

Valor clínico de la proteína C reactiva al ingreso en el síndrome coronario agudo: experiencia en una cohorte contemporánea

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

Introducción: La inflamación es un determinante clave en la inestabilidad de la placa aterosclerótica y en la gravedad del síndrome coronario agudo (SCA). La proteína C reactiva (PCR), marcador inflamatorio ampliamente disponible, podría aportar valor en la estratificación precoz del riesgo.
El objetivo de nuestro estudio es describir las características clínicas de los pacientes con SCA incluidos en el protocolo de rehabilitación cardiaca de nuestro centro y en el estudio RISK Op ACS según los niveles de PCR al ingreso.

Métodos: Análisis descriptivo de los niveles de PCR en 362 pacientes ingresados por SCA en nuestro centro entre 2016 y 2019. Se clasificaron en dos grupos según los niveles de PCR al ingreso (primeras 72 horas): PCR baja (n=218) y PCR elevada (n=144), utilizando un punto de corte de 0,91 mg/dl.

Resultados: La edad media fue de 62,6 ± 11,5 años, y el 83,7% eran hombres. La media de PCR fue de 0,73 mg/dl [0,31–1,51]. Los pacientes con PCR elevada presentaron con mayor frecuencia SCA con elevación del segmento ST (56,9% vs 38,5%; p<0,001), especialmente de localización anterior (46,3% vs 31%; p=0,042). También mostraron peor función ventricular (56% [45–61] vs 60% [55–64]; p<0,001), una mayor proporción de pacientes con Killip-Kimball >1 (26% vs 5%; p<0,001) y niveles más elevados de troponina T de alta sensibilidad (1506 ng/L vs 393 ng/L; p<0,001).

Conclusiones: La elevación precoz de la PCR identifica a pacientes con SCA con mayor extensión del infarto, peor función ventricular y peor clase Killip- Kimball. Estos hallazgos refuerzan el papel de la PCR como herramienta sencilla y accesible para la estratificación inicial del riesgo, con potencial utilidad en la toma de decisiones clínicas.

Características basales de los pacientes 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)