

Introducción

El infarto agudo del miocardio con elevación del ST (STEMI) ha sido asociado con la presencia de fiebre en diferentes momentos de su evolución, destacando particularmente el síndrome postinfarto o síndrome de Dressler (1), sin embargo esta condición se presenta generalmente después de dos semanas del evento agudo. Por el contrario, la presencia de fiebre en los primeros días del infarto, -la cual según algunos autores es la respuesta inespecífica a la necrosis tisular-, se ha relacionado con la extensión del infarto, la elevación de biomarcadores cardíacos y el grado de reperfusión del vaso (2,3); incluso ha llegado a proponerse como factor pronóstico de disfunción ventricular izquierda y predictor del proceso de remodelación cardíaca (4); hasta otras hipótesis que han planteado que la fiebre puede tener un efecto cardioprotector mediante la liberación de algunas citoquinas y proteínas de choque de calor (5,6).

En este estudio se pretende describir las principales características de los pacientes que se presentan con un STEMI y son intervenidos de manera temprana en un centro con disponibilidad de cateterismo cardíaco, y que durante el curso de la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos desarrollan fiebre en las primeras 48 horas, y si esta asociación se relacionó con una mayor estancia hospitalaria y la posibilidad de presentar algunos desenlaces clínicos adversos.

Objetivos

- Determinar la asociación entre la presencia de fiebre temprana en los pacientes con diagnóstico de infarto agudo del miocardio con elevación del ST (STEMI) hospitalizados en la UCI y una mayor estancia hospitalaria.
- Determinar la asociación entre la presencia de fiebre temprana en los pacientes con diagnóstico de STEMI hospitalizados en la UCI y la mortalidad intrahospitalaria.
- Determinar la asociación entre la presencia de fiebre temprana en los pacientes con diagnóstico de STEMI hospitalizados en la UCI y el compromiso de la función sistólica.
- Determinar la asociación entre la presencia de fiebre temprana en los pacientes con diagnóstico de STEMI hospitalizados en la UCI y el número de infecciones asociadas al cuidado de la salud

Métodos

Diseño: Cohorte Retrospectiva

Criterios de Inclusión

• Diagnóstico de ingreso a UCI: infarto agudo de miocardio con elevación del ST (STEMI)

• Edad mayor de 18 años

• Angiografía coronaria con intervención percutánea primaria (PCI)

Criterios de Exclusión

• Choque cardiogénico

• Sospecha o infección documentada de cualquier origen en la semana previa al ingreso

Tamaño de muestra: por conveniencia.

Se incluyeron todos los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del ST hospitalizados en la UCI entre Enero 2010 – Junio 2013.

Métodos (cont.)

Se tuvieron en cuenta como variables de interés la muerte, estancia hospitalaria, presencia de disfunción ventricular e infecciones asociadas al cuidado de salud. Se clasificó esta información según la presencia de fiebre en las primeras 48 horas de hospitalización por STEMI. Se tuvieron en cuenta otras variables de antecedentes personales y hallazgos clínicos al ingreso.

Resultados

Se observaron 76 casos de infarto agudo del miocardio (STEMI) en un período de 3 años, de los cuales 15,78% presentaron fiebre. El promedio de edad fue 61 años (desviación estándar, DE 13) para los pacientes con fiebre y de 58,9 (DE 11,7) sin fiebre ($p=0,5419$). El predominio fue de sexo masculino en ambos grupos (83,33% vs 82,81% respectivamente). No hubo diferencias en la frecuencia de diabetes (8% vs 12,5% respectivamente), hipertensión arterial (41,67% vs 46,88%), dislipidemia (8,33 vs 18,75%) o enfermedad coronaria previa (16,67% vs 15,63%). Se observó que los pacientes que presentaron fiebre recibieron de forma más frecuente inhibidores de GpIIb/IIIa (91,67% vs 67,19% $p=0,086$), tuvieron mayor estancia hospitalaria (5 días, rango intercuartílico 3-8,5 días vs 3 días, RIC 3-4,5 días $p=0,03$) y muerte intrahospitalaria (16,67% vs 3,13% $p=0,054$). No se observó diferencia en la presencia de fiebre y disfunción ventricular (25% vs 28,13% respectivamente, $p=0,824$).

Figura 1. Relación entre la temperatura máxima en las primeras 48 horas de hospitalización y la estancia hospitalaria.

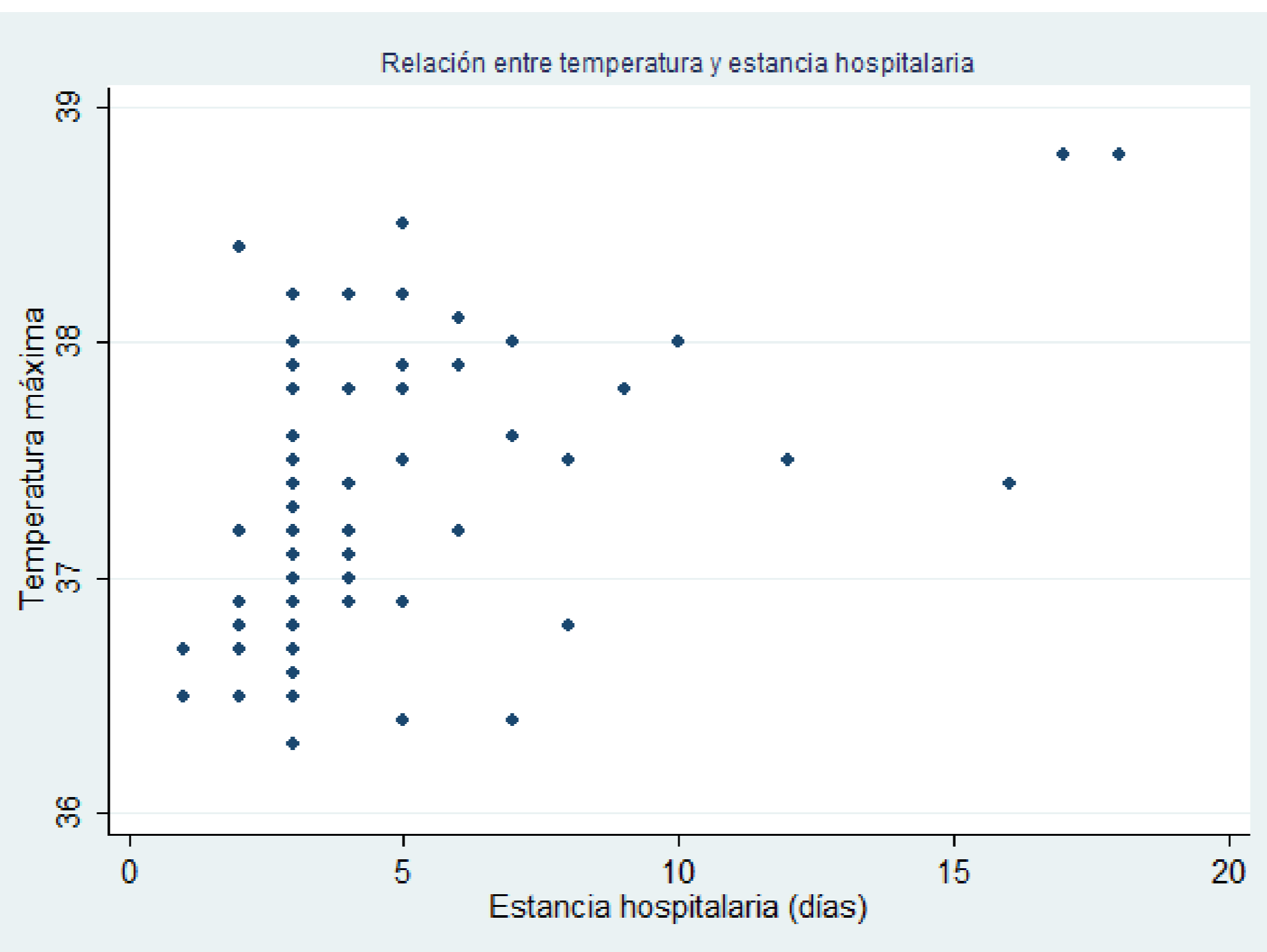
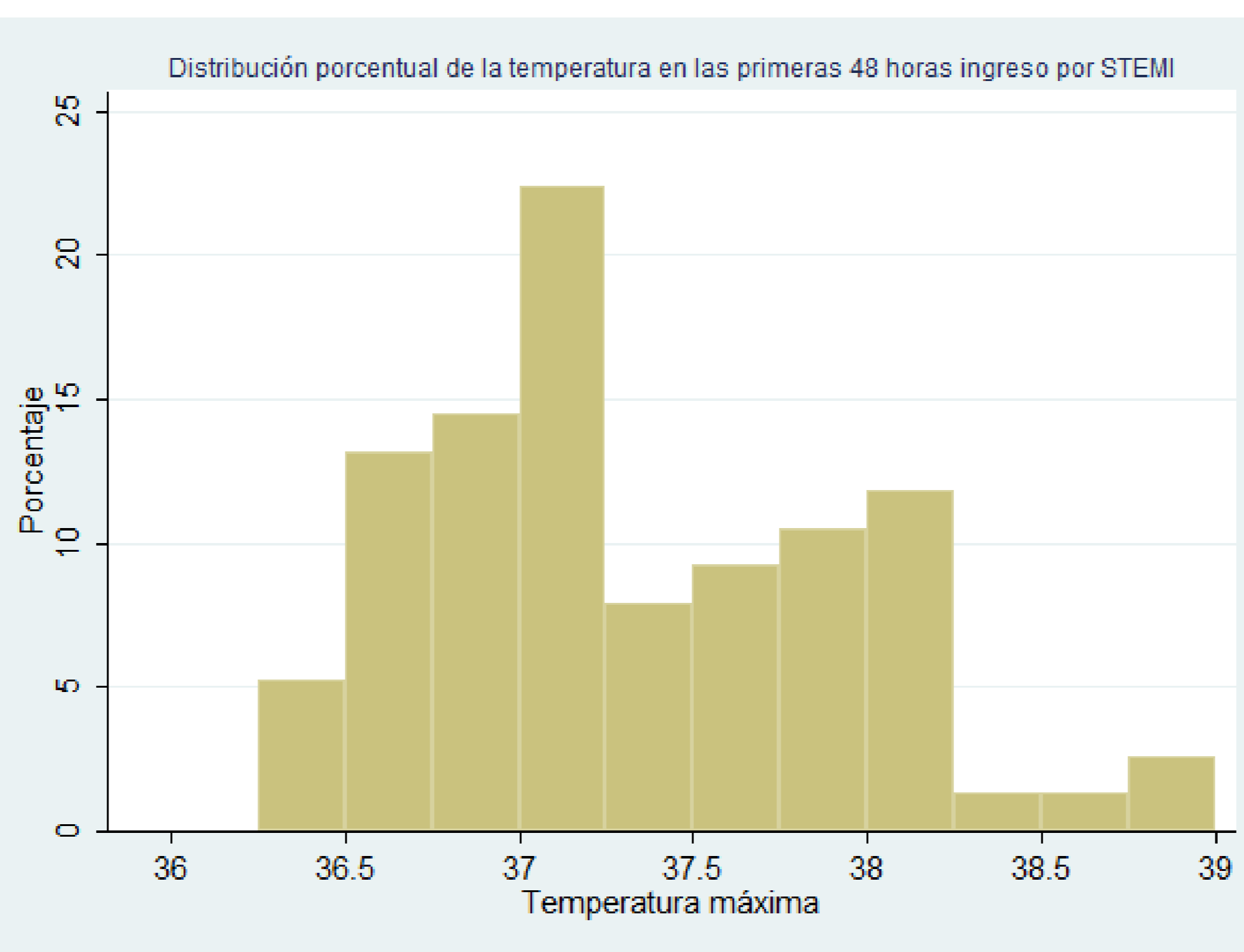
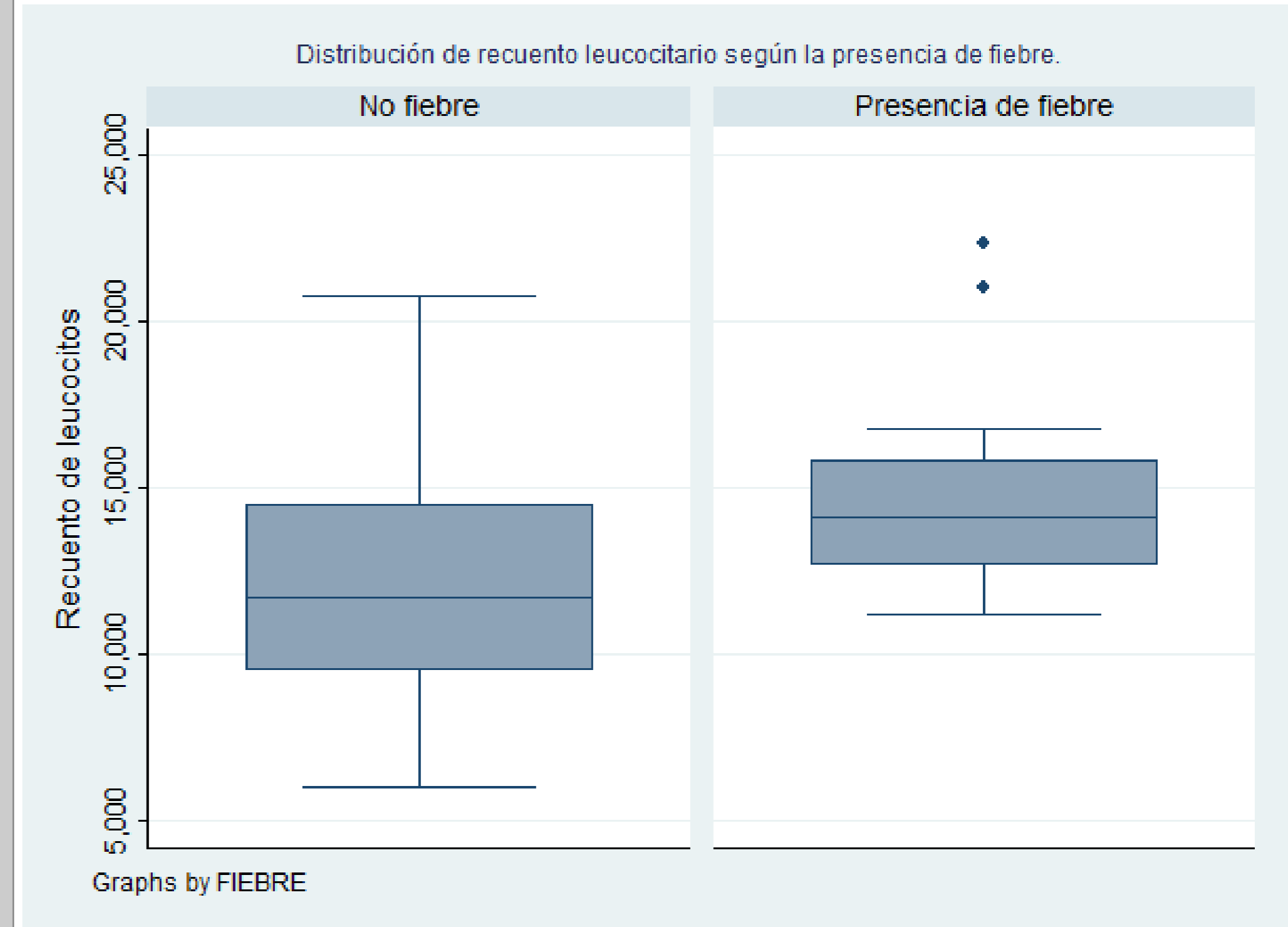


Figura 2. Distribución porcentual de la temperatura máxima en las primeras 48 horas de ingreso por STEMI



Resultados (cont.)

Figura 3. Diagrama de cajas y bigotes de la distribución de leucocitos según la presencia de fiebre.



Conclusiones

No hay registros a nivel nacional que permitan establecer la prevalencia de fiebre en esta población y su asociación con desenlaces clínicos adversos.

La presencia de fiebre temprana en pacientes con STEMI hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo, se asoció a una mayor estancia hospitalaria y mortalidad intrahospitalaria sin relacionarse con una peor función ventricular evaluada por ecocardiografía durante la hospitalización índice.

A pesar del interés que históricamente ha despertado este tema en la literatura, y de las bases fisiopatológicas que lo soportan, a la fecha no es claro que la fiebre deba ser considerada como un factor de mal pronóstico en los pacientes que sufren un STEMI.

Se requieren estudios con cohortes de mayor número que permitan corroborar los hallazgos de este estudio.

Bibliografía

1. Welin L, Vedin A, Wilhelmsson C. Characteristics, prevalence, and prognosis of postmyocardial infarction syndrome. *Br Heart J* 1983; 50:140.
2. Ben-Dor I, Haim M, Rechavia E, Murininkas D, Nahon M, Harel D, et al. Body Temperature: A marker of infarct size in the era of early reperfusion. *Cardiology* 2005;103:169-173.
3. Pereira D, Linder J, Rabaçal C, Ribeiro H, Nuno L, Carvalho E, et al. Fever in the first 48 hours of an acute myocardial infarct treated with fibrinolytics: an indicator of nonreperfusion of the coronary vessels? *Rev Port Cardiol* 1993;12(9):725-9, 699-700.
4. Naito K, Anzai T, Yoshikawa T, Maekawa Y, Sugano Y, Kohno T, et al. Increased body temperature after reperfused acute myocardial infarction is associated with adverse left ventricular remodeling. *J Card Fail* 2007;13(1):25-33.
5. Kacprzak M, Kidawa M, Zielińska M. Fever in myocardial infarction: Is it still common, is it still predictive?. *Cardiol J* 2012; 19, 4: 369-373
6. Libby P. Mechanisms of acute coronary syndromes and their implications for therapy. *N Engl J Med* 2013;368:2004-13.