Rev Clin Esp. 2017;xxx(xx):xxx–xxx

Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce

ORIGINAL

Propuesta de una escala clínica para el diagnóstico de síndrome coronario agudo en pacientes con electrocardiograma y biomarcadores de lesión miocárdica no concluyentes

F.J. Montero-Pérez[a], F.B. Quero-Espinosa[a,*], M.J. Clemente-Millán[a], J.A. Castro-Giménez[a], J. de Burgos-Marín[a] y M.Á. Romero-Moreno[b]

[a] *Unidad de Gestión Clínica de Urgencias, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Hospital Universitario Reina Sofía, Universidad de Córdoba, Córdoba, España*
[b] *Unidad de Gestión Clínica de Cardiología, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Hospital Universitario Reina Sofía, Universidad de Córdoba, Córdoba, España*

Recibido el 20 de septiembre de 2017; aceptado el 15 de diciembre de 2017

PALABRAS CLAVE
Dolor torácico;
Síndrome coronario agudo;
Servicio de Urgencias

Resumen
Justificación: El síndrome coronario agudo (SCA) requiere una mejora de la precisión diagnóstica mediante herramientas útiles, seguras y fácilmente aplicables.
Objetivos: Obtener una escala de valoración para el diagnóstico de SCA en pacientes con dolor torácico y electrocardiograma y concentraciones de troponina no diagnósticas.
Métodos: Estudio de cohortes prospectivo que incluyó 286 pacientes atendidos en Urgencias por dolor torácico, con electrocardiograma y troponina normales. Mediante regresión logística múltiple se obtuvieron las variables independientes predictoras del diagnóstico de SCA. El poder discriminativo de la escala de valoración se evaluó mediante el área bajo la curva ROC.
Resultados: El diagnóstico de SCA se confirmó en 103 pacientes (36%). El modelo predictivo final incluyó 3 variables: antecedentes personales de enfermedad coronaria, hiperlipidemia y una puntuación en la escala de Geleijnse $\geq$ 6 puntos. El área bajo la curva ROC para el modelo obtenido fue de 0,90 (intervalo de confianza al 95% [IC 95%] 0,85-0,93). Un umbral de 5 puntos obtuvo una sensibilidad del 76,7% (IC 95% 68-84), una especificidad del 91,8% (IC 95% 87-95), un cociente de probabilidad positivo de 9,36 (IC 95% 5,70-15,40), un cociente de probabilidad negativo de 0,25 (18,00-36,00) y una precisión diagnóstica global del 86,4% (IC 95% 82-90).El modelo predictivo fue superior a la escala de Geleijnse aislada.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: borjaquero@gmail.com (F.B. Quero-Espinosa).

https://doi.org/10.1016/j.rce.2017.12.004
0014-2565/© 2017 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Montero-Pérez FJ, et al. Propuesta de una escala clínica para el diagnóstico de síndrome coronario agudo en pacientes con electrocardiograma y biomarcadores de lesión miocárdica no concluyentes. Rev Clin Esp. 2017. https://doi.org/10.1016/j.rce.2017.12.004

Conclusiones: La escala de puntuación obtenida mostró una buena capacidad discriminativa para el diagnóstico de SCA, por lo que podría ser de interés para identificar el SCA en los servicios de Urgencias. No obstante, se precisa su validación mediante estudios multicéntricos más amplios.
© 2017 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

KEYWORDS
Chest pain;
Acute coronary syndrome;
Emergency Department

Proposed clinical scale for the diagnosis of acute coronary syndrome in patients with an inconclusive electrocardiogram and myocardial injury biomarkers

Abstract
Rationale: Acute coronary syndrome (ACS) requires improved diagnostic accuracy through useful, safe and easy-to-apply tools.
Objectives: To obtain an assessment scale for the diagnosis of ACS in patients with chest pain and nondiagnostic electrocardiogram and troponin concentrations.
Methods: A prospective cohort study included 286 patients treated in the emergency department for chest pain, with normal electrocardiogram and troponin levels. Using multiple logistic regression, we obtained the independent predictors for the diagnosis of ACS. The assessment scale's discriminative power was assessed with the area under the ROC curve.
Results: The diagnosis of ACS was confirmed in 103 patients (36%). The final predictive model included 3 endpoints: a history of coronary artery disease, hyperlipidaemia and a score ≥ 6 points on the Geleijnse scale. The area under the ROC curve for the final model was 0.90 (95% confidence interval [95% CI] 0.85-0.93). A threshold of 5 points achieved a sensitivity of 76.7% (95% CI 68-84), a specificity of 91.8% (95% CI 87-95), a positive likelihood ratio of 9.36 (95% CI 5.70-15.40), a negative likelihood ratio of 0.25 (95% CI 18.00-36.00) and an overall diagnostic accuracy of 86.4% (95% CI 82-90). The predictive model was superior to the Geleijnse scale alone.
Conclusions: The final scale showed good discriminative capacity for diagnosing ACS and could therefore be of interest for identifying ACS in emergency departments. Nevertheless, the scale needs to be validated in larger multicentre studies.
© 2017 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). All rights reserved.

Introducción

El dolor torácico agudo (DTA) es un síntoma frecuente de consulta en los servicios de urgencias de hospital (SUH). Representa un 5-15% de las urgencias[1,2], generando una importante carga asistencial y problemas diagnósticos[3]. En España, un 50% de los pacientes ingresados por sospecha de síndrome coronario agudo (SCA) son dados de alta sin confirmación diagnóstica[1,4,5]. Por otro lado, un 2-10% de los casos con SCA son enviados a domicilio al considerarse que el DTA no era coronario, siendo su pronóstico peor que el de los identificados precozmente[1,4,5].

El reto diagnóstico del DTA estriba en que su presentación, exploración física y pruebas complementarias (electrocardiograma [ECG] y biomarcadores séricos) son insuficientes para discernir si su origen es coronario. Por ello se ha intentado obtener herramientas de predicción clínica basadas en escalas de puntuación que ayuden a reducir los errores diagnósticos.

La mayor parte de las escalas, como la *Thrombolysis in Myocardial Infarction* –TIMI– *score*[6], la *HEART score*[7], la *Global Registry of Acute Coronary Events* –GRACE–[8], la *Banach Score*[9] y la *Emergency Department Assessment of Chest Pain Score-Accelerated Diagnostic Protocol* (EDACS-ADP)[10], han sido diseñadas para la estratificación del riesgo, la predicción de eventos cardiovasculares adversos y mortalidad, o para decidir estrategias terapéuticas iniciales en pacientes con SCA, pero no se han validado como métodos diagnósticos. Geleijnse et al.[11] (anexo 1) y, más recientemente, Boubaker et al.[12] investigaron nuevas escalas como ayuda clínica para dilucidar el origen coronario o no coronario de un DTA.

En nuestro país, destacan los trabajos de Sanchis et al.[13–16] sobre la valoración pronóstica del riesgo coronario a largo plazo, pero tampoco se diseñaron para determinar la probabilidad de padecer un SCA en pacientes con DTA.

El objetivo principal de este estudio fue obtener una escala de puntuación basada en variables clínicas, predictiva para el diagnóstico de SCA y aplicable en pacientes que se presentan en el SUH con un DTA, cuyo ECG y valores de troponina no confirmen el diagnóstico.

Material y métodos

Diseño y población del estudio

Estudio de cohortes prospectivo sobre pacientes que acudieron a un SUH por DTA entre junio de 2013 y mayo de 2014. Su

Cómo citar este artículo: Montero-Pérez FJ, et al. Propuesta de una escala clínica para el diagnóstico de síndrome coronario agudo en pacientes con electrocardiograma y biomarcadores de lesión miocárdica no concluyentes. Rev Clin Esp. 2017. https://doi.org/10.1016/j.rce.2017.12.004

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/8767087

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/8767087

Daneshyari.com