



5021-5. ERGOSCORE: PROPUESTA DE ALGORITMO DIAGNÓSTICO EN LA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO, BASADO EN ESCALA Y PROBABILIDAD PRETEST

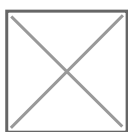
Juan Manuel Salvador Casabón, Pedro Javier Serrano Aísa, Daniel Cantero Lozano, Arturo Andrés Sánchez, Adrián Riaño Ondiviela, Paula Morlanes Gracia y Francisco Alfredo Roncalés García-Blanco del Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Resumen

Introducción y objetivos: La ergometría urgente desde las unidades de dolor torácico es cada vez más accesible. Su utilidad depende sobre todo del perfil del paciente. El objetivo fue desarrollar un algoritmo basado en la escala y la probabilidad pretest, para derivar a los pacientes correctamente y evitar ergometrías innecesarias.

Métodos: Estudio observacional de cohortes histórica con seguimiento prospectivo de pacientes que acudieron a urgencias por dolor torácico sospechoso de etiología isquémica que se sometieron a ergometría convencional. El seguimiento medio fue de 15 meses. Se consideró como patrón oro de etiología coronaria la coronariografía (CNG) con lesiones significativas y en caso de no realizarse se valoró la aparición de eventos coronarios durante el seguimiento. Consideramos como "Ergoscore" la suma de la escala (bajo, moderado, alto, muy alto, valores 1-4) y la probabilidad pretest (muy baja, baja, intermedia y alta, valores 1-4). Observamos una relación directa del mismo con el patrón oro. Un estudio de sensibilidad determinó que los umbrales inferior 3 y superior 7 presentaban el comportamiento más equilibrado respecto a los parámetros de validez de la prueba. Con la información obtenida se elaboró un algoritmo diagnóstico de cardiopatía isquémica basado en el "Ergoscore" y en la realización de una ergometría (figura).

Resultados: Se analizaron 100 pacientes. El 17% presentó lesiones significativas mientras que el 83% presentó seguimiento negativo. La precisión de la ergometría fue del 89%. La tabla muestra cómo el "Ergoscore" permite distinguir 3 poblaciones distintas, según valor ≥ 3 , 4-6 y ≥ 7 . Se ponderó la muestra para que los pacientes enfermos tuvieran el mismo peso que los sanos. Los resultados fueron: sensibilidad (S) = 82%, especificidad (E) = 88%, valor predictivo positivo (VPP) = 87,23%, valor predictivo negativo (VPN) = 83,02%, precisión diagnóstica (PD) = 85%. La tasa de falsos positivos en valores extremos fue de un 6,6%, mientras que no hubo falsos negativos. Los resultados sin ponderar fueron: S = 82,3%, E = 89,1%, VPP = 60,87%, VPN = 96,1%, PD = 88%.



Algoritmo propuesto.

Tabla de frecuencias con la muestra ponderada

		Coronariografía o seguimiento positivo	Coronariografía y seguimiento negativo	Total
Ergoscore ? 3	Predicho +	-	-	-
	Predicho -	0	15	15
	Total	0	15	15
Ergoscore 4-6	Ergometría (+)	26	4	30
	Ergometría (-)	9	30	39
	Total	35	34	69
Ergoscore ? 7	Predicho +	15	1	16
	Predicho -	-	-	-
	Total	15	1	16
Global	Ergometría (+) +Ergoscore ? 7	41	6	47
	Ergometría (-) + Ergoscore ? 3	9	44	53
	Total	50	50	100

Ergoscore(2-8) = Puntuación (1-4) + Probabilidad pretest (1-4).

Conclusiones: El cálculo del "Ergoscore" ahorraría la realización de ergometría a un 31% de los pacientes, con una precisión diagnóstica similar, derivándolos correctamente a alta hospitalaria o ingreso. Una validación extramuestral debería corroborar la utilidad del "Ergoscore" en esta población.