



4015-2. UTILIDAD COMPARATIVA DEL DELTA DE TROPONINA CONVENCIONAL Y ULTRASENSIBLE FRENTE A VARIABLES CLÍNICAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE INFARTO DE MIOCARDIO TIPO 1

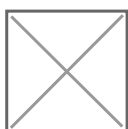
Juan José Martínez Díaz¹, Luis García de Gadiana¹, Patricia Esteban Torrella¹, Juan Sanchis Forés², Julio Núñez Villota², Federico Soria Arcos¹, Juan Antonio Castillo Moreno¹ y Luciano Consuegra Sánchez¹ del ¹Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia) y ²Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: El uso de troponina (Tr) se ha generalizado en la evaluación del paciente con sospecha de síndrome coronario agudo. Las últimas Guías de Práctica Clínica confieren gran importancia a la determinación seriada de Tr y al cambio absoluto o relativo entre ambas (delta) para asumir o rechazar un diagnóstico de IAM (infarto agudo de miocardio) tipo 1. El objetivo fue evaluar la utilidad comparativa del delta de Tr I convencional (Dimension Vista, Siemens) y Tr T ultrasensible (Roche Diagnostics), en adición a variables clínicas, en el diagnóstico de IAM tipo 1 en pacientes que acuden a Urgencias por dolor torácico.

Métodos: Estudio observacional transversal de pacientes consecutivos que acudieron a Urgencias por dolor torácico de causa no aclarada de < 12 horas de evolución, sin elevación del segmento ST y con 2 determinaciones seriadas de Tr separadas 3-6 horas, estando elevada por encima del límite de decisión al menos una de ellas. Se obtuvo información clínica y se calculó el delta relativo y absoluto entre dichas determinaciones. Se analizaron mediante regresión logística binaria multivariada los predictores de IAM tipo 1 (diagnosticado por acuerdo de 2 cardiólogos). Se analizó el valor aditivo de los deltas de Tr I y Tr T sobre las variables clínicas en diagnóstico final de IAM tipo 1 mediante el estadístico C.

Resultados: Se incluyó a 200 pacientes (edad 70 ± 16 años; mujeres 33%). Un total de 124 (62%) presentaron un IAM tipo 1. Las causas más frecuentes de IAM distinto al tipo 1 fueron arritmias y crisis hipertensivas. Un modelo clínico compuesto por el sexo (OR para categoría varón = 1,81, $p = 0,05$), antecedente de cardiopatía isquémica (OR = 1,85, $p = 0,038$), alteraciones de la onda T (OR = 4,13, $p = 0,001$) y descenso del segmento ST > 1 mm (OR = 5,10, $p = 0,001$) obtuvo un buen rendimiento diagnóstico para IAM tipo I (estadístico C = 0,80, IC95% 0,74-0,86). Al añadir a dicho modelo el delta absoluto y relativo tanto de Tr I como de Tr T (continuas), no se evidenciaron mejorías significativas en el rendimiento diagnóstico respecto al modelo clínico aislado o entre sí (fig. y tabla).



Curva ROC. Discriminación comparativa del modelo clínico frente a modelo clínico asociando deltas de troponina I/T.

Estadístico C y test de Hosmer-Lemeshow de los modelos multivariantes en función del delta incluido en el modelo

Modelos multivariantes	Estadístico C	Test de Hosmer-Lemeshow
Con delta absoluto TrI	0,80 (0,74-0,87)	2,04, p = 0,98
Con delta relativo TrI	0,82 (0,76-0,88)	5,00, p = 0,76
Con delta absoluto TrT-hs	0,82 (0,77-0,88)	6,35, p = 0,61
Con delta relativo TrT-hs	0,81 (0,75-0,88)	8,20, p = 0,42

Tr = troponina; hs = ultrasensible.

Conclusiones: En pacientes con dolor torácico, sin elevación del segmento ST y con al menos una determinación de Tr elevada, la información clínica obtenida de la anamnesis y las alteraciones en el ECG siguen siendo el pilar principal del diagnóstico de IAM tipo 1, con un aporte discreto o nulo del delta de Tr.