



6036-475. ECOCARDIOGRAMA DE ESTRÉS CON FÁRMACOS PARA EL ESTUDIO DE DOLOR TORÁCICO ATÍPICO. ¿DA IGUAL QUE EL PACIENTE TENGA ENFERMEDAD CORONARIA PREVIA?

Natalia Lorenzo Muñoz, Jesús Jiménez López, Beatriz Berzal Martín, Ana María Rodríguez Almodóvar, María Julia Darriba Pollán, Sonia Bartolomé Mateos, Elena Pérez Pereira y Rosa González Davia del Hospital Infanta Cristina, Parla (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: Determinar si el ecocardiograma de estrés (ES) con fármacos realizado con fines diagnósticos es igual de fiable para el estudio de dolor torácico atípico, en pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica (CI) y en pacientes sin enfermedad coronaria (EC) previa y probabilidad pretest intermedia.

Métodos: Se recogieron prospectivamente 154 pacientes, que entre 2013 y 2014 se sometieron a ES (con dobutamina o dipiridamol) para estudio de dolor torácico no claramente típico. Se llevó a cabo un seguimiento de 12 meses. Se identificaron como eventos: síndrome coronario agudo (SCA) y necesidad de revascularización percutánea o quirúrgica en el seguimiento. Se consideró que el ES fue positivo cuando aparecieron *de novo* alteraciones de la contractilidad segmentaria, o cuando se reprodujeron los síntomas asociados a alteraciones de la motilidad regional o del ECG. Los enfermos cuyo resultado del ES fue positivo, se sometieron a coronariografía, si ésta era normal, se clasificaban como falsos positivos (FP). Los enfermos cuyo resultado del ES fue negativo, y que sin embargo tuvieron un evento, fueron clasificados como falsos negativos (FN).

Resultados: Hubo 37 individuos con antecedentes de CI revascularizada (percutánea o quirúrgica) y 117 sin historia previa y probabilidad pretest intermedia para EC. La edad media fue de 61,9 años, siendo el 57,8% mujeres. Hubo 10 pacientes con disfunción ventricular, grave en 2 de ellos. El 72,1% de los estudios se realizó con el protocolo de dobutamina más atropina y los restantes con dipiridamol más atropina. El 65,6% de las pruebas realizadas fueron concluyentes para estudio de CI. La distribución de estas variables no variaba significativamente entre los pacientes con y sin historia de CI. Los resultados de la prueba y la aparición de eventos se muestran en la tabla. La probabilidad de obtener un FN fue superior en el grupo con historia de CI: 16,2 frente a 3,4% ($p = 0,043$). Este resultado fue independiente del tratamiento médico que recibían, del protocolo de estrés empleado, de si el resultado del ES fue concluyente y de la FEVI.

Enfermedad coronaria previa	Eventos	
	Sí	No

Sí	Resultado ES	Positivo	4	2
			Sensibilidad 40%	
			(IC95% 0,4 ± 0,3)	
			VPP 66,7%	
		Negativo	6	25
				Especificidad 92,6% (IC95% 0,93 ± 0,07)
				VPN 80,6%
No	Resultado ES	Positivo	9	4
			Sensibilidad 69,2%	
			(IC95% 0,69 ± 0,25)	
			VPP 69,2%	
		Negativo	4	100
				Especificidad 96,2% (IC95% 0,96 ± 0,03)
				VPN 96,2%

Conclusiones: Aunque la especificidad y el valor predictivo negativo del ES con fármacos es alto en ambos grupos, el ES es inferior a la hora de detectar EC durante el estudio de dolor torácico no típico en isquémicos conocidos que en pacientes sin antecedentes y probabilidad pretest intermedia.