



## CARTAS AL DIRECTOR

### Consideraciones sobre los predictores del uso de la estrategia invasiva precoz en mujeres con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST



#### Comments on predictors of the use of the early invasive strategy in women with non-ST-elevation acute coronary syndrome

Sr. Director:

Hemos leído con interés el estudio realizado por De Miguel-Balsa et al. sobre los predictores del uso de la estrategia invasiva precoz en mujeres con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST<sup>1</sup>.

En relación con el citado trabajo, nos gustaría realizar 2 comentarios. En primer lugar, con respecto a la variable determinación de troponina cardíaca (Tnc), si la elevación de Tnc informa del tamaño de la lesión y es un factor de mal pronóstico<sup>2</sup> parece razonable que la cuantificación de la elevación de Tnc pueda condicionar el uso de la estrategia terapéutica. Los autores han considerado la variable Tnc como positiva o negativa<sup>1</sup>, quizás por la heterogeneidad existente de inmunoanálisis para la determinación de Tnc. En la actualidad hay comercializados inmunoanálisis que determinan Tnc T, y otros, Tnc I; cada una de estas técnicas tiene diferente punto de corte<sup>3</sup>. Además, recientemente se han introducido los denominados inmunoanálisis de elevada sensibilidad, cuyo punto de corte corresponde con el percentil 99 de una población de referencia, a diferencia de los inmunoanálisis convencionales, en los que el punto de corte utilizado era aquel en que el coeficiente de variación de la técnica era <10%<sup>4</sup>. No obstante, el manejo de la variable Tnc categorizada, por ejemplo, como valor doble o triple de su punto de corte, puede ser un predictor útil de la estrategia a seguir.

En segundo lugar, sorprende que la variable disponibilidad de sala de hemodinámica en el centro donde se atiende el caso no fuera una variable predictora independiente en el

análisis de regresión logística. El uso de una estrategia invasiva precoz, definida por los autores como una angiografía coronaria en las primeras 72 h de ingreso, está condicionado por la disponibilidad del recurso, es decir, la unidad de hemodinámica, y del tiempo. Hay estudios recientes en nuestro medio en que el manejo de la atención de los pacientes con síndrome coronario agudo depende en gran medida del tipo de centro que atiende al paciente<sup>5</sup>.

#### Financiación

Ninguno de los autores ha recibido financiación para la realización del presente trabajo.

#### Conflicto de intereses

Ninguno de los autores tiene conflicto de intereses.

#### Bibliografía

1. De Miguel-Balsa E, Baeza-Román A, Pino-Izquierdo K, Latour-Pérez J, Coves-Orts FJ, Alcoverro-Pedrola JM, et al., Grupo ARIAM-SEMICYUC. Predictores del uso de la estrategia invasiva precoz en mujeres con síndrome coronario agudo sin elevación de ST. *Med Intensiva*. 2014;38:483–91.
2. Thygesen K, Mair J, Katus H, Plebani M, Venge P, Collinson P, et al., Study Group on Biomarkers in Cardiology of the ESC Working Group on Acute Cardiac Care. Recommendations for the use of cardiac troponin measurement in acute cardiac care. *Eur Heart J*. 2010;31:2197–204.
3. Rubini M, Rubini LB, Mueller SC. Biomarcadores en el paciente con dolor torácico: pasado, presente y futuro. *Emergencias*. 2014;26:221–6.
4. Jaffe AS, Ordóñez-Llanos J. Troponina cardíaca ultrasensible: de la teoría a la práctica clínica. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:687–91.
5. Reina Toral A, Colmenero Ruiz M, García Pérez C, Expósito Ruiz M, de Antonio Martín E, Bermúdez Tamayo C, Grupo ARIAM-Andalucía. Diferencias en los resultados de la atención a los pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) en función del acceso inicial a hospitales con o sin sala de hemodinámica en Andalucía. *Emergencias*. 2014;26:101–8.

A. Alquézar Arbé<sup>a,\*</sup>, O. Trejo Gutierrez<sup>a</sup>, M. Turbau Valls<sup>a</sup> y M. Barcons Pujol<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Urgencias, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

<sup>b</sup> Unidad de Semicríticos, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [aalquezar@santpau.cat](mailto:aalquezar@santpau.cat) (A. Alquézar Arbé).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2014.12.004>

## Respuesta de los autores



### Author's reply

Agradecemos al Dr. Alquézar et al.<sup>1</sup> la atención prestada a nuestro artículo «Predictores del uso de la estrategia invasiva precoz en mujeres con síndrome coronario agudo sin elevación de ST»<sup>2</sup>, así como sus comentarios a los que quisiéramos añadir las siguientes consideraciones:

Respecto al primer comentario, en nuestro análisis no consideramos de interés el valor incremental de los biomarcadores puesto que, a nuestro entender, no hay efecto dosis-respuesta, ni la indicación ni el beneficio de la estrategia invasiva precoz (EIP) en el SCASEST aumenta en función de la magnitud del aumento de los biomarcadores<sup>3</sup>.

La Sociedad Europea de Cardiología (ESC, por sus siglas en inglés) en las últimas guías de práctica clínica publicadas sobre revascularización, recomienda la estratificación del riesgo para la toma de decisiones sobre la revascularización en el SCASEST en función de la positividad o negatividad de los biomarcadores<sup>4</sup>, el umbral de decisión definido por consenso es aquel valor que excede el percentil 99 de una población de referencia normal<sup>5</sup>. Las hipótesis que plantean Alquézar et al. respecto a que la cuantificación de la elevación de troponina cardiaca pueda condicionar el uso de la estrategia terapéutica, así como el punto de corte que proponen (valor doble o triple de su punto de corte como predictor útil de la estrategia a seguir) debe ser investigado.

Respecto al segundo comentario, la disponibilidad de laboratorio de hemodinámica se incluyó en el modelo de regresión tal y como se explica en la sección «Métodos», pero no se comportó como factor independiente asociado a la realización de estrategia invasiva precoz. Cabe destacar que la bibliografía que aportan el Dr. Alquézar et al. hacen referencia al síndrome coronario agudo con ST elevado, donde la ventana temporal para la revascularización es considerablemente menor a las 72 h que definen la estrategia invasiva precoz.

### Financiación

Ninguna.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún potencial conflicto de interés relacionado con el artículo.

## Bibliografía

- Alquézar Arbé A, Trejo Gutiérrez O, Turbau Valls M, Barcons Pujol M. Consideraciones sobre los predictores del uso de la estrategia invasiva precoz en mujeres con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. *Med Intensiva*.
- de Miguel-Balsa E, Baeza-Roman A, Pino-Izquierdo K, Latour-Pérez J, Coves-Orts FJ, Alcoverro-Pedrola JM, et al. Predictores del uso de la estrategia invasiva precoz en mujeres con síndrome coronario agudo sin elevación de ST. *Med Intensiva*. 2014;38:483–91.
- Fox KA, Dabbous OH, Goldberg RJ, Pieper KS, Eagle KA, van de Werf F, et al. Prediction of risk of death and myocardial infarction in the six months after presentation with acute coronary syndrome: Prospective multinational observational study (GRACE). *BMJ*. 2006;333:1091–4.
- Windecker S, Kolh P, Alfonso F, Collet JP, Cremer J, Falk V, et al., Authors/Task Force members. 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Developed with the special contribution of the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). *Eur Heart J*. 2014;35:2541–619.
- Thygesen K, Mair J, Katus H, Plebani M, Venge P, Collinson P, et al. Recommendations for the use of cardiac troponin measurement in acute cardiac care. *Eur Heart J*. 2010;31:2197–204.

E. de Miguel-Balsa\*, A. Baeza-Román, J. Latour-Pérez y F.J. Coves-Orts

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante, España

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [emiguelbalsa@gmail.com](mailto:emiguelbalsa@gmail.com), [emiguelbalsa@yahoo.es](mailto:emiguelbalsa@yahoo.es) (E. de Miguel-Balsa).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2014.12.003>