



6030-371. UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO: COMBINACIÓN DE ANGIOGRAFÍA CORONARIA MEDIANTE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA Y PRUEBAS FUNCIONALES DE DETECCIÓN DE ISQUEMIA

M. Teresa Cano Mozo, Marta Alonso Fernández de Gatta, Marta López Serna, Soraya Merchán Gómez, Maximiliano Diego Domínguez, Ana García Martín, Elena Díaz Peláez y Pedro Luis Sánchez Fernández del Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome coronario agudo (SCA) se diagnostica en hasta un 15% de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) por dolor torácico, pero existe una tasa de fallo en el diagnóstico de SCA y alta inapropiada de un 2%. Nuestro objetivo es analizar los resultados tras implantar un protocolo de Unidad de Dolor Torácico (UDT) que combina el empleo de angiografía coronaria mediante tomografía computarizada (TC) Philips iCT-256 con pruebas funcionales de detección de isquemia (PFDI).

Métodos: Desde octubre-2015 hasta enero-2017 se incluyeron todos los pacientes valorados por cardiología por dolor torácico de etiología indeterminada en el SU, con ECG normal y seriación de troponina T ultrasensible negativa en nuestro centro. El manejo, realizado en las primeras 24 horas, se detalla en la figura.

Resultados: Se incluyeron 98 pacientes con alta carga de factores de riesgo cardiovascular (tabla), 16% con diagnóstico previo de cardiopatía isquémica (10% infarto de miocardio), estando revascularizados un 12%. El 82% de los pacientes presentaban un dolor torácico atípico. El protocolo se llevó a cabo de forma completa en el 88% de los pacientes. Se realizó TC en el 82%, combinado con ergometría convencional (EC) o con SPECT miocárdico en el 77%. En el resto se realizó EC (6%), SPECT (12%) o TC (5%) sin combinación debido a contraindicaciones o situación clínica. En 5 pacientes se detectaron lesiones graves por TC (estenosis 70-99%), confirmándose el diagnóstico de síndrome coronario agudo en 3 (3%) y demostrándose un falso negativo en 2 mediante coronariografía invasiva. 12 pacientes presentaban lesiones coronarias intermedias por TC, solo en 2 casos con test de isquemia positivo (uno de alto riesgo requirió revascularización percutánea). Solo un 15% de los pacientes requirieron ingreso hospitalario. Durante una mediana de 6,5 (3-16) meses de seguimiento no se han objetivado eventos cardiovasculares ni fallecimientos en los pacientes en los que se cumplió el protocolo completo. Un paciente que solo realizó EC sufrió SCA en el seguimiento.



Algoritmo de pruebas no invasivas de detección de cardiopatía isquémica.

Características basales de los pacientes

Características	Población de estudio (n = 98)
Varón n (%)	54 (55)
Edad (media $\pm$ DE)	60 $\pm$ 12,79
Hipertensión arterial n (%)	47 (48)
Diabetes mellitus n (%)	10 (10)
Dislipemia n (%)	49 (50)
Obesidad n (%)	27 (28)
Sobrepeso n (%)	44 (45)
Tabaquismo activo n (%)	18 (18)
ACV previo n (%)	3 (3)
SAHS n (%)	5 (5)
EPOC n (%)	2 (2)
ERC n (%)	7 (7)
Fibrilación auricular n (%)	6 (6)
Insuficiencia cardiaca n (%)	2 (2)

ACV = accidente cerebrovascular, EPOC = enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ERC = enfermedad renal crónica, SAHS = síndrome de apnea hipopnea del sueño.

Conclusiones: La estrategia combinada de TC coronario y PFDI para el manejo del dolor torácico agudo es segura, con baja tasa de eventos en el seguimiento, permite además el diagnóstico de todos los casos de cardiopatía isquémica, incluida la disfunción microvascular, e implementar un tratamiento en prevención primaria en aquellos pacientes en los que se detectan lesiones coronarias.