



Revista Española de Cardiología



6008-126. ERGOMETRÍA URGENTE EN LA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO. ¿ES REALMENTE ÚTIL?

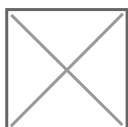
Juan Manuel Salvador Casabón, Pedro Javier Serrano Aísa, Daniel Cantero Lozano, Arturo Andrés Sánchez, Paula Morlanes Gracia, Adrián Riaño Ondiviela y Francisco Alfredo Roncalés García-Blanco del Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Resumen

Introducción y objetivos: En los últimos años se han implantado diversas unidades de dolor torácico. Nuestro objetivo fue analizar la fiabilidad y el impacto de la ergometría convencional en estos pacientes.

Métodos: Estudio observacional de cohortes retrospectiva con seguimiento prospectivo de pacientes que acudieron a urgencias por un dolor torácico sospechoso de etiología isquémica de riesgo bajo-intermedio que fueron sometidos a ergometría convencional para decidir su ingreso o alta. El seguimiento medio fue de 15 meses. Se consideró como patrón oro de etiología coronaria la coronariografía con lesiones significativas y en caso de no realizarse se valoró la aparición de eventos coronarios durante el seguimiento. Se evaluó la fiabilidad diagnóstica de la ergometría y los factores que influyen en la misma.

Resultados: Se analizaron 100 pacientes. El 80% de las ergometrías resultaron negativas, el 13% positivas, el 7% fueron dudosas. Para incrementar la capacidad discriminante de la ergometría se incluyó a estas últimas en el grupo de las positivas. En pacientes con ergometría positiva se observaron lesiones significativas (incluido seguimiento) en el 65% (especificidad 91,6%, VPP 65%). En pacientes con ergometría negativa volvieron a consultar por dolor torácico el 11,25% (2,5% por síndrome coronario agudo), encontrando lesiones en el 5% (sensibilidad 76,5%, VPN 95%). La precisión diagnóstica fue del 89%. No hubo fallecimientos. Para estudiar los factores que influyen en la precisión, se dividió a los casos analizados en 3 grupos: aciertos negativos (ergometría y patrón oro negativos), aciertos positivos (ergometría y patrón oro positivos) y fallos (ergometría y patrón oro con resultados diferentes). Los resultados se muestran en la tabla. Finalmente una regresión logística multinomial seleccionó la probabilidad pretest como el factor discriminante más significativo entre los 3 grupos. El porcentaje de acierto global de la discriminación fue de un 71% (72,4, 61,5 y 72,7% en cada uno de los grupos, respectivamente).



Diagramas de caja de la probabilidad pretest para cada uno de los grupos comparados.

Comparación de los factores estudiados para cada grupo

	Aciertos negativos (n = 76)	Fallos (n = 11)	Aciertos positivos (n = 13)	p
Edad	56,13 ± 2,90	64,64 ± 6,02	65,08 ± 5,22	0,006
Varones (%)	65,8 (50)	72,7 (8)	76,9 (10)	0,684
SCORE cualitativo (1-4)	2,22 ± 0,04	2,82 ± 0,5	3,23 ± 0,44	0,001
Cardiopatía isquémica previa (%)	7,9 (6)	18,2 (2)	30,8 (4)	0,051
HTA (%)	44,7 (34)	81,8 (9)	46,2 (6)	0,069
Dislipemia (%)	44,7 (34)	63,3 (7)	69,2 (9)	0,167
Diabetes (%)	17,1 (13)	27,3 (3)	38,5 (5)	0,188
Fumadores (%)	18,4 (14)	36,4 (4)	69,2 (9)	0,001
Obesidad (%)	9,2 (7)	27,3 (3)	15,4 (2)	0,209
Ácido acetilsalicílico (%)	14,5 (11)	36,4 (4)	15,4 (2)	0,193
Bloqueadores beta (%)	14,8 (12)	27,3 (3)	7,7 (1)	0,425
IECA/ARA II (%)	31,6 (24)	72,7 (8)	38,5 (5)	0,030
Estatinas (%)	31,6 (24)	63,6 (7)	61,5 (8)	0,025
Probabilidad pretest	33,45 ± 4,24	55 ± 10,4	62,08 ± 14,85	0,001
Probabilidad pretest cualitativa (1-4)	1,92 ± 0,1	2,36 ± 0,34	2,62 ± 0,16	0,001
Bruce alcanzado	3,47 ± 0,26	3,27 ± 0,61	2,92 ± 0,46	0,142

%FCMT	96,97 ± 2,52	94,91 ± 8,95	93,77 ± 6,47	0,500
%FCMT > 85% (%)	88,2 (67)	90,9 (10)	76,9 (10)	0,495

HTA: hipertensión arterial. IECA: inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina. ARA II: antagonistas del receptor de angiotensina. %FCMT: % frecuencia cardíaca máxima teórica.

Conclusiones: La ergometría en la unidad de dolor torácico es fiable y permite discriminar a pacientes de alto riesgo y dar de alta a los no coronarios con seguridad. Los aciertos negativos tienden a darse en pacientes más jóvenes y con un SCORE y una probabilidad pretest más bajos. En el grupo aciertos positivos el porcentaje de fumadores es más alto. No se observaron diferencias según el sexo.