

## CARTAS AL EDITOR

### Valor pronóstico de la ecocardiografía de esfuerzo postinfarto

*ecocardiografía/ infarto de miocardio/ pruebas de esfuerzo*

**Sr. Editor:**

¿Justifica el estudio de la Dra. González-Alujas et al<sup>1</sup> la realización de un ecocardiograma de esfuerzo (EE) previo al alta a todos los pacientes con IAM no complicado?

Sus conclusiones indican que el EE es la técnica de elección en la estratificación de riesgo tras demostrar que su sensibilidad para detectar pacientes con riesgo de eventos es superior a la de la prueba de esfuerzo (PE) (72 frente al 44%). Es de destacar que el EE tiene una especificidad del 87%, inferior a la de la PE (97%). ¿Es suficiente el valor de la sensibilidad para generalizar un test que duplicaría el número de ecocardiografías sin reducir el número de ergometrías?

Si un paciente, tras un IAM no complicado, sufre un evento, lo que le podremos decir (tras leer este estudio) es que tendría una probabilidad del 72% de tener un EE positivo (en el caso de que se le hubiese realizado). Sin embargo, lo que le habría gustado saber es si un EE antes del alta hospitalaria le habría informado de la probabilidad de sufrir (valor predictivo positivo), o no (valor predictivo negativo), un evento. Este estudio<sup>1</sup> demuestra que ante un EE positivo el paciente tendría un 78% de probabilidad de sufrir un evento; si le informamos de que el VPP de la PE = 92% quizá preferiría realizar este último test. Probablemente, la lista de espera del laboratorio de ecocardiografía también. Sin embargo, si el EE hubiera sido negativo el paciente tendría un 83% de probabilidad de no sufrir eventos frente al 73% que le ofrece la PE. Más aún, si calculamos el riesgo relativo (RR) de sufrir eventos que tiene cada test, hallaríamos que el EE tiene un RR = 4,47 (IC del 95% = 2,21-9,06) frente a la PE con un RR = 3,34 (IC del 95% = 2,07-5,38).

Analizando los valores predictivos y riesgos relativos (más eficaces a la hora de evaluar un test pronóstico que la sensibilidad) no puede deducirse, a nuestro entender, que sea necesario modificar nuestra práctica habitual de estratificación del riesgo tras un IAM no complicado.

En segundo lugar, se describe que la sensibilidad del EE en la detección de enfermedad multivaso (82%) es superior a la de la PE (41%). Sin embargo, ese valor se ha determinado a partir de los pacientes (n = 27) a los que se les realizó coronariografía por motivos clínicos (angina postinfarto, PE positiva e IAM sin onda Q). No se realizó coronariografía al 57% de la muestra (36 pacientes); todos ellos con EE

negativo. La sensibilidad se define<sup>2</sup> como el cociente: verdaderos positivos (pacientes con enfermedad y test positivo)/verdaderos positivos más falsos negativos (pacientes con enfermedad y test negativo). Por tanto, no es posible estimar la sensibilidad de la EE (ni de la PE) para diagnosticar enfermedad multivaso puesto que desconocemos el número total de falsos negativos; sólo conocemos los falsos negativos de los pacientes a los que se les va a realizar una coronariografía. ¿Es necesario realizarles un estudio ecocardiográfico de esfuerzo, para intentar diagnosticar lo que el cardiólogo intervencionista nos va a describir?

**Miguel Álvarez y Emilio González Cocina**

Unidad de Cardiología. Hospital Costa del Sol. Marbella.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. González-Alujas T, Armada E, Alijarde M, Evangelista A, García del Castillo H, Soler J. Valor pronóstico de la ecocardiografía de esfuerzo postinfarto agudo de miocardio antes del alta hospitalaria. *Rev Esp Cardiol* 1998; 51: 21-26.
2. Cabello JB, Pozo F. Estudios de evaluación de las pruebas diagnósticas en cardiología. *Rev Esp Cardiol* 1997; 50: 507-519.