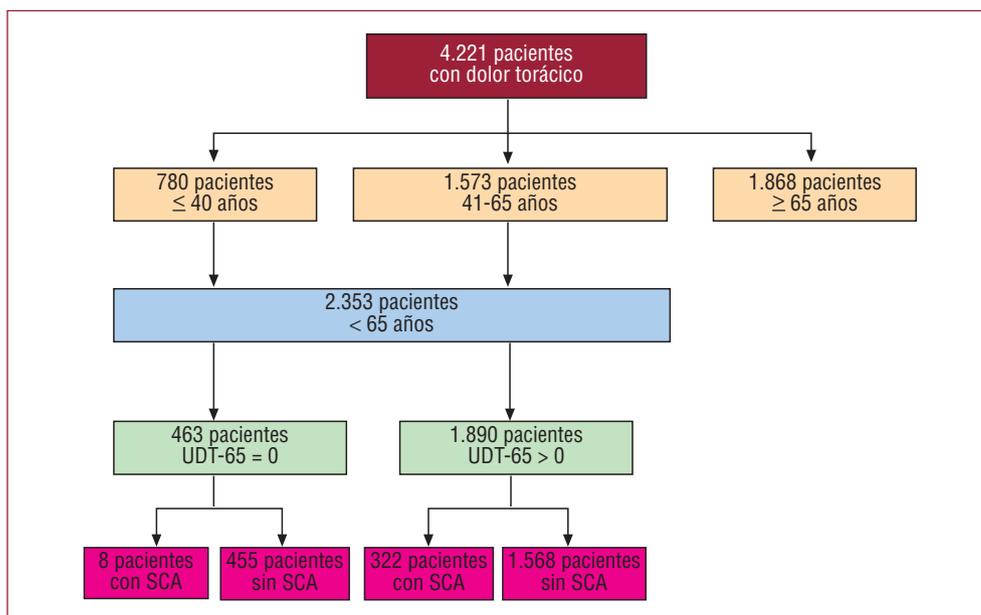


## Validación y utilidad del índice UDT-65

### **Sr. Editor:**

En la situación de sobreocupación que viven los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) de nuestro país<sup>1</sup>, la atención inmediata que requiere el paciente que consulta por dolor torácico (DT) constituye un verdadero reto. La caracterización de estos pacientes es requisito esencial previo a la propuesta de algoritmos e índices que faciliten la rápida detección de aquellos que realmente consultan por un síndrome coronario agudo (SCA). Así, hemos leído con interés el artículo de Martínez-Sellés et al recientemente aparecido en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA<sup>2</sup>. Sin entrar en



**Fig. 1.** Aplicación simulada del índice UDT-65 de los pacientes atendidos en la unidad de dolor torácico del Hospital Clínic de Barcelona (España). Se muestra la distribución por edades y según el diagnóstico final tras el seguimiento.

consideraciones conceptuales de las unidades de dolor torácico (UDT), un mecanismo de adaptación más para ofrecer una asistencia de calidad a pesar de la elevada demanda<sup>3</sup>, querríamos realizar dos puntualizaciones.

Primero, los autores omiten en su discusión un artículo de nuestro grupo, aparecido también en esta revista, donde se describía la frecuencia, el perfil clínico y los diagnósticos finales de los pacientes con DT no traumático que acudían a un SUH<sup>4</sup>. Ello lleva a los autores a afirmar, erróneamente, que su estudio era el primero de estas características realizado en nuestro país.

Segundo, la validación del índice UDT-65 presenta limitaciones. Por ello, es inexacto afirmar que un índice UDT-65 = 0 no se asocia a infarto agudo de miocardio (IAM) o muerte, con un valor predictivo negativo para cardiopatía isquémica del 99,9%. Y es aventurado plantearse la futilidad de las determinaciones de troponina en estos pacientes. En efecto, el trabajo no aporta el porcentaje de pacientes que, con un índice UDT-65 = 0, tenían determinaciones de troponina, pruebas de inducción de isquemia, ingreso hospitalario y, más importante, no hay datos de su seguimiento. El lector, al final, no puede realmente saber cuántos pacientes con UDT-65 = 0 tenían o no un SCA.

Recientemente, nuestro grupo ha propuesto un algoritmo para clasificar a los pacientes con DT<sup>5</sup>. Excepto por el punto de corte de la edad, las variables incluidas coinciden con las del índice UDT-65: antecedente de cardiopatía isquémica (consumo de aspirina en el UDT-65), diabetes mellitus en ambos, dolor opresivo y retroesternal (dolor típico en el UDT-65) y edad > 40 años (≥ 65 años en el UDT-65). Los pacientes con DT con un algoritmo = 0,

es decir, ausencia de todas las variables anteriores, fueron seguidos durante 1 mes y ninguno de ellos presentó un SCA. Actualmente se está procediendo a la validación externa.

Con la intención de realizar una validación externa del índice UDT-65 soslayando las limitaciones del estudio de Martínez-Sellés et al, lo hemos aplicado a los pacientes con DT recogidos en nuestra base de datos. En ella se hallan incluidos 4.221 pacientes, 780 de ellos menores de 40 años, a los que se ha realizado seguimiento durante 1 mes. En la figura 1 se muestra la distribución por edades y según el diagnóstico final tras el seguimiento. De los 463 pacientes que tendrían un índice UDT-65 = 0, 8 presentaron un SCA, 6 en la primera visita a urgencias y 2 entre los menores de 40 años a los que se siguió durante 1 mes. En concreto: 2 anginas inestables, 5 IAM sin elevación del ST y 1 IAM con elevación del ST. Ninguno murió. El UDT-65 presentaría una sensibilidad del 97,57%, un valor predictivo negativo del 98,27%, con una especificidad del 22,49% y un valor predictivo positivo del 17,04%.

A la luz de estos resultados, creemos, en primer lugar, que estos índices requieren todavía de trabajos prospectivos de validación que los respalden, y en segundo lugar que, a nuestro juicio, son de utilidad para seleccionar, en situaciones de saturación de los SUH, a los pacientes con dolor torácico que pueden esperar a ser visitados de forma segura, pero en ningún caso para evitar la completa visita y estudios que esta población de riesgo, aunque bajo, merece.

Miquel Sánchez, Beatriz López y Ernest Bragulat  
Secció d'Urgències Medicina. Àrea d'Urgències. Hospital Clínic.  
Barcelona. España.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Moreno E. ¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud? *Emergencias*. 2008;20:276-84.
2. Martínez-Sellés M, Bueno H, Sacristán A, Estévez A, Ortiz J, Gallego L, et al. Dolor torácico en urgencias: frecuencia, perfil clínico y estratificación de riesgo. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:953-9.
3. Sánchez M, Salgado E, Miró O. Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2008;20:48-53.
4. Bragulat E, López B, Miró O, Coll-Vinent B, Jiménez S, Aparicio MJ, et al. Análisis de la actividad de una unidad estructural de dolor torácico en un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60:276-84.
5. Sánchez M, López B, Bragulat E, Gómez-Angelats E, Jiménez S, Ortega M, et al. Triage flow chart to rule out acute coronary syndrome. *Am J Emerg Med*. 2007;25:865-72.

**Respuesta****Sr. Editor:**

Queremos agradecer el interés de Sánchez et al en el artículo en el que validamos externamente el índice UDT65 (Uso de aspirina, Diabetes, Tipicidad del dolor, 65 o más años)<sup>1</sup> que previamente habíamos descrito<sup>2</sup>. Estos autores, tras estudiar a 1.000 pacientes, proponen un índice similar al nuestro, que incluye diabetes, tipicidad del dolor (opresivo y retroesternal) y edad ( $\geq 40$  años), *sustituyendo* uso de aspirina por enfermedad coronaria previa<sup>3</sup>. Los autores obtienen sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo del 100% para detección de síndrome coronario agudo. Sin embargo, al usar nuestro índice en su población ampliada a 4.221 pacientes, estos parámetros pasan al 98, el 23, el 17 y el 98%, respectivamente. La única explicación lógica para esta enorme discrepancia es que el uso de aspirina no figura en la lista de variables clínicas recogidas por esos autores<sup>3</sup>. Creemos que es preferible usar la variable «uso de aspirina», ya que es fácil de recoger en la anamnesis e incluye pacientes con enfermedad arterial periférica. Además, el índice UDT-65 se relaciona con la extensión de la enfermedad coronaria<sup>4</sup>.

La mitad de los pacientes que acuden por dolor torácico a un servicio de urgencias tienen un perfil de riesgo muy bajo, en los lo que podría no ser necesaria la realización de pruebas de detección de isquemia. En la práctica diaria esto es lo que se hace, aunque muchas veces de forma no protocolizada. Por ejemplo, en el grupo de Sánchez, de 1.000 pacientes con dolor torácico, 480 (48%) fueron catalogados inicialmente como «sin síndrome coronario

agudo» y no se les realizó prueba de detección de isquemia<sup>5</sup>. En realidad, esos autores sólo realizaron ergometría a 144 pacientes (14%). El índice UDT-65 es útil para detectar a los pacientes con un riesgo tan bajo que el beneficio de la realización de una prueba de detección de isquemia sería dudoso o poco coste-efectivo. De hecho, Sekhri et al, estudiando a 4.873 pacientes sin enfermedad coronaria previa ingresados en unidades de dolor torácico, han mostrado que la ergometría añade escaso valor pronóstico a las variables clínicas diabetes, tipicidad del dolor, edad y sexo masculino<sup>6</sup>.

Manuel Martínez-Sellés, Héctor Bueno, Álvaro Estévez y  
Francisco Fernández-Avilés  
Servicio de Cardiología. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. España.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Martínez-Sellés M, Bueno H, Sacristán A, Estévez A, Ortiz J, Gallego L, et al. Dolor torácico en urgencias: frecuencia, perfil clínico y estratificación de riesgo. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:953-9.
2. Martínez-Sellés M, Ortiz J, Estévez A, Andueza J, De Miguel J, Bueno H. Un nuevo índice de riesgo para pacientes con ECG normal o no diagnóstico ingresados en la unidad de dolor torácico. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:782-8.
3. Sánchez M, López B, Bragulat E, Gómez-Angelats E, Jiménez S, Ortega M, et al. Triage flow chart to rule out acute coronary syndrome. *Am J Emerg Med*. 2007;25:865-72.
4. Martínez-Sellés M, Bueno H, Estévez A, De Miguel J, Muñoz J, Fernández-Avilés F. Positive non-invasive tests in the chest pain unit: importance of the clinical profile for estimating the probability of coronary artery disease. *Acute Card Care*. 2008;10:205-8.
5. Bragulat E, López B, Miró O, Coll-Vinent B, Jiménez S, Aparicio MJ, et al. Análisis de la actividad de una unidad estructural de dolor torácico en un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60:276-84.
6. Sekhri N, Feder GS, Junghans C, Eldridge S, Umaipalan A, Madhu R, et al. Incremental prognostic value of the exercise electrocardiogram in the initial assessment of patients with suspected angina: cohort study. *BMJ*. 2008;337:a2240. doi: 10.1136/bmj.a2240.