

Dolor torácico y curva plana de troponina: un espectro clínico complejo. Descripción de una cohorte de pacientes

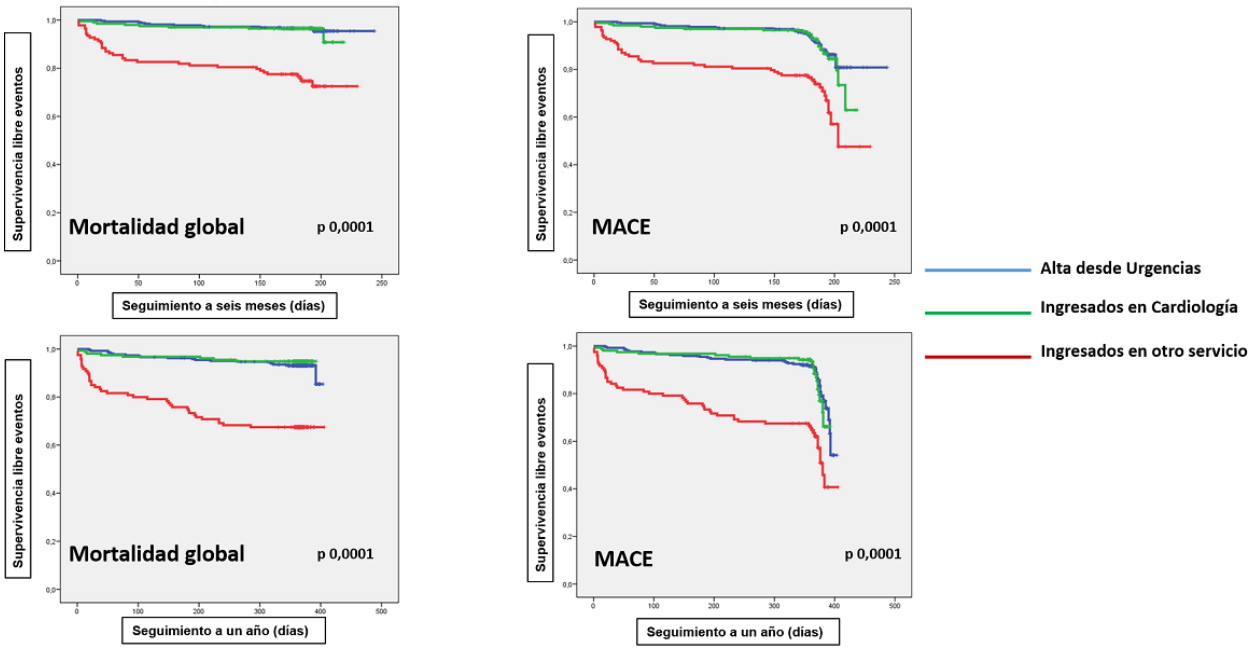
Paula Awamleh García(1), Bárbara Izquierdo Coronel(1), Paula Rodríguez Montes(1), Nuria Gil Mancebo(1), Silvia Humanes Ybañez(1), Miguel de la Serna Real de Asúa(1), Miguel Gutiérrez Muñoz(1), Edhisson Fernando Parrales Sánchez(1), Alberto Vílchez Alcocer(1), José Luis Santiago Ruiz(2), Rocío Torrijos Sen(1), María Belén Martín Martín(1), Pablo Ballesteros Chico(1) y Joaquín Jesús Alonso Martín(1) de (1)Cardiología. Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid) - España y (2)Departamento Médico. Daiichi-Sankyo, Madrid - España

Introducción: La seriación de troponina es imprescindible en la evaluación de los pacientes con dolor torácico. Un cambio >20% en un valor mayor al percentil 99 del límite superior de referencia indica síndrome coronario agudo (SCA) en presencia de síntomas sugerentes. Hay pacientes con cuadros compatibles con SCA y determinaciones elevadas de troponina pero con variaciones <20% (curva plana), lo que actualmente no se considera indicativo de SCA. El propósito de este estudio es describir los distintos perfiles clínicos encontrados en una cohorte de pacientes de este tipo además de su pronóstico a 6 meses y un año.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de 822 pacientes evaluados por nuestro servicio por dolor torácico o síntomas equivalentes y curva plana de troponina T ultrasensible en una seriación enzimática 0-3 horas, del 1.5.23 al 15.4.26. El seguimiento a 6 meses completado en 660 pacientes y a un año en 546. El pronóstico se estableció según la aparición de eventos cardiovasculares mayores (MACE) y de eventos no cardiovasculares.

Resultados: La edad media fue 75,7±12,1 años, 63% varones; 407 fueron dados de alta desde urgencias, 247 ingresados en Cardiología y 168 en otros servicios (por patología extracardíaca o por numerosas comorbilidades). Se diagnosticó de SCA a 191 pacientes (23.2%), otros diagnósticos cardiológicos 120 casos (14,6%), 3 ictus y 508 casos de patología no cardíaca (61,8%: 342 pacientes dados de alta de Urgencias, 121 pacientes ingresados en otros servicios con otros diagnósticos y 45 pacientes de los ingresados en Cardiología). Tal y como se aprecia en la Tabla 1 y en la figura 1, el pronóstico fue claramente peor en los pacientes que ingresaron en otros servicios, en los que la elevación de troponina fue secundaria, mayoritariamente a entidades distintas al SCA (patología infecciosa, pulmonar y oncológica).

Conclusiones: La curva plana de troponina es un hallazgo muy frecuente en la práctica clínica diaria. Contrariamente a lo indicado por las Guías Clínicas, su hallazgo no excluye la ocurrencia de un SCA. La evaluación clínica es indispensable para una adecuada identificación y estratificación pronóstica de los pacientes, cuyo pronóstico es completamente distinto dependiendo de la patología subyacente. Los pacientes que ingresan en servicios no cardiológicos son los que peor pronóstico presentan, debiendo ser considerados como pacientes de alto riesgo.



Eventos en el seguimiento de los pacientes a 6 meses y un año dependiendo de su manejo inicial

	INGRESO EN CARDIOLOGÍA	INGRESO EN OTRO SERVICIO	ALTA DIRECTA DE URGENCIAS	p
DIAGNÓSTICO AL ALTA: SCA	60,6%	8,3%	6,6%	0,0001
SEGUIMIENTO A SEIS MESES (mediana 185 días)				
MORTALIDAD GLOBAL	4%	25,4%	3,7%	0,0001
MORTALIDAD NO CARDIOVASCULAR	0,5%	17,4%	2,2%	0,0001
MACE	11,1%	31,1%	11,1%	0,0001
REINGRESO EN OTRO SERVICIO, NO CARDIOLOGÍA	9%	21,7%	13%	0,0001
SEGUIMIENTO A UN AÑO (MEDIANA 367 días)				
MORTALIDAD GLOBAL	6,3%	33,6%	7,5%	0,0001
MORTALIDAD NO CARDIOVASCULAR	1,3%	26,4%	4,2%	0,0001
MACE	16,8%	43,1%	18,8%	0,0001
REINGRESO EN OTRO SERVICIO, NO CARDIOLOGÍA	18,1%	39,4%	24,9%	0,001