificación Killip-Kimball >1 (n, %)	31 (8.6)	5 (2.3)	26 (18.1)	**<0.001**
TnT hs (mediana, IQR)	601.5 [82.3-2339.5]	393 [37.9-1534]	1506 [409-4892]	**<0.001**
PCR (mediana, IQR)	0.73 [0.31-1.51]	0.38 [0.18-0.64]	2.15 [1.26-3.63]	**<0.001**
Infección activa (n, %)	25 (6.9)	5 (2.3)	20 (13.9)	**<0.001**
Artritis o brote enfermedad autoinmune (n, %)	16 (4.4)	8 (3.7)	8 (5.6)	0.323
Neoplasia activa (n, %)	7 (1.9)	4 (1.8)	3 (2.1)	0.867

IAMCEST (Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST), IAMSEST (Infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST), TnT hs (Troponina T ultrasensible), PCR (Proteina C Reactiva), IQR (rango intercuartílico)