



6002-135. DETERMINACIÓN DE TROPONINA I EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO: ¿SE HACE UN USO APROPIADO?

Óscar Fabregat Andrés¹, Mónica Ferrando Beltrán¹, Alfredo Montoro Botella², Vicente Borillo³, Vicente Montagud¹, Goitzane Marcaida², Lorenzo Fácila⁴ y Salvador Morell⁴ del ¹Servicio de Cardiología, ²Servicio de Análisis Clínicos, ³Servicio de Urgencias y ⁴Servicio de Cardiología, Consorcio Hospital General Universitario, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: El dolor torácico es la segunda causa de consulta en urgencias. A pesar del desarrollo de protocolos de evaluación, el diagnóstico de síndrome coronario agudo (SCA) sigue siendo un reto clínico. Ante la necesidad de identificar correctamente a los pacientes con SCA, en los últimos años se ha incluido en los diferentes algoritmos diagnósticos el uso de marcadores de daño miocárdico, que ha permitido reducir ingresos por dolor torácico no coronario y optimizar el manejo hospitalario de los pacientes con cardiopatía isquémica. Sin embargo, el hecho que el SCA sea una entidad con potencial riesgo para el paciente, genera en urgencias la determinación imprecisa y excesiva de biomarcadores. Con objeto de definir si actualmente se hace un uso adecuado en este contexto, decidimos analizar las peticiones de troponina I (TnI) en el servicio de urgencias de nuestro centro.

Métodos: El valor de TnI se determinó según práctica habitual, mediante inmunoensayo en el analizador UniCel[®] DxI 800 con kits Access AccuTnI[®] (Beckman Coulter[™]). Tomando como referencia el primer trimestre del año, se seleccionó al azar la última semana de febrero. Durante este periodo, 2354 pacientes consultaron en urgencias (media semanal: 2.530 ± 133 pacientes). Se excluyeron del análisis los pacientes asignados a traumatología, pediatría, maternidad, psiquiatría y médico-quirúrgicas (cirugía general, oftalmología, otorrinolaringología, dermatología y odontología). Asimismo, de las 1.034 urgencias generales restantes, se excluyeron los pacientes con nivel de triaje 4 y 5 según el sistema Manchester. La muestra final incluyó 730 pacientes.

Resultados: Se solicitó TnI a 171 pacientes (23,4% del total), de los cuales sólo 55 consultaron por dolor torácico (32,1%). Esto permitió el diagnóstico de infarto de miocardio en 5 de los 21 pacientes con sospecha de SCA. En la tabla se resumen las características de la muestra según motivo de consulta. Además, se encontró que sólo en 42 pacientes (24,5%) se solicitó TnI seriada y en 24 pacientes (14,1%) no se describió el electrocardiograma en el informe de alta.

Características de los pacientes con determinación de troponina I según el motivo de consulta en urgencias

Total	Dolor torácico	Otros motivos	p valor
Número de pacientes 171	55 (32,2)	116 (67,8)	
(%)			

Disnea 42 (24,4)

Sincope-Mareo 29
(16,9)

Palpitaciones 6 (3,5)

Miscelánea 39 (22,7)

Variables demográficas

Edad	68,7 ± 16,0	61,5 ± 16,8	72,1 ± 14,5	< 0,01
------	-------------	-------------	-------------	--------

Sexo masculino, %	52,7	62,1	49,2	NS
-------------------	------	------	------	----

Factores de riesgo cardiovascular

Diabetes, %		18,2	28,1	NS
-------------	--	------	------	----

Dislipemia, %		51,3	46,4	NS
---------------	--	------	------	----

Hipertensión arterial, %		65,3	72,7	NS
--------------------------	--	------	------	----

Cardiopatía isquémica crónica, %		35,5	22,6	0,09
----------------------------------	--	------	------	------

Insuficiencia cardiaca crónica, %		13,2	19,6	NS
-----------------------------------	--	------	------	----

Tratamiento farmacológico

Ácido acetil salicílico, %		32,7	19,8	0,06
----------------------------	--	------	------	------

β-bloqueante, %		27,1	24,3	NS
-----------------	--	------	------	----

Estatina, %		40	32,7	NS
-------------	--	----	------	----

Biomarcadores daño miocárdico

Pacientes con TnI positiva (≥ 0,3 ng/mL), n5 (9,1) (%)			6 (5,2)	
---	--	--	---------	--

IAMSEST 5 (100) Hipoxemia grave 3
(50,0)

Embolia pulmonar 2
(33,3)

Isquemia arterial 1
(16,6)

Pacientes con TnI en rango de normalidad, 50 (90,9)
n (%)

110 (94,8)

Angina inestable 16
(32,0)

Dolor abdominal 9
(8,1)

Dolor atípico 34
(68,0)

TCE 7 (6,4)

Síndrome febril 7
(6,4)

Otros motivos 87
(79,9)

Conclusiones: La determinación de biomarcadores en urgencias sigue siendo elevada y no se ajusta a las recomendaciones actuales. Sólo la petición basada en la sospecha clínica de SCA justifica la indicación clínica y garantizará el adecuado manejo de los pacientes.