

Cartas al Editor

Unidad de dolor torácico: no olvidar los índices clínicos



Chest pain unit: Do not forget the clinical indexes

Sr. Editor:

Hemos leído con mucho interés el artículo de Piñeiro-Portela et al.¹ en el que comparan 2 pruebas diagnósticas de imagen en la unidad de dolor torácico, el ecocardiograma de estrés y la tomografía computarizada con multidetectores. Dado que los pacientes incluidos tenían una probabilidad baja-intermedia de síndrome coronario agudo (SCA), electrocardiograma normal o no diagnóstico y cifras normales de troponina, creemos que en algunos de ellos podría no haber sido necesario realizar una prueba diagnóstica de imagen. Los autores no proporcionan ningún índice clínico de los descritos en pacientes con SCA (GRACE, TIMI y HEART) o en unidades de dolor torácico^{2–4}. Sería interesante informar del resultado de los índices UDT65 (uso de ácido acetilsalicílico, diabetes, tipicidad del dolor, edad ≥ 65 años) y el descrito por Sanchis et al.⁵ (sexo masculino₁, dolor de esfuerzo₁, recurrencia de dolor₂ y enfermedad coronaria previa₂). En concreto, sería importante saber cuántos pacientes tenían estos índices ≤ 1 y cuál fue su pronóstico. Asimismo, se debería indicar si se utilizó un reactivo de troponina de alta sensibilidad y alguno de los algoritmos de troponina de los que se ha demostrado grandes sensibilidad y valor predictivo negativo para el diagnóstico de SCA. Alguna información indica que las pruebas de detección de isquemia podrían estar sobreutilizándose en pacientes con riesgo bajo e intermedio⁶, por lo que unos índices clínicos muy bajos (0 o incluso 1) podrían ser suficientes para dar de alta desde urgencias a pacientes con electrocardiograma y cifras de troponina normales. La sobreutilización de pruebas de detección de isquemia en pacientes en bajo riesgo prolonga su estancia en el servicio de urgencias (o incluso obliga a su ingreso), aumenta el coste económico y puede inducir procedimientos invasivos y revascularizaciones sin claro impacto en el pronóstico de estos pacientes.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.01.007>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.06.003>

Unidad de dolor torácico: no olvidar los índices clínicos.
Respuesta

Chest pain unit: do not forget the clinical indexes. Response

Sr. Editor:

Agradecemos el interés en nuestro artículo sobre la comparación de ecocardiografía de estrés y tomografía computarizada multidetectores en una unidad de dolor torácico. Aunque no eran

Manuel Martínez-Sellés^{a,*}, Juan Sanchis^b y Héctor Bueno^c

^aServicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, CIBERCV, Universidad Europea, Universidad Complutense, Madrid, España

^bServicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Universidad de Valencia, Valencia, España

^cServicio de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), Universidad Complutense, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: mmselles@secardiologia.es

(M. Martínez-Sellés).

On-line el 12 de mayo de 2020

BIBLIOGRAFÍA

1. Piñeiro-Portela M, Peteiro-Vázquez J, Bouzas-Mosquera A, et al. Comparison of two strategies in a chest pain unit: stress echocardiography and multidetector computed tomography. *Rev Esp Cardiol.* 2021;74:59–64.
2. Martínez-Selles M, Bueno H, Estevez A, De Miguel J, Muñoz J, Fernández-Aviles F. Positive non-invasive tests in the chest pain unit: importance of the clinical profile for estimating the probability of coronary artery disease. *Acute Card Care.* 2008;10:205–208.
3. Martínez-Sellés M, Bueno H, Sacristán A, et al. Chest pain in the emergency department: incidence, clinical characteristics and risk stratification. *Rev Esp Cardiol.* 2008;61:953–959.
4. Sanchis J, Valero E, García Blas S, et al. Undetectable high-sensitivity troponin in combination with clinical assessment for risk stratification of patients with chest pain and normal troponin at hospital arrival. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care.* 2020. doi: 10.1177/2048872620907539.
5. Sanchis J, García-Blas S, Carratalá A, et al. Clinical evaluation versus undetectable high-sensitivity troponin for assessment of patients with acute chest pain. *Am J Cardiol.* 2016;118:1631–1635.
6. Roifman I, Han L, Koh M, et al. Clinical effectiveness of cardiac noninvasive diagnostic testing in patients discharged from the emergency department for chest pain. *J Am Heart Assoc.* 2019;8:e013824.



<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.04.009>

0300-8932/

© 2020 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

nuestros objetivos, aceptamos la utilidad de los índices clínicos¹ y la troponina de alta sensibilidad² para reducir la necesidad de pruebas de detección de isquemia o enfermedad coronaria.

En nuestro artículo se comunica uno de los índices mencionados en su carta, el TIMI risk score (el 68% en TIMI I y el 32% en TIMI II). Se calculó el porcentaje de pacientes con índice UDT65 0–1 y resultó del 45%, sin diferencias significativas entre ambas estrategias. De todos modos, la elevada prevalencia diagnóstica final de síndrome coronario agudo (26%) indica que no hay sobreutilización de pruebas de detección de isquemia o enfermedad coronaria.

Una de las limitaciones mencionadas fue el empleo de troponina convencional. La ausencia de troponina de alta

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.04.009>