

Análisis de la capacidad predictiva de enfermedad coronaria de la troponina T ultra-sensible de 6ª generación

Claudio Piqueras Sánchez(1), Jorge Moreno Fernández(1), Antonio Pujante Martínez(1), Alfonso Vidal López(1), Joaquín Salinas García(1), Carmen Agulló López(1), Luis Fernando Abrego Vaca(1), Pablo Jesús Navarro Gómez(1), Beatriz Poyatos Herraiz(1), Alejandro Riquelme Pérez(2), Carlos Jiménez González(3), Iria Cebreiros López(3), José A. Noguera Velasco(3), Antonio Tello Montoliu(1) y Domingo Andrés Pascual Figal(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia - España, (2)Universidad de Murcia, Murcia - España y (3)Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia - España

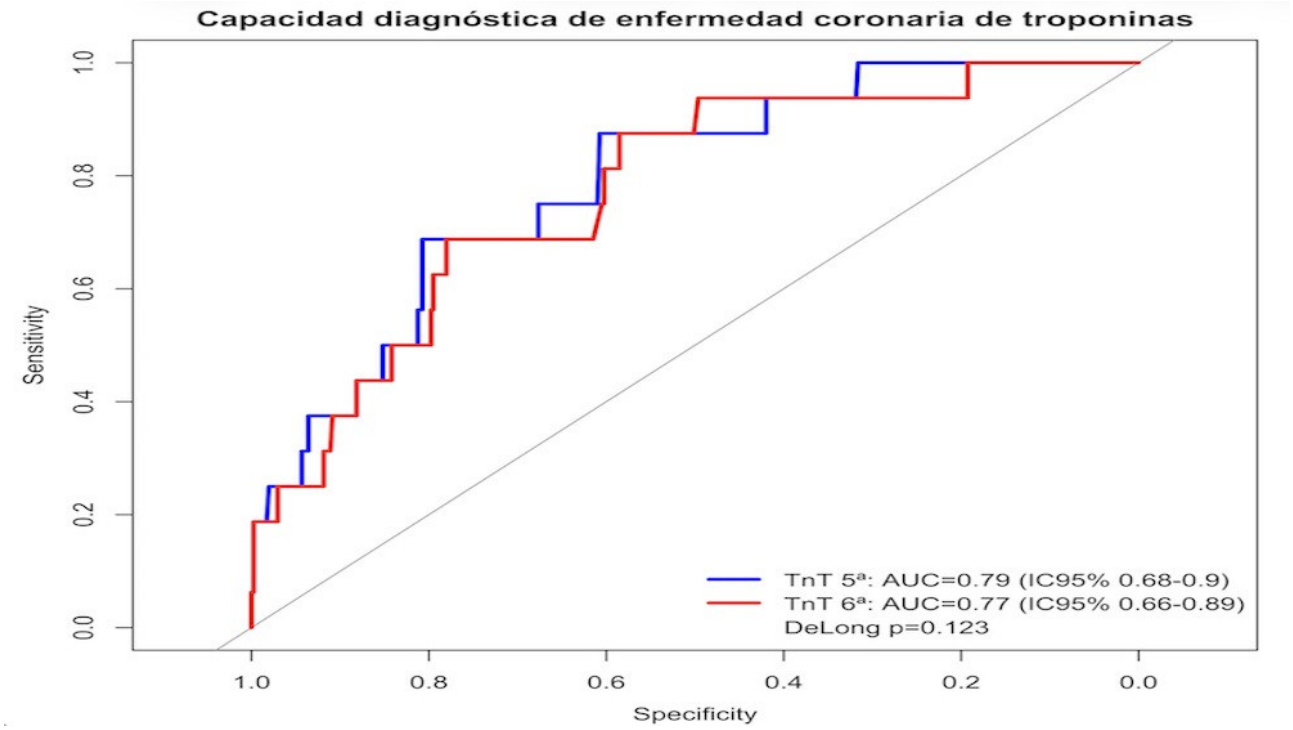
Introducción: Las troponinas de alta sensibilidad son el método de referencia para el diagnóstico precoz y la estratificación del riesgo del infarto agudo de miocardio. Recientemente se ha desarrollado una troponina de 6ª generación (hs-cTn 6) basada en tecnología de electroquimioluminiscencia, con potencial mayor sensibilidad, especificidad y menor interferencia por hemólisis. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar su capacidad diagnóstica para enfermedad coronaria significativa y compararla con la hs-cTn de 5ª generación (hs-cTn 5).

Métodos: Se realizó un análisis observacional retrospectivo de pacientes con determinación de troponina en Urgencias durante noviembre de 2025. Se realizó una determinación tanto de hs-cTn5 como hs-cTn6 de la misma muestra. Se definió una clasificación categórica (bajo/alto) utilizando un punto de corte de 13 ng/L para la hs-cTn 5 y los límites superiores de referencia del percentil 99 específicos por sexo para la hs-cTn 6 (18 ng/L en mujeres y 32 ng/L en varones). Se construyeron curvas ROC y se compararon las áreas bajo la curva (AUC) mediante el test de DeLong ($p<0,05$).

Resultados: Se incluyeron 421 pacientes. Sus características basales y eventos se muestran en la tabla 1. La media de edad fue de 66±15 años y el 58,9% eran varones (n= 248). El dolor torácico fue el síntoma que motivó la consulta en el 37,1% de las visitas a Urgencias. Únicamente el 5% (n=21) de los pacientes fue diagnosticado de síndrome coronario agudo. Las curvas ROC mostraron un AUC de 0,79 (IC95% 0,68–0,90) para la hs-cTn 5 y de 0,77 (IC95% 0,66–0,89) para la hs-cTn 6, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre ambas (test de DeLong, $p=0,123$) (Figura 1). Para los puntos de corte analizados, la hs-cTn 5 presentó una sensibilidad de 0,875 y una especificidad de 0,538, mientras que la hs-cTn 6 mostró una sensibilidad de 0,688 y una especificidad de 0,632. El valor predictivo positivo fue de 0,070 y 0,069, y el valor predictivo negativo de 0,991 y 0,981, respectivamente.

Conclusiones: Ambas troponinas mostraron un rendimiento diagnóstico comparable para enfermedad coronaria significativa, sin diferencias relevantes. La hs-cTn 5 presentó mayor sensibilidad, mientras que hs-cTn 6 mostró mayor especificidad. Ambas destacaron por su alta capacidad para descartar enfermedad coronaria y limitada

capacidad confirmatoria.



Características basales de la población y eventos acontecidos.

FG: filtrado glomerular; SCA: Síndrome Coronario Agudo; SCC: Síndrome Coronario Crónico; ICP: Intervencionismo Coronario Percutáneo; CABG: Cirugía de Bypass Coronario.