

Respuesta de los autores



Author's reply

Sr. Director:

Agradecemos el interés mostrado por Alquézar Arbé et al. hacia nuestro estudio¹, y coincidimos en que la elevación de biomarcadores de daño miocárdico puede asociarse con un peor pronóstico en pacientes con diagnóstico diferente al síndrome coronario agudo (SCA), tal y como reflejan en su artículo². Sin embargo, nos gustaría puntualizar algunas consideraciones al respecto, con el fin de contextualizar nuestro trabajo y clarificar los objetivos del mismo.

El objetivo del trabajo fue determinar el grado de uso apropiado de biomarcadores cardíacos en un servicio de urgencias hospitalarias, en función de las actuales guías clínicas de SCA con y sin elevación del segmento ST^{3,4}, que recomiendan su uso estrictamente con fines diagnósticos, basándose en una sospecha clínica y la interpretación del electrocardiograma. Aunque es cierto que dichas guías recogen el potencial valor pronóstico de la elevación de troponina, y recomiendan un manejo terapéutico más agresivo en estos pacientes considerados de alto riesgo, esta consideración se refiere únicamente al contexto del SCA, pues es aquí donde encuentra su valor clínico. A mayor elevación de troponina, mayor necrosis miocárdica, y mayor necesidad de una actuación terapéutica precoz para paliar el riesgo incrementado. En este sentido se expresan también Rubini et al,⁵ citados en su carta, que refuerzan el valor pronóstico de la troponina ultrasensible en una cohorte prospectiva de pacientes con sospecha de SCA⁶.

De los resultados de nuestro estudio se deduce que puede existir un uso inapropiado de la determinación de troponina en urgencias, y a diferencia de lo expresado en su carta, consideramos que el uso de biomarcadores cardíacos no debería utilizarse fuera del contexto clínico del SCA, por razones clínicas, económicas y de responsabilidad médica. Las troponinas cardíacas son proteínas intracelulares del miocardio, cuya elevación en sangre periférica implica forzosamente pérdida de integridad de la membrana celular de los miocardiocitos. Evidentemente, existen entidades nosológicas que implican cierto grado de respuesta inflamatoria local o sistémica que puede producir necrosis miocárdica y elevación de troponina, así como de otras proteínas intracelulares de

órganos centrales, pero esto no debería justificar, en opinión de los autores, su uso indiscriminado en situaciones diferentes a la sospecha de SCA.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Fabregat-Andrés O, Ferrando-Beltrán M, Montoro-Botella A, Facila L. Determinación de troponina I en el servicio de urgencias de un hospital terciario: ¿se hace un uso apropiado? *Aten Primaria*. 2014;46:393-4.
2. Alquézar Arbé A, de Diego Bustillos E, Herrera S, Pallarés Sanz E. Determinación de troponina más allá del síndrome coronario agudo. *Aten Primaria*. 2015;47:125.
3. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, White HD, et al. Documento de consenso de expertos. Tercera definición universal del infarto de miocardio. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:e1-15.
4. Anderson JL, Adams CD, Antman EM, Bridges CR, Califf RM, Casey DE, et al. 2012 ACCF/AHA focused update incorporated into the ACCF/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2013;61:e179-347.
5. Rubini M, López B, Rubini S, Mueller C. Biomarcadores en el paciente con dolor torácico: pasado, presente y futuro. *Emergencias*. 2014;26:221-6.
6. Hochholzer W, Reichlin T, Twerenbold R, Bax J, Boersma E, Bueno H, et al. Incremental value of high-sensitivity cardiac troponin T for risk prediction in patients with suspected acute myocardial infarction. *Clin Chem*. 2011;57:1318-26.

Óscar Fabregat-Andrés^{a,b,*} y Lorenzo Fácila^a

^a *Servicio de Cardiología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España*

^b *Fundación para la investigación, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: osfabregat@gmail.com
(Ó. Fabregat-Andrés).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.09.005>