


# Impacto pronóstico del índice proteína C-reactiva/albúmina (IPA) en pacientes con síndrome de takotsubo: estudio unicéntrico longitudinal de cohortes retrospectivo

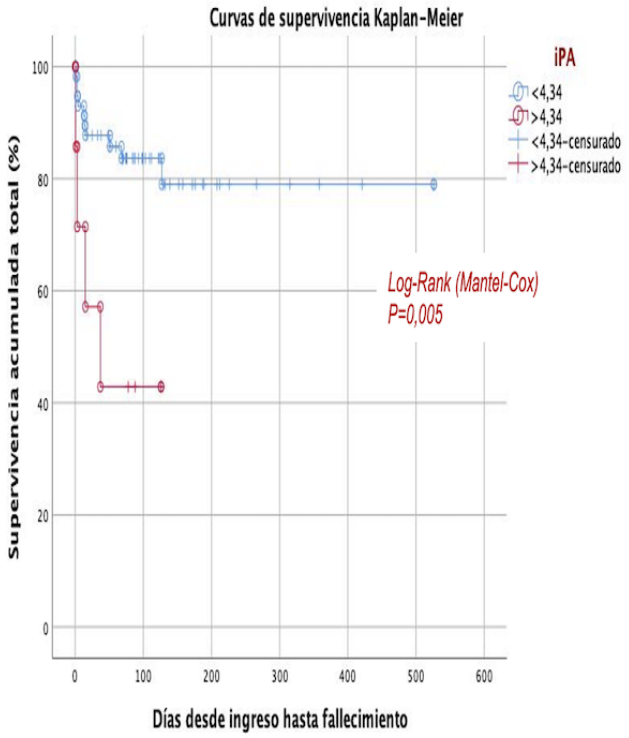
Claudia de la Caridad Noa Nimo(1), Ramón Arroyo Espliguero(2), María del Carmen Viana Llamas(2), Iohanna Daniela Bogdan Aguirre(1), Maryori Tohalino Cuadros(2), Enrique Novo García(2), Lorena Buelga Gómez(2), Borja Casas Sánchez(2), Mónica Morales Giráldez(2) y Giovanna Uribe Heredia(2) de (1)Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares (Madrid) - España y (2)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara - España

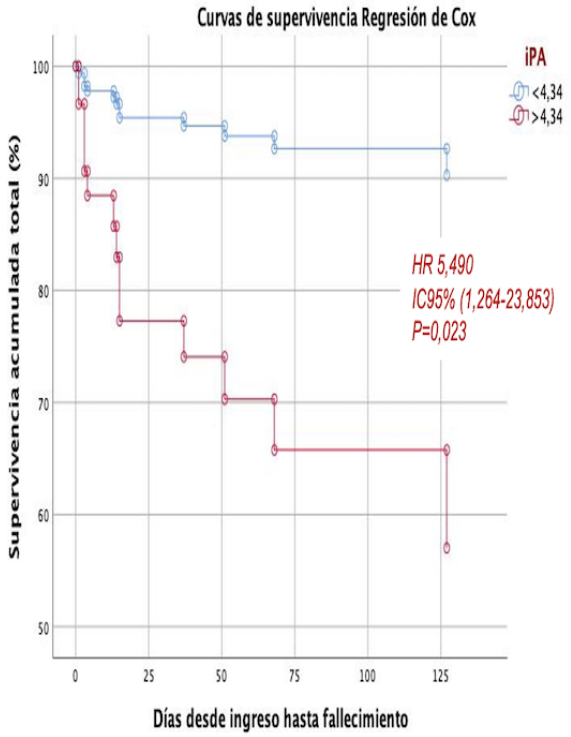
Introducción: El síndrome de takotsubo (STT) o disquinesia apical transitoria es una disfunción sistólica izquierda aguda, transitoria y reversible, habitualmente desencadenada por estímulos emocionales y/o físicos. Entre sus mecanismos etiopatogénicos se describen el vasoespasmo coronario, la reactividad microvascular, la alteración metabólica y/o catecolaminérgica. El objetivo del estudio fue analizar el impacto del índice proteína C-reactiva/albúmina (IPA) en la mortalidad del STT.

Métodos: Estudio longitudinal de cohorte retrospectivo unicéntrico de 76 pacientes (72,6?+/-11,7 años; 81,6% mujeres) ingresados de forma consecutiva con diagnóstico de STT entre abril de 2013 y diciembre de 2024. El punto de corte del iPA se estableció por el índice J de Youden. Se realizó un análisis de supervivencia (SPV) por el método de Kaplan-Meier (test de log-rank) y regresión múltiple de riesgos proporcionales de Cox.

Resultados: La mortalidad total fue del 18,4%, con un seguimiento mediana 87,0 [49,0-130,5] y máximo de 526 días. El IPA al ingreso fue significativamente más alto entre los pacientes que fallecieron (2,2 [1,1-3,1] vs. 0,43 [0,15-1,53]; P=0,008). La edad (P=0,008), el género masculino (P=0,009) y el cáncer activo (P<0,000) también se asociaron de forma significativa a la mortalidad, sin asociación significativa entre la mortalidad y parámetros clínicos, analíticos y ecocardiográficos de gravedad, p.ej.: clase Killip II-IV (P=0,160), troponina I/T ultrasensible (0,373), péptidos natriuréticos (P=0,383), hipertensión pulmonar (P=0,682), soporte vasoactivo (P=0,067) o ventilación mecánica (P=0,428). La supervivencia acumulada de 82,5% con IPA <4,34 vs. 42,9% con IPA 4,34 (Log-Rank [Mantel-Cox] P=0,005). El IPA 4,34 se asoció a una mayor mortalidad en pacientes con STT (HR 5,490; IC 95% 1,264-23,853; P=0,023), independientemente de la edad (P=0,019), género (P=0,900), FEVI (P=0,027), clase Killip II-IV (P=0,888) e infección al ingreso (P=0,676).

Conclusiones: El IPA al ingreso se asoció de forma significativa a la mortalidad en pacientes con STT, independientemente de la edad, género, FEVI, presencia de cáncer activo y/o infección, así como la gravedad clínica al ingreso evaluada por la clase Killip, sugiriendo la implicación de mecanismos inflamatorios sistémicos en la etiopatogenia del STT. El IPA debería formar parte de los criterios de estratificación de riesgo de mortalidad en pacientes con STT.




**Características clínicas de los 76 pacientes con STT incluidos en el estudio.**

| | Total (N=76) | Vivos N=62 (81,6%) | Fallecidos N=14 (18,4%) | P |
|---|---|---|---|---|
| Sexo (masculino; n, %) | 14 (18,4%) | 8 (12,9%) | 6 (42,9%) | 0,009 |
| Edad (años) | 72,6±11,7 | 70,9±11,6 | 80,0±9,4 | 0,008 |
| HTA (n, %) | 49 (65,3%) | 39 (63,9%) | 10 (71,4%) | 0,595 |
| Diabetes mellitus (n, %) | 16 (21,6%) | 12 (20,0%) | 4 (28,6%) | 0,483 |
| Cáncer activo (n, %) | 7 (9,2%) | 2 (3,2%) | 5 (35,7%) | 0,000 |
| Infección (n, %) | 21 (27,6%) | 15 (24,2%) | 6 (42,9%) | 0,158 |
| Clase Killip (II-IV; n, %) | 36 (47,4%) | 27 (43,5%) | 9 (64,3%) | 0,160 |
| TrI/Tus max. (pg/mL) | 749,0 [213,8-2963,3] | 687,0 [177,8-2987,8] | 969,5 [316,3-3338,0] | 0,373 |
| NT-proBNP max. (pg/mL) | 2097,5 [702,0-12293,5] | 1462,0 [578,0-8807,5] | 10928,0 [1034,5-13543,5] | 0,383 |
| IPA (al ingreso) | 0,63 [0,08-2,16] | 0,43 [0,15-1,53] | 2,2 [1,1-3,1] | 0,008 |
| ECG anormal (n, %) | 67 (89,3%) | 55 (90,2%) | 12 (85,7%) | 0,627 |
| FEVI (%) | 37,0 [33,0-45,0] | 38,5 [34,5-45,0] | 32,5 [27,5-36,3] | 0,067 |
| HTP (n, %) | 16 (22,5%) | 13 (21,7%) | 3 (27,3%) | 0,682 |
| Diuréticos (n, %) | 47 (64,4%) | 37 (62,7%) | 10 (71,4%) | 0,540 |
| IECA/ARA-2 (n, %) | 47 (64,4%) | 37 (61,7%) | 10 (76,9%) | 0,298 |
| BIAC (n, %) | 2 (2,7%) | 2 (3,3%) | 0 (0,0%) | 0,492 |
| Soporte vasoactivo (n, %) | 18 (24,0%) | 12 (19,7%) | 6 (42,9%) | 0,067 |
| VMNI (n, %) | 17 (23,0%) | 10 (16,4%) | 7 (53,8%) | 0,004 |
| IOT (n, %) | 11 (14,7%) | 8 (13,1%) | 3 (21,4%) | 0,428 |

BIAC: Balón intra-aórtico de contrapulsación. ECG: Electrocardiograma. FEVI: Fracción de eyección ventricular izquierda. HTA: Hipertensión arterial. HTP: Hipertensión pulmonar. IPA: Indice Proteína C-reactiva/Albúmina. IOT: Intubación oro-traqueal. NT-proBNP: Extremo N-terminal del pro-péptido natriurético tipo B. TrI/Tus: Troponina I/T ultrasensible. VMNI: Ventilación mecánica no invasiva.