Consulta telemática de cardiología para ancianos. La regla de las 5 M puede ser una ayuda. Respuesta

Telematic cardiology consultation in the elderly. The 5 M framework can help. Response

Sr. Editor:

Agradecemos la carta del Díez-Villanueva et al. respecto al documento de consenso de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) sobre la consulta telemática. Los autores destacan las peculiaridades de la población geriátrica, algo que no es ajeno a la actividad del cardiólogo clínico, ya que muchos de nuestros pacientes atendidos en consulta son de edad avanzada. Por ello, aunque no haya una referencia explícita a la población anciana en el documento, la información aportada es aplicable a los pacientes de más edad.

Los autores proponen la utilización de la regla de las 5 M publicada antes de la pandemia de COVID-19, pero que actualmente puede tener aún mayor vigencia. Aunque la regla tiene su utilidad práctica, en realidad no se circunscribe exclusivamente a la población anciana. De hecho, algunas «M» son los pilares de la consulta telemática independientemente de la edad, como así se describe en el documento de consenso. Hay que destacar lo poco afortunado de la primera «M» (Más importante, traducida de «*Matters Most to Me*»), poco intuitiva en castellano, que hará difícil recordar su significado al aplicar la regla.

Un punto que destacan los autores es la necesidad de más ayuda para que los ancianos, habitualmente alejados de las nuevas tecnologías, entiendan la telemedicina. Si bien este punto es incuestionable, también hay que reconocer que, ante la eclosión informática sufrida repentinamente, hemos asistido a una capacidad de adaptación de nuestros mayores muy sorprendente. Muchos han pasado de utilizar a duras penas el móvil solo para llamar a escribir mensajes en *whatsapp* o hablar por videoconferencias con una soltura inesperada. No obstante, estamos de acuerdo en que hay que comprender sus dificultades para aprovechar las oportunidades de la telemedicina y facilitarles la utilización de las herramientas disponibles para salvar las posibles limitaciones con las nuevas tecnologías, como recientemente se ha publicado[1,2].

La atención al paciente cardiológico anciano es una parte esencial para el cardiólogo clínico[3]. Por ello, todas las aportaciones de los expertos en geriatría son bienvenidas, buscando que el trabajo conjunto y la colaboración entre profesionales tengan repercusión directa en una mejor asistencia a los pacientes mayores.

Vivencio Barrios[a,*], Juan Cosín-Sales[b] y Carlos Escobar[c]

[a]*Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá, Madrid, España*
[b]*Servicio de Cardiología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España*
[c]*Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España*

[*] Autor para correspondencia:
Correo electrónico: vivenciobarrios@gmail.com (V. Barrios).

On-line el 6 de octubre de 2020

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.08.024

BIBLIOGRAFÍA

1. Lam K, Lu AD, Shi Y, Covinsky KE. Assessing telemedicine unreadiness among older adults in the United States during the COVID-19 pandemic. *JAMA Intern Med.* 2020. http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.2671.
2. Nieman CL, Oh ES. Connecting with older adults via telemedicine. *Ann Intern Med.* 2020. https://doi.org/10.7326/M20-1322
3. Díez-Villanueva P, Arizá-Solé A, Vidán MT, et al. Recomendaciones de la Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología para la valoración de la fragilidad en el anciano con cardiopatía. *Rev Esp Cardiol.* 2019;72:63–71.

https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.09.004
0300-8932/
© 2020 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Angina típica, angina atípica y dolor torácico atípico: ¿es hora de cambiar esta terminología?

Typical angina, atypical angina, and atypical chest pain: is it time to change this terminology?

Sr. Editor:

Recientemente se ha publicado en *Revista Española de Cardiología* la última guía de la Sociedad Europea de Cardiología sobre cardiopatía isquémica crónica junto con un comentario editorial[1,2]. Nos ha llamado la atención que, en el apartado referente a la evaluación de los pacientes con dolor torácico, se mantiene la clasificación en angina típica, angina atípica y dolor torácico atípico. Esta taxonomía se introdujo hace años con el propósito de sistematizar el diagnóstico de los pacientes[3] y, con algunas modificaciones, se ha utilizado ampliamente desde entonces y también se menciona en las guías estadounidenses[4]. Sin embargo, en nuestra opinión, tiene limitaciones significativas y su aplicación estricta puede incluso dar lugar a decisiones clínicas erróneas. Como apuntan los autores de las guías[1,4], su capacidad para identificar a los pacientes con enfermedad coronaria es escasa, ya que, por un lado, una gran proporción de pacientes con cardiopatía isquémica —en particular, mujeres y pacientes de edad avanzada o con comorbilidades— no presentan angina típica y, por otro, es frecuente que pacientes que sí la presentan no tengan lesiones coronarias o isquemia objetivable.

Por lo tanto, ante un paciente en quien se quiera evaluar si sus síntomas se deben a isquemia miocárdica, no debemos olvidar que una «angina típica» no es patognomónica de cardiopatía isquémica y, lo que es más importante, que un «dolor torácico atípico» no permite descartarla. Por ejemplo, un dolor en el epigastrio relacionado claramente con el esfuerzo se habría de considerar atípico por su localización, pero indica angina. Asimismo, un dolor torácico de características opresivas que aparece exclusivamente en reposo no puede considerarse angina típica, pese a ser muy sugestivo de angina vasoespástica si las crisis aparecen con un horario nocturno y son recortadas. Además, esta clasificación está centrada en la cardiopatía isquémica y no tiene en consideración otras causas cardiológicas y no cardiológicas de dolor torácico. Por ejemplo, un dolor torácico relacionado claramente con los movimientos respiratorios es atípico de angina pero típico de dolor pericardítico o pleurítico, y un dolor muy agudo e intenso en región interescapular es atípico de angina pero típico de un síndrome aórtico agudo.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.12.013

En nuestra opinión, sería más útil desde el punto de vista clínico usar una terminología menos categórica, como dolor torácico «muy sugestivo», «sugestivo», «compatible» o «poco sugestivo» de angina, o dolor torácico «sugestivo» de pericarditis, pleuritis, síndrome aórtico agudo o de pared torácica. Todo ello, junto con la probabilidad pretest de cardiopatía isquémica o de otras afecciones torácicas, tendría una utilidad clínica evidente para orientar el diagnóstico y para seleccionar las pruebas más adecuadas. En ocasiones, el dolor no apunta a ninguna enfermedad concreta: creemos que en ese caso sería más adecuado el término «dolor torácico inespecífico, sin evidencia de una enfermedad concreta». Somos conscientes de que los términos «angina típica», «angina atípica» y «dolor torácico atípico» están muy arraigados, pero creemos que la nomenclatura que proponemos es más útil y se adapta mejor a la práctica clínica real. Ante un paciente con dolor torácico, el clínico habitualmente se hace una impresión sobre el diagnóstico más probable basada en sus conocimientos y su experiencia, más que en aplicar un algoritmo. Incluso algunos estudios de contrastada calidad científica[5] han tenido en más consideración la interpretación subjetiva de los síntomas por el médico que la mencionada taxonomía.

Por último, los cardiólogos estamos habituados a valorar el dolor torácico bajo el prisma de la cardiopatía isquémica y de las afecciones del pericardio o la aorta, pero en el tórax hay otras estructuras que pueden causar dolor, y la terminología que proponemos evita ese posible sesgo y es aplicable a cualquier causa de dolor torácico.

FINANCIACIÓN

J.A. Barrabés recibe financiación del Instituto de Salud Carlos III, España (PI20/01681 y CIBERCV), cofinanciada por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional.

Jaume Sagristà-Sauleda[a] y José A. Barrabés[a,b,c,*]

[a]*Servei de Cardiologia, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España*
[b]*Departament de Medicina, Facultat de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona, España*
[c]*Centro de Investigación en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), España*

[*] Autor para correspondencia:
Correo electrónico: jabarrabes@vhebron.net (J.A. Barrabés).

On-line el 17 de octubre de 2020

BIBLIOGRAFÍA

1. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J.* 2020;41:407–477.
2. Grupo de Trabajo de la SEC para la guía ESC 2019 sobre síndromes coronarios crónicos, Revisores expertos para la guía ESC 2019 sobre síndromes coronarios crónicos y Comité de Guías de la SEC. Comentarios a la guía ESC 2019 sobre síndromes coronarios crónicos. *Rev Esp Cardiol.* 2020;73:439-444.
3. Diamond GA, Forrester JS, Hirsch M, et al. Application of conditional probability analysis to the clinical diagnosis of coronary artery disease. *J Clin Invest.* 1980;65:1210–1221.
4. Fihn SD, Gardin JM, Abrams J, et al. 2012 ACCF/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS Guideline for the Diagnosis and Management of Patients With Stable Ischemic Heart Disease. *Circulation.* 2012;126:e354–e471.
5. Mokhtari A, Borna C, Gilje P, et al. A 1-h combination algorithm allows fast ruleout and rule-in of major adverse cardiac events. *J Am Coll Cardiol.* 2016;67:1531–1540.

https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.09.020
0300-8932/
© 2020 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.