

DISCUSIÓN.

En la estratificación de riesgo de los síndromes coronarios agudos ST no elevado, una identificación temprana de pacientes con alto riesgo de presentar eventos cardiacos adversos, tiene importantes implicancias terapéuticas.

Los pacientes que fueron sometidos a análisis de mediciones de troponina T entre las 6-12 horas y 16-24 horas, con niveles de positividad $TnT \geq 0.01$ ng/dl, el número de pacientes positivos se incremento en el segundo control (16-24 h.) de 52.06% a 67.12%, identificando a pacientes en riesgo de complicaciones frente a aquellos que permanecieron negativos, siendo estos hallazgos concordantes con estudios previos (1,2,4,5,7,12,13).

La troponina T seriada identifica un mayor número de pacientes en riesgo de presentar complicaciones en el seguimiento siendo mayor el valor pronóstico de la TnT (+) en el segundo control, esto estuvo en relación a que se identifico a un grupo mayor de pacientes positivos, quienes presentaros en el seguimiento mayor incidencia de complicaciones, adicionando valor pronóstico, demostrando ser una buena estrategia (1).

La TnT (≥ 0.01 ng/dl) fue un fuerte predictor de riesgo a 7 días de angina recurrente, infarto y muerte; siendo la mayor incidencia de muerte e infarto en pacientes positivos desde el primer control, esto tendría relación a una enfermedad más avanzada. En la incidencia de complicaciones a 30 días es un fuerte predictor de recurrencia de angina y complicaciones cardíacas mayores (MC, IM, angina refractaria). La incidencia de muerte, infarto y angina refractaria fue mayor en pacientes positivos desde el primer control, lo que estaría en relación a una enfermedad avanzada y al aumento temprano del nivel TnT por la isquemia y mediante el segundo control aumento de la población de pacientes positivos. La literatura ha demostrado que en los pacientes que elevan el valor sérico de troponina tiene mayor incidencia de complicaciones (13,18,19). En el seguimiento de nuestros pacientes hubo un menor número de pacientes revascularizados que explicaría la mayor incidencia de complicaciones en relación a otros estudios y ser pacientes de un mayor riesgo, por ser un hospital de referencia.

El análisis de incidencia de complicaciones por sub grupos: injuria miocárdica mínima ($\geq 0.01 - 0.2$ ng/dl) e infarto miocardio (> 0.2 ng/dl) se presentaron mayor incidencia de recurrencia de angina y complicaciones cardíacas mayor a los 30 días en ambos. Se halló que los pacientes con

injuria miocárdica presentaron mayor incidencia de infartos y en el grupo de infarto miocardio mayor mortalidad. Estos hallazgos estarían en relación a extensión en el compromiso miocárdico, que lleva mayor mortalidad en el grupo de infarto que se relacionaría a mayor elevación de troponina T y mayor compromiso miocárdico, por enfermedad más avanzada. Estos hallazgos están en relación a la literatura como en GUSTO IIa, donde se incluyó en un sub análisis de valor pronóstico de troponina T seriada un grupo de pacientes con síndromes coronarios ST no elevado, el estudio TRIM y otros.

En relación a los factores clínico epidemiológicos a los 7 días, ninguno de los factores de riesgo presentaron asociación con incidencia de complicaciones, sin embargo, de los antecedentes cardiovasculares la angina previa y en el cuadro clínico de ingreso la disnea el Killip > I presentaron asociación de riesgo con complicaciones a 7 días, esta en relación a disfunción de ventrículo izquierdo, que se daría por enfermedad más avanzada. El riesgo de complicaciones a los 30 días presentó asociación con fracción de eyección menor a 40% y siguió una tendencia de disnea y Killip > I. En nuestro estudio disminuyó la significancia estadística por una muestra reducida y de los factores incluidos en el estudio ningún otro factor presentó asociación.

En el análisis de regresión logística (multivariable) a los 7 días, se asoció con la incidencia de complicaciones la edad > 65 años, angina previa y disnea. La troponina T fue fuerte predictor de riesgo a 7 y 30 días.

Estos hallazgos apoyan el valor pronóstico de la troponina T seriada, y la utilidad en la estratificación de riesgo, identificando tempranamente la población de pacientes de alto riesgo y orientando el tratamiento, en quienes son candidatos a revascularización miocárdica.

Las limitaciones del presente estudio incluyen el tamaño de la muestra reducido, la falta de otros marcadores para comparar (CPK-MB), debido a limitaciones de los recursos del laboratorio, por lo cual se indicaba CPK-MB solo para descartar reinfarto, la falta de ECG basal previa a episodio agudo en pacientes con antecedente de infarto o enfermedad coronaria crónica por deficiencia en el archivo hospitalario o en paciente referido, teniendo presente que el HASS es un centro de referencia.

El presente estudio entre otras cosas pretende motivar a los médicos especialistas y quienes tienen a su cargo el manejo inicial de pacientes con síndromes coronarios agudos ST no elevado, a identificar pacientes de alto riesgo y tomar medidas terapéuticas necesarias para prevenir las complicaciones.