

Editorial

Los editoriales representan la opinión de el/los autor/es, no necesariamente las del Comité Editorial de la Revista FAC.

La prueba de esfuerzo en la unidad de dolor torácico: lo esencial es invisible a los ojos

The stress test in the thoracic pain unit: the essential is invisible to the eyes

Hugo R. Ramos

Instituto Modelo de Cardiología, Privado S.R.L., Córdoba, Argentina.

Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Córdoba, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 06 de Mayo de 2019

Aceptado el 17 de Mayo de 2019

www.revistafac.org.ar

El autor declara no tener conflicto de intereses

Palabras clave:

Dolor torácico agudo.

Unidades de dolor torácico.

Algoritmo.

Síndrome coronario agudo.

Keywords:

Acute chest pain.

Thoracic pain units.

Algorithm.

Acute coronary syndrome.

El dolor torácico agudo es un desafío para el médico de guardia porque el diagnóstico inadecuado de un síndrome coronario agudo (SCA) duplica o triplica la mortalidad de los pacientes si son dados de alta desde el Departamento de Emergencias sin haberlos reconocido ¹.

En este número Salvador-Casabón y col ² presentan una propuesta de estratificación del riesgo en pacientes con dolor torácico agudo, con un score basado en un puntaje dado por la sumatoria de scores para enfermedad coronaria estable al que denominaron **ERGOSCORE**³. Esta propuesta tiene la virtud de ser relativamente simple, lo cual puede ser importante porque el médico enfrenta una carga de pacientes habitualmente elevada en las salas de guardia y la mayoría de los que examinan pacientes en primera instancia no son cardiólogos ⁴. Por estos motivos está en sus manos tomar decisiones trascendentes como solicitar estudios apropiados de manera racional, consultas con el cardiólogo u otros especialistas sin incurrir en demoras innecesarias, no sobrecargar el trabajo de la guardia, del laboratorio u otros servicios relacionados, ni incurrir en gastos excesivos que desequilibran los presupuestos en salud y le dan inequidad; pero al mismo tiempo sin dar de alta a pacientes con una patología grave y potencialmente mortal ¹. Este desafío puede ser conjurado por trabajos como el presentado aquí.

Sin embargo, este estudio merece algunas consideraciones. En primer lugar, no se menciona específicamente la edad como criterio de inclusión o exclusión; si bien la edad media fue de 58.23 ± 2.48 años, esta variable, al ser uno de los componentes clave del score, debería haber sido mencionada específicamente. Así, debemos suponer que se evaluaron pacientes entre 30 y >80 años ³, pero este punto no está especificado. Por otro lado, sería importante tener la visión completa del número de pacientes con dolor tor-

rácico agudo que visitaron el Departamento de Emergencias en el período de la investigación además de los que fueron enviados a la prueba de esfuerzo. La UDT (Unidad de Dolor Torácico) es especialmente útil para los pacientes en los que existe la duda del diagnóstico; en los pacientes en los que el diagnóstico es claro se debería estratificar el riesgo isquémico y de sangrado e iniciar los procedimientos de diagnóstico y el tratamiento sin demoras [5]. Estos datos no son menores ya que ayudaría a tener una visión integral de la investigación. Igualmente se debería mencionar si hubo pérdidas en el seguimiento a 15 meses ya que también eso puede ser un factor, que si es elevado (>10%), podría resultar en un sesgo importante a la hora de evaluar los resultados.

En general, la evaluación en la UDT debería permitir establecer si un paciente puede ser dado de alta con muy bajo riesgo, es decir con un valor predictivo negativo (VPN) aceptable clínicamente de 99.5% a 30 días de seguimiento ⁶.

En este estudio los pacientes fueron seguidos por 15 meses, pero ¿cuántos pacientes regresaron dentro de los 30 o 180 días con un nuevo dolor torácico agudo o un evento adverso cardíaco mayor?

Después de estos comentarios generales veamos qué ocurrió con las pruebas de esfuerzo. Los autores observaron que 20/100 tests fueron positivos y en 17/100 se encontraron lesiones coronarias significativas, con una sensibilidad para las pruebas de esfuerzo de 82%, especificidad 90%, y un VPN 96.1%. En general en la UDT, la prueba de esfuerzo sin imágenes sirve para estratificar el riesgo a corto plazo más que para el diagnóstico preciso de enfermedad coronaria (valor predictivo positivo habitualmente bajo con alto VPN), es decir, se busca establecer con la mayor seguridad posible (idealmente 100%, pero clínicamente

aceptable 99.5%, por convención) ^{6,7}, que los pacientes no tendrán infarto o muerte en los 30 días posteriores al alta de la sala de guardia. Si bien en este estudio hubo una buena estratificación del riesgo, no se menciona cuántos pacientes regresaron o tuvieron eventos dentro de los 30 días del alta. Entonces el VPN es relevante al momento de tomar la decisión⁷; aunque este estudio estuvo basado principalmente en la anatomía coronaria, el tener una lesión obstructiva severa en el seguimiento medio a 15 meses no siempre garantiza que esa lesión fue la causa del dolor torácico agudo al momento de la consulta.

A favor de este trabajo está el hecho de haber registrado readmisiones por dolor torácico, pero no se especifica cuántos pacientes lo hicieron dentro de los 30 a 180 días. Sólo se puede inferir que 17% de los pacientes evaluados, tenían lesiones coronarias significativas a una media de 15 meses de seguimiento. Además, se debe tener en cuenta que existe isquemia miocárdica, especialmente en mujeres, sin lesiones obstructivas coronarias (*ischemia and no obstructive coronary artery lesions - INOCA*)⁸. Finalmente, si las readmisiones dentro de los 30 días fueran muy bajas, el algoritmo permitiría utilizar los recursos racionalmente, evitando tests innecesarios a pacientes de baja o alta probabilidad, centrando la utilización de recursos sólo en los que se beneficiarían más con la prueba de esfuerzo, como lo establecen los autores (ERGOSCORE entre 4 y 6 puntos).

Este trabajo exploratorio en un solo centro, muestra un algoritmo para pacientes de riesgo intermedio, con un VPN para el alta que podría ser aceptable aunque no óptimo. Si bien existen métodos con imágenes más sofisticados para la evaluación en la UDT (SPECT miocárdico, ecocardiograma de estrés, angiotomografía computada coronaria, resonancia magnética cardíaca), la prueba de esfuerzo tiene una logística relativamente simple, más bajo costo relativo,

es accesible a todos los centros, inclusive los de mediana o baja complejidad y da una importante información del pronóstico a corto plazo, ya que su objetivo principal en la UDT no es establecer con precisión si hay enfermedad coronaria o no, sino como una herramienta para la estratificación del riesgo.

BIBLIOGRAFIA

1. Brieger D, Eagle KA, Goodman SG, et al. Acute coronary syndromes without chest pain, an underdiagnosed and undertreated high-risk group: insights from the Global Registry of Acute Coronary Events. *Chest* **2004**; 126: 461-69.
2. Salvador-Casabón JM, Serrano-Aísa PJ, Cantero-Lozano D, Andrés-Sánchez A. Ergoscore: propuesta de algoritmo diagnóstico de cardiopatía isquémica en la unidad de dolor torácico. *Rev Fed Arg Cardiol* **2019**; 48 (1): 52-58.
3. Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, et al. Guía de práctica clínica de la ESC 2013 sobre diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica estable. *Rev Esp Cardiol* **2014**; 67 (2): 135. e1-e81.
4. Ramos HR, Bono JO, Quiroga W, et al. Encuesta Nacional de manejo del dolor torácico. *Rev Fed Arg Cardiol* **2006**; 35: 157-63.
5. Paterlini G, Muntaner J, Bono JO, por el Comité de Cardiopatía Isquémica de la Federación Argentina de Cardiología. Guía de Síndromes Coronarios Agudos sin elevación del ST. *Rev Fed Arg Cardiol* **2018**. Disponible en: http://www.fac.org.ar/2/revista/18v47n4/online/SindromesCoronariosAgudos2018_final.pdf.
6. Than M, Herbert M, Flaws D, et al. What is an acceptable risk of major adverse cardiac event in chest pain patients soon after discharge from the Emergency Department?: a clinical survey. *Int J Cardiol* **2013**; 166: 752e754.
7. Amsterdam EA, Kirk JD, Blumke DA, et al; on behalf of the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee of the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Nursing, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research. Testing of low-risk patients presenting to the emergency department with chest pain: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* **2010**; 122: 1756-76.
8. Pacheco C, Quesada O, Pepine C, et al. Why names matter for women: MINOCA / INOCA (myocardial infarction / ischemia and no obstructive coronary artery disease). *Clin Cardiol* **2018**; 41: 185e193