

Una regla de predicción clínica es útil para detectar estenosis aórtica moderada a severa

Etchells E, Glens V, Shadowitz S, Bell C, Siu S. *J Gen Intern Med* 1998; 13: 699-704.

Objetivo

Evaluar una regla de predicción clínica utilizando datos del examen físico para detectar estenosis aórtica.

Diseño

Estudio transversal, con comparación independiente con ecocardiograma doppler como standard de referencia.

Lugar

Hospital universitario, Toronto, Canadá.

Pacientes

Se reclutaron pacientes internados en forma consecutiva, referidos a ecocardiografía por sus médicos tratantes. Se excluyeron: menores de 50 años, internados en unidad coronaria y postoperatorios cardiovasculares. Se incluyeron 162 pacientes, 124 en un estudio de exactitud (comparación de los hallazgos clínicos y test de referencia) y 38 en un estudio de confiabilidad (concordancia entre examinadores).

Descripción del test en estudio y del test de referencia * (gold standard)

Se realizó un examen físico estandarizado de acuerdo a literatura, libros de texto y acuerdo con cardiólogos. El examen físico incluyó: volumen y velocidad de ascenso del latido carotídeo, intensidad del segundo ruido, intensidad del soplo y soplo supraclavicular derecho. Para el estudio de exactitud participaron 2 médicos; los examinadores conocían datos de la historia clínica. Para el estudio de concordancia participaron 6 médicos. A todos los pacientes se les realizó ecocardiografía doppler. Se definió estenosis aórtica mode-

rada a severa como la presencia de un área valvular menor a 1,2 cm² o un gradiente instantáneo de 25mmHg.

Medición de resultados

Para el estudio de confiabilidad se calcularon coeficientes k* (índice kappa) para cada hallazgo del examen físico. Para el estudio de exactitud se calcularon sensibilidad, especificidad, likelihood ratios (LR) o cocientes de probabilidad y sus intervalos de confianza. (IC).

Se desarrolló una regla de predicción clínica de manera prospectiva: la ausencia de soplo supraclavicular descarta estenosis aórtica. La presencia de soplo lleva a buscar 4 hallazgos asociados: volumen y velocidad de ascenso carotídeos, intensidad del soplo (mayor o igual intensidad en el 2^{do} espacio intercostal derecho en relación al mesocardio) y disminución del segundo ruido. La presencia de 0 a 2 hallazgos es indeterminada para el diagnóstico y de 3 o 4 hallazgos diagnóstica estenosis aórtica.

Resultados principales

La prevalencia de estenosis aórtica fue de 13%. La ausencia de soplo supraclavicular derecho prácticamente excluyó estenosis aórtica (LR negativo 0,10 IC 0,02 a 0,44) Probabilidad post-test 1,4%. La presencia de 0 a 2 hallazgos asociados presentó una probabilidad intermedia (LR positivo 1,8 IC 0,93 a 2,9), con una probabilidad post-test de 21%.

La presencia de 3 o 4 hallazgos elevó la probabilidad post test a 86% (LR positivo 40, IC 6,6 a 240).

Estudio de confiabilidad: la concordancia entre examinadores fue moderada. Los hallazgos con mayor coeficiente k fueron segundo ruido disminuido (k=0,54), intensidad del soplo (k=0,37) y soplo supraclavicular derecho (k=0,36).

Fuente de financiamiento: Sin financiamiento externo

COMENTARIO

Los soplos sistólicos pueden ser hallazgos importantes para el diagnóstico de enfermedad cardíaca, aunque la mayoría de éstos no responden a patologías significativas. La historia clínica y el examen físico pueden discriminar entre pacientes que requieren mayores estudios y aquellos que no. En pacientes asintomáticos con soplos, las recomendaciones para realizar ecocardiografía son: soplos diastólicos, soplo holosistólico, soplo grado 3 u otros hallazgos del examen físico, electrocardiográficos o radiológico.¹

Una estrategia costo efectiva sería la auscultación por examinadores entrenados. Si éstos clasifican un soplo como inocente, la probabilidad de una valvulopatía importante se reduce significativamente. (LR negativo 0,01 a 0,3 en diferentes estudios)²

La estenosis aórtica es una valvulopatía prevalente, y su diagnóstico conlleva importantes implicancias pronósticas y terapéuticas. En estudios previos, los hallazgos del examen físico que fueron útiles para diagnosticar estenosis aórtica fueron: ascenso lento y pico tardío del pulso carotídeo, disminución del segundo ruido, retraso ápico-carotídeo, aunque la ausencia de éstos no descartó estenosis aórtica (LR negativos cercanos a 1)².

En un estudio de 781 pacientes ancianos, con una prevalencia de estenosis aórtica de 9%, la ausencia de irradiación del soplo a carótida derecha prácticamente descartó estenosis aórtica (LR negativo 0,10)³.

En el presente estudio, la prevalencia de estenosis aórtica fue elevada (13%), aunque ésta representa a una población seleccionada con sospecha de valvulopatías. Esta regla de predicción clínica permitió no sólo identificar pacientes enfermos, sino también identificar pacientes con baja probabilidad de estenosis aórtica que no requerirían mayores estudios, siendo ésta su principal utilidad clínica, ya que la presencia de hallazgos positivos siempre requerirá confirmación por otro método (ecocardiografía doppler).

En la inclusión de los pacientes en este estudio hay un sesgo implícito: la mayoría de los pacientes presentaban soplos en el examen físico, y el ecocardiograma era solicitado por sospecha de valvulopatías (sesgo de verificación). En este estudio se realizó una comparación independiente entre el examen físico y el ecocardiograma y, aunque los examinadores conocían datos de la historia clínica, éstos no fueron útiles para el diagnóstico. En relación a la aplicabilidad, los datos del examen físico son fáciles de obtener, aunque requieren entrenamiento y motivación. Su utilización podría optimizar el manejo de pacientes en relación a la indicación de ecocardiografía. En conclusión, el examen físico es capaz de discriminar entre pacientes con baja y alta probabilidad de estenosis aórtica.

Palabras claves: estenosis aórtica, examen físico, predicción clínica, exactitud, confiabilidad.

Dr. Daniel Ferrante.

Clínica y Maternidad Suizo Argentina.

Referencias

- Bonow R y cols. Guidelines for the management of patients with valvular heart disease. *JACC* 1998, November 1, suppl.
- Etchells E, Bell C, Robb K. Does this patient have an abnormal systolic murmur? *JAMA* 1997;277:564-571
- Aronow WS, Kronzon I. Correlation of prevalence and severity of valvular aortic stenosis determined by continuous-wave Doppler echocardiography with physical signs in patients aged 62 to 100 years with aortic systolic ejection murmurs. *Am J Cardiol.* 1987; 60: 399-401.