

<https://www.revclinesp.es>

711 - DOLOR TORÁCICO Y ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO: VALOR REAL DE LAS PRUEBAS NO INVASIVAS

Astrid Paola Ruiz Riveros², Sandra Marcela Calero Saavedra², María Torres Briegas², Marina Gómez Alcalde², Carlos Jiménez Mayor², Marcos Lorenzo Andrés², María Ángeles Duro Fernández² y Luis Eduardo Enríquez Rodríguez¹

¹Cardiología, Complejo Asistencial Universitario de Soria, Soria, España. ²Medicina Interna, Complejo Asistencial Universitario de Soria, Soria, España.

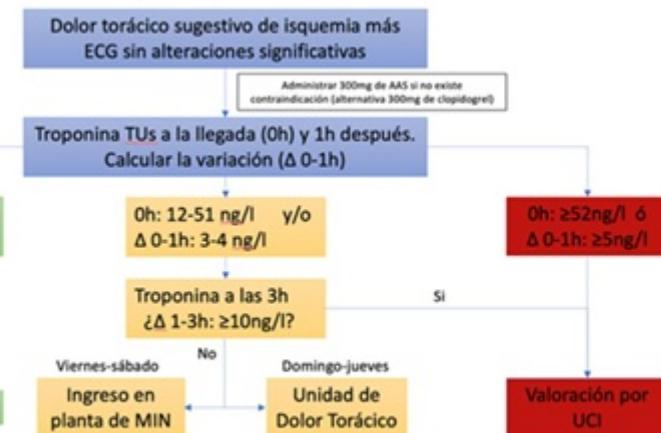
Resumen

Objetivos: Identificar las pruebas diagnósticas no invasivas empleadas en la Unidad de Dolor Torácico y valorar su utilidad clínica según el nivel de riesgo establecido en el algoritmo diagnóstico.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluyó a los pacientes valorados en la Unidad de Dolor Torácico entre enero de 2024 y febrero de 2025. La estratificación del riesgo se realizó conforme al algoritmo local adaptado al de la Sociedad Europea de Cardiología, categorizando a los pacientes en riesgo bajo, intermedio y alto (fig.), en base a las características clínicas del dolor, el electrocardiograma (ECG) y los niveles de troponina ultrasensible (TUS) al ingreso y a la hora. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v25.

Resultados: Se analizaron 72 pacientes (70,8% varones) con una edad media de 69,7 años. Los factores de riesgo cardiovascular más frecuentes fueron la dislipidemia (72,2%) y la hipertensión arterial (61,8%). Todos los pacientes fueron evaluados con ECG al ingreso, resultando patológico en el 25% (n = 18). La ecocardiografía transtorácica se practicó en el 94,4% de los casos, con hallazgos indicativos de isquemia en el 20% (n = 14). Un 29,1% (n = 21) fue sometido a pruebas complementarias adicionales: se realizó prueba de esfuerzo en 14 pacientes, con dos resultados positivos; se efectuaron cuatro TC coronarios, con lesiones significativas en un solo caso; y tres ecocardiografías de estrés, todas negativas. Cabe destacar que los hallazgos patológicos en estas pruebas adicionales se limitaron exclusivamente a pacientes con estratificación de riesgo intermedio o alto.

ALGORITMO DOLOR TORÁCICO
SOSPECHOSO DE SCASEST



*Sólo si último dolor torácico hace ≥3 horas.

**Si la clínica es sugestiva de angina inestable ingresar en planta de MIN con telemetría (V-5) o comentar como UDT (D-J).

Conclusiones: Las pruebas diagnósticas no invasivas mostraron utilidad únicamente en pacientes de riesgo moderado o alto, sin beneficio clínico en los de bajo riesgo. Esto refuerza el valor de una correcta estratificación inicial, que permite evitar la realización de pruebas innecesarias, reducir la sobrecarga asistencial y optimizar el uso de recursos, especialmente en centros sin acceso a unidades de Hemodinamia. Los pacientes de bajo riesgo pueden ser dados de alta con seguridad, contribuyendo a una atención más eficiente y coste-efectiva.