

## Respuesta de la carta al director «La metodología utilizada puede influir en el valor de copeptina para la exclusión del infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST»



### Methods can influence the value of copeptin to rule-out acute myocardial infarction without ST segment elevation

Sr. Director:

En primer lugar agradecemos los comentarios de los autores de la carta. En segundo lugar, queremos señalar que estamos de acuerdo en que hubiera sido deseable que 2 cardiólogos, o un cardiólogo y otro especialista hubieran clasificado el diagnóstico final de los pacientes, en lugar de uno, sobre todo teniendo en cuenta el relativamente pequeño tamaño muestral de nuestro estudio. El autor, además, cita el trabajo de Smith SW et al.<sup>1</sup>, para justificar las limitaciones de la clasificación por 2 observadores. Sin embargo, no creemos que la conclusión de dicho estudio sea que la concordancia entre especialistas es «aceptable», como afirma el autor, ya que un índice *kappa* de 0,79 implica una concordancia entre buena y muy buena<sup>2</sup>. Además, debe decirse que un factor clave que condicionó en este interesante estudio dicha —leve— discordancia fue la diferencia entre el punto de corte establecido por el fabricante para el ensayo (empleado por los clasificadores centrales en el estudio) y el punto de corte establecido localmente (empleado por los clasificadores locales). Dicho de otro modo, no consideramos que la clasificación adicional por otro especialista local de los pacientes diagnosticados en nuestro centro hubiera cambiado sensiblemente los resultados del estudio.

Respecto a la afirmación de que la variable «tiempo transcurrido desde el inicio del dolor torácico» es en ocasiones difícil de determinar con exactitud, estamos de acuerdo con la misma. Sin embargo dicha variable es también utilizada en estudios con un diseño similar al nuestro<sup>3</sup>, como criterio para valorar el posible valor predictivo negativo de la copeptina en pacientes con un corto período de tiempo, desde el inicio del dolor torácico. Además, y como se cita en el texto, «se excluyeron del estudio aquellos pacientes en los que no se pudo documentar el tiempo transcurrido desde el inicio del dolor torácico», lo cual, aunque puede suponer sesgo, indica que los tiempos en los pacientes incluidos fueron razonablemente comprobados previo al reclutamiento.

Respecto al origen multifactorial del colapso en urgencias, coincidimos con el autor en considerarlo un problema complejo, y que difícilmente va a ser modificado por la inclusión de un nuevo biomarcador en urgencias. Sin embargo, convendrá también con nosotros, que una de las razones

por las que se ha introducido en la práctica clínica diaria la troponina cardiaca, medida mediante ensayos de alta sensibilidad, es el de que su medida puede ser, en determinados pacientes, un criterio de «rule-out» que contribuiría a permitir las altas precoces en los servicios de urgencias, como recogen las guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología publicadas recientemente<sup>4</sup>, basándose en su excelente valor predictivo negativo. Queremos con ello señalar que según en qué contexto sanitario, sí que es plausible que un biomarcador pueda servir para reducir el colapso de los servicios de urgencias. En conclusión y desde nuestra perspectiva, el posible valor adicional de la copeptina para descartar el infarto agudo de miocardio necesita todavía de un mayor esfuerzo investigador, y está todavía pendiente de ser completamente dilucidado<sup>4</sup>.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran la no existencia de conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Smith SW, Diercks DB, Nagurney JT, Hollander JE, Miller CD, Schrock JW, et al. Central versus local adjudication of myocardial infarction in a cardiac biomarker trial. *Am Heart J*. 2013;165:273-9.
2. Altman DG. *Practical statistics for medical research*. London: Chapman and Hall; 1991.
3. Llorens P, Sánchez M, Herrero P, Martín-Sánchez FJ, Piñera P, Miró O, COPEL study investigators. The utility of copeptin in the emergency department for non-ST-elevation myocardial infarction rapid rule out: COPEL-MIRRO study. *Eur J Emerg Med*. 2014;21:220-9.
4. Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2016;37:267-315.

L. García de Gadiana-Romualdo<sup>a,\*</sup>,  
L. Consuegra-Sánchez<sup>b</sup>, P. Esteban-Torrella<sup>a</sup>,  
J.J. Martínez-Díaz<sup>b</sup>  
y M.D. Albaladejo-Otón<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

<sup>b</sup> Servicio de Cardiología y Hemodinámica, Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [guadianarom@yahoo.es](mailto:guadianarom@yahoo.es)  
(L. García de Gadiana-Romualdo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2016.01.010>