



## 7001-4. VALOR PREDICTIVO DE LA TROPONINA I DE ALTA SENSIBILIDAD EN LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA

Rocío Carda Barrio<sup>1</sup>, Nieves Tarín Vicente<sup>2</sup>, Carlos Gutiérrez Landaluce<sup>1</sup>, Ana María Pello Lázaro<sup>1</sup>, Álvaro Aceña Navarro<sup>1</sup>, Óscar Lorenzo González<sup>1</sup>, Joaquín Alonso Martín<sup>3</sup> y José Tuñón Fernández<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, <sup>2</sup>Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles (Madrid), y <sup>3</sup>Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Se ha estudiado el valor pronóstico de los niveles plasmáticos de troponina I de alta sensibilidad (hsTnI) en la cardiopatía isquémica estable (CIE), con resultados diversos. El objetivo de este estudio es valorar su valor predictivo en una gran población con seguimiento a largo plazo.

**Métodos:** Se determinaron los niveles de hsTnI en 989 pacientes con CIE. Los objetivos secundarios fueron: 1) eventos isquémicos agudos (coronarios o cerebrovasculares), y 2) incidencia de insuficiencia cardiaca (IC) o muerte. El objetivo principal (OP) fue la combinación de los objetivos secundarios.

**Resultados:** La hsTnI fue detectable en el 63,9% de los pacientes, con una mediana de 0,003 (0,000-0,010) ng/ml. Los pacientes con hsTnI > 0 eran más frecuentemente varones (79 frente a 71%; p = 0,008), hipertensos (69,3 frente a 53,5%; p 0,001), y tenían más comorbilidades cardiológicas (fibrilación auricular, fracción de eyección del ventrículo izquierdo 40%, antecedente de IC) comparados con los pacientes con hsTnI = 0. Además, eran mayores [63,0 (54,0-74,0) frente a 57,0 (50,0-65,0) años; p 0,001], tenían menor filtrado glomerular renal [60,5 (48,21-81,25) frente a 69,18 (55,87-87,95) ml/min/1,73 m<sup>2</sup>; p 0,001], y mayores niveles de NT-proBNP [245,5 (132,0-545,8) frente a 104,0 (59,4-203,0) pg/ml; p 0,001]. El seguimiento fue de 5,42 años (2,83-6,5). En la evolución, 117 pacientes presentaron algún evento isquémico agudo, 93 fallecieron o padecieron IC y 193 desarrollaron el OP. Por regresión de Cox univariada los niveles de hsTnI eran predictores del riesgo de desarrollar el OP [RR = 1,46 (1,05-2,05); p = 0,027], y el objetivo de IC o muerte [1,01 (1,00-1,01); p = 0,001], pero no de eventos isquémicos agudos. Al controlar para un gran número de variables clínicas, analíticas, otros biomarcadores (hsPCR y NT-proBNP) y los tratamientos que recibían los pacientes, los niveles de hsTnI predecían el riesgo de IC y muerte [razón de riesgos = 1,05 (1,02-1,08); p = 0,001], perdiendo el valor predictor del OP que incluía además los eventos isquémicos agudos.

**Conclusiones:** Los niveles elevados de hsTnI son predictores independientes del desarrollo de muerte o IC en pacientes con CIE. Si esta observación se confirma en otros estudios debería valorarse el uso de hsTnI como biomarcador pronóstico en esta población.