

METODOS.

El presente es un estudio analítico prospectivo (casos y control), que intenta identificar el valor pronóstico de la troponina T seriada para la estratificación de riesgo en síndromes coronarios agudos ST no elevado, por un método de biomarcador cardiaco comúnmente utilizado en nuestro medio, entre los pacientes que acudieron por síndrome coronario agudo ST no elevado al servicio de emergencia del Hospital Alberto Sabogal Sologuren del Callao – EsSalud en periodo de estudio comprendido entre Diciembre del 2002 a Mayo del 2003.

Los sujetos de estudio fueron los pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo ST no elevado que acudieron dentro de las primeras 12 horas de iniciado los síntomas a la emergencia del hospital, que fueron evaluados por clínica, biomarcadores: troponina T seriada tomadas una primera muestra entre 6 a 12 horas y una segunda muestra entre 16 a 24 horas y ECG.

Los siguientes fueron considerados criterios de exclusión: cambios en ECG como elevación del ST, nuevo bloqueo completo de rama izquierda

del has de his, marcapaso funcionante, acudir después de las 12 horas de haber iniciado el cuadro clínico.

La muestra de estudio comprendió un total de 73 pacientes admitidos en el estudio según criterios de inclusión y exclusión (cumplieron criterios referidos), entre diciembre del 2002 a mayo del 2003, fueron sometidos a muestra seriadas de troponina T en la emergencia y/o unidad de cuidados intensivos cardiológico del hospital Alberto Sabogal Sologuren del Callao – EsSalud; en quienes se realizo seguimiento de complicaciones cardiacas a los 7 y 30 días, como muerte, infarto no fatal, recurrencia de angina (angina recurrente y angina refractaria), insuficiencia cardiaca y revascularización miocárdica.

Se identifico como síndrome coronario agudo ST no elevado por la presencia de dolor isquémico, de duración de mayor de 20 minutos, asociados a infra del ST, T negativa, rectificación ST y aplanamiento de la onda T (asociados a cuadro clínico).

El seguimiento se realizo por control en consulta de cardiología o por comunicación telefónica y en reducido porcentaje en visita domiciliaria, se identifico muerte de causa cardíaca, infarto se diagnóstico por elevación enzimática de dos veces el valor de CPK-MB o elevación de CPK-MB 50% al valor previo de normalización asociado a síntomas de isquemia

posterior a las 48 horas del evento agudo (se incluyo para el análisis dentro este grupo al infarto y reinfarto), angina recurrente se considero evento de dolor toracico isquémico o equivalente isquémico asociado a cambios ECG en la hospitalización y extra hospitalaria en el seguimiento dolor toracico de duración de mas 5 minutos que cedió a nitratos sub. lingual, de igual forma angina post IMA y angina refractaria aquella que no cedió a nitratos sub lingual y requirió ser hospitalizado para tratamiento antiisquemico (en el análisis se agrupo los diferentes tipos de angina), ICC por evaluación clínica de presentación post evento o progresión de clase funcional, shock, revascularización (angioplastía percutanea o Bypass aorto coronario) y rehospitalización en todos los paciente que presentaron una complicación que requirió manejo intra hospitalario.

Se considero troponina T positiva valores mayores o igual a 0.01ng/dl para el análisis de las complicaciones a 7 y 30 días; también se realizo análisis sub. dividiendo al grupo positivo en dos grupos mas de 0.01 – 0.2 ng/dl (injuria miocárdica mínima), y otro >0.2 ng /dl (infarto de miocardio) frente al grupo negativo (<0.01 ng/dl). La troponina T de ≥ 0.01 ng/dl es positivo como valor referencial del hospital de la población en estudio.

Mediante ficha de investigación se obtuvo por entrevista directa de los pacientes, los datos correspondientes a los factores clínico-epidemiológicos asociados a los con los síndromes coronarios agudos.

Se evaluaron los siguientes factores:

- Factores demográficos: edad y sexo.
- Factores de riesgo: hipertensión, diabetes mellitus, tabaquismo, dislipidemia, insuficiencia renal.
- Historia cardiovascular: infarto de miocardio previo, enfermedad vascular periférica, enfermedad cerebrovascular, angina previa, insuficiencia cardiaca, intervencionismo coronario de revascularización, previo Bypass coronario.
- Medicación al alta hospitalaria: betabloqueadores, clopidrogel, aspirina, estatinas, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECAS)
- Presentación clínica: se evaluó angina típica, angina atípica, disnea y killip.

El diagnóstico de síndrome coronario agudo fue realizado por un médico especialista del servicio de cardiología de HASS. La distribución por el análisis de los sub grupos fue realizado con el valor de la segunda troponina (angina inestable TnT <0.01 ng/dl, injuria miocárdica mínima 0.01 – 0,2 ng/dl y > 0.2ng/dl infarto de miocardio).

Para su procesamiento, los datos obtenidos en la ficha de investigación fueron previamente revisados, clasificados y codificados, para luego realizarse recuento, según categorías pre establecidas y de puntos combinados.

El análisis de datos se realizó con diferencia de medias, diferencia de proporciones y ayuda de pruebas de significancia estadística “Chi cuadrado” para variables discretas y análisis no paramétrico de varianza para variables continuas. Se usó Odds ratio e intervalo de confianza de 95% (IC 95%) para comparar riesgo relativo de variables específicas entre el grupo de estudio (troponina T positiva) y el grupo control (troponina T negativa) se consideró significativo un valor de p menor de 0.05 y análisis de regresión logística.