



4040-2. TROPONINA T ULTRASENSIBLE. LA ESPECIFICIDAD DIAGNÓSTICA PARA EL INFARTO DE MIOCARDIO SIN ELEVACIÓN DEL ST MEJORA UTILIZANDO LÍMITES DE DECISIÓN OBTENIDOS POR ANÁLISIS ROC

Miguel Santalo Bel, Alfonso Martín Martínez, Javier Povar Marco, Mar Muñoz, Pilar Calmarza, Ignacio Gich, Alessandro Sionis y Jorge Ordoñez Llanos del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid) y Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Objetivos: El criterio bioquímico para el diagnóstico del IMSEST utiliza la concentración de troponina (Tn) correspondiente al percentil 99 de una población de referencia (p99). Los métodos ultrasensibles para medir Tn presentan baja Ep y VPP por lo que su eficacia diagnóstica para el IMSEST es limitada. El objetivo del presente trabajo fue analizar si se incrementaba el rendimiento diagnóstico de la TnT ultrasensible (TnTus) en el IMSEST, en comparación con la TnT actual (TnTc), al establecer mediante el análisis de curva ROC el punto de corte diagnóstico idóneo (TnTusROC).

Métodos: 358 pacientes, mayores de 18 años con dolor torácico no traumático y sospecha de SCASEST. Se obtuvieron consentimiento informado y extracciones al ingreso en urgencias, 2, 4 y 6-8 horas. Centralizadamente se determinó la concentración plasmática de TnT con el método actual (TnT) y con el ultrasensible. La concentración de TnT obtenida con un 10% de imprecisión fue de 35 ng/L (TnTc). Dos clínicos independientes asignaron el diagnóstico final de acuerdo a datos clínicos, ECGy utilizando como criterio bioquímico (el recomendado en las actuales guías diagnósticas) el observar una TnT < p99 (10 ng/L) conjuntamente con un aumento/descenso > 20% en las determinaciones seriadas. El valor de p99 de TnTus recomendado es 13 ng/L. Mediante análisis ROC se obtuvieron para la TnTus los puntos de corte diagnósticos de IMSEST idóneos de las distintas determinaciones.

Resultados: 83 IMSEST. Mediante análisis ROC, se obtuvo un valor óptimo de TnTus ? 24,5 ng/L para la determinación inicial cuyo rendimiento fue: Se 82%, Ep 93%, VPP 77%, VPN 94,4%; ROC 0,873. Para la TnTc (? 35 ng/L) se obtuvo: Se 48%, Ep 98,5%, VPP 91%, VPN 86%; ROC 0,734 (p = 0,002 inferior a TnTusROC). Para las determinaciones seriadas el valor de TnTusROC fue de 30 ng/l (22% de aumento respecto al basal) para cualquier tiempo. El rendimiento diagnóstico máximo se obtuvo a las 4 horas del ingreso con una Se 99%, Ep 91%, VPP 78,4%, VPN 99%; ROC 0,947. Mientras que para la TnTc se obtuvo una Se 87%, Ep 96%, VPP 89%, VPN 95,3%; ROC 0,918 (no diferente de TnTusROC).

Conclusiones: 1) Un valor de TnTus al ingreso ? 24,5 ng/L mejora el diagnóstico precoz del IMSEST y, 2) A las 4 horas del ingreso, una TnTus ? 30 ng/l, si se acompaña de un aumento/descenso > 20% identifica el IMSEST con una sensibilidad diagnóstica del 99%.