



Decisiones Acertadas

Cuidando desde el conocimiento

Asociación Colombiana de Medicina Interna



Cinco cosas que los pacientes y los médicos deben tener en cuenta



No ordene un ecocardiograma transtorácico para tamización en pacientes asintomáticos cardiovasculares, como tampoco un ecocardiograma transtorácico prequirúrgico en personas asintomáticas y sin factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares.

En personas de bajo riesgo, la probabilidad pretest de enfermedad cardiovascular es baja y la probabilidad postest también será baja. Por lo tanto, un ecocardiograma probablemente no brindará valor diagnóstico ni llevará a una modificación de la terapia cardiovascular. En esa situación el ecocardiograma se asocia además con hallazgos que pueden representar falsos positivos, los cuales pueden llevar a la realización de exámenes adicionales, algunos invasivos, prescripción de medicación innecesaria, ansiedad o retraso en la realización de una cirugía. Un ecocardiograma está indicado inadecuadamente en ausencia de factores de riesgo cardiovascular, si no hay cambios en una condición clínica o si no es probable que se modifique una conducta terapéutica.



Evite realizar una prueba de esfuerzo convencional para el diagnóstico de cardiopatía isquémica en la evaluación inicial de pacientes sin síntomas cardiovasculares y de bajo riesgo.

Los pacientes asintomáticos y de bajo riesgo representan hasta el 45% de pruebas innecesarias en cardiopatía isquémica. Se debe considerar la realización de pruebas en pacientes sintomáticos o con alto riesgo de enfermedad cardiovascular, por ejemplo pacientes con diabetes mellitus en estudio de disnea, con evidencia de daño órgano blanco o factores de riesgo cardiovascular. La realización de una prueba de esfuerzo de forma innecesaria puede conllevar a otros estudios de carácter invasivo que representen mayor morbilidad, exposición innecesaria a medios de contraste, radiación y aumentos del costo en salud. Estos recursos pueden ser empleados en otras condiciones clínicas.



No solicite cuantificación de troponinas en pacientes con dolor torácico no cardíaco o patologías no cardíacas en las que haya ausencia de angina, insuficiencia cardíaca nueva o descompensada, cambios electrocardiográficos consistentes con síndrome coronario agudo o muerte súbita con fibrilación ventricular.

La solicitud de biomarcadores cardíacos a un amplio grupo de pacientes con diversas patologías genera sesgo de espectro, es decir que aumenta la probabilidad que se aumenten los falsos positivos, como los pacientes con sepsis, embolia pulmonar, falla renal, entre otros. El uso de escalas de riesgo tipo HEART (Historia, Electrocardiografía, Edad, Factores de riesgo, Troponina), así como de otros sistemas de puntuación como TIMI (Trombólisis en el infarto de miocardio) y EDACS (Evaluación del dolor torácico en el departamento de emergencias), pueden ser útiles en la determinación de pacientes de bajo riesgo. Por lo tanto, limitar el uso de troponinas de alta sensibilidad a pacientes bien seleccionados aumentará la probabilidad de verdaderos positivos y negativos.



No solicite urocultivos para la detección, el tratamiento o seguimiento de la bacteriuria asintomática en mujeres posmenopáusicas.

La incidencia de la bacteriuria asintomática es frecuente en mujeres posmenopáusicas (9.5%) llegando a ser mayor (27%) en pacientes con enfermedades crónicas como diabetes mellitus o en paciente con sondas vesicales transitorias o permanentes (hasta el 100%). La incontinencia urinaria, cistocele y residuo post miccional (presentes hasta en el 30% de las mujeres mayores de 50 años) aumenta su prevalencia. No existe evidencia que indique que el tomar urocultivos tenga beneficio en el diagnóstico o tratamiento de la bacteriuria asintomática en mujeres posmenopáusicas. La mayoría de las bacteriurias asintomáticas son benignas y no se asocian con aumento de la morbimortalidad. El tratamiento de la bacteriuria asintomática genera exposición innecesaria a antibióticos, lo cual constituye un riesgo para infecciones subsecuentes por organismos resistentes, genera abuso de antibióticos en la comunidad y puede llevar a aumentar la solicitud de imágenes diagnósticas innecesarias. Solo se debe realizar urocultivo en mujeres posmenopáusicas con bacteriuria asintomática si van a ser sometidas a procedimientos urogenitales invasivos en los que se anticipa sangrado de la mucosa.



No solicite Doppler de las arterias carótidas en adultos mayores asintomáticos.

En personas mayores sin antecedentes de accidente cerebrovascular isquémico, ataque isquémico transitorio u otros síntomas neurológicos atribuibles a las arterias carótidas el tratamiento de la estenosis asintomática de las arterias carótidas está dirigido a la enfermedad aterosclerótica sistémica e incluye estatinas, medicamentos antiplaquetarios, control adecuado de la hipertensión arterial, la diabetes y cambios terapéuticos en el estilo de vida. En estos pacientes los riesgos de una intervención quirúrgica o endovascular, en comparación con el tratamiento médico adecuado, superan los beneficios.

Referencias

1. Douglas PS, Garcia MJ, Haines DE, Lai WW, Manning WJ, Patel AR, Picard MH, Polk DM, Ragosta M, Ward RP, Weiner RB. ACCF/ASE/AHA/ ASNC/HFSA/HRS/SCAI/SCCM/SCCT/SCMR 2011 appropriate use criteria for echocardiography: a report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, American Society of Echocardiography, American Heart Association, American Society of Nuclear Cardiology, Heart Failure Society of America, Heart Rhythm Society, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Critical Care Medicine, Society of Cardiovascular Computed Tomography, and Society for Cardiovascular Magnetic Resonance. *J Am Soc Echocardiogr* 2011; 24:229-67
2. American Society of Echocardiography (released February 2013, last reviewed 2021), presented by ABIM Foundation. "Five Things Physicians and Patients Should Question". <https://www.choosingwisely.org/societies/american-society-of-echocardiography/>, consultado el 23 de marzo de 2022.
3. Lindekleiv H, Løchen M-L, Mathiesen EB et al. Echocardiographic Screening of the General Population and Long-term Survival. A Randomized Clinical Study. *JAMA Intern Med* 2013; 173: 1592-1598
4. Kini V, Breathett K, Groenveld PW et al. Strategies to Reduce Low-Value Cardiovascular Care: A Scientific Statement From the American Heart Association. *AHA Scientific Statement. Circ Cardiovascular Qual Outcomes* 2022; 15:e000105. DOI: 10.1161/HCQ.000000000000105.

1. Kini V, Breathett K, Groenveld PW et al. Strategies to Reduce Low-Value Cardiovascular Care: A Scientific Statement From the American Heart Association. *AHA Scientific Statement. Circ Cardiovascular Qual Outcomes* 2022; 15:e000105
2. Wolk MJ, Bailey SR, Doherty JU et al. ACCF/AHA/ASE/ASNC/HFSA/HRS/SCAI/SCCT/SCMR/STS 2013 multimodality appropriate use criteria for the detection and risk assessment of stable ischemic heart disease: a report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, American Heart Association, American Society of Echocardiography, American Society of Nuclear Cardiology, Heart Failure Society of America, Heart Rhythm Society, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Cardiovascular Computed Tomography, Society for Cardiovascular Magnetic Resonance, and Society of Thoracic Surgeons. *Am Coll Cardiol.* 2014; 63: 380-406.
3. <https://www.choosingwisely.org/societies/ACC/>. Consultado el 30 de marzo de 2022.
4. 2021 AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain. *J Am Coll Cardiol.* 2021; 22: e187-e285

1. Brush, Jr., et al. Troponin Testing for Clinicians. *JACC* 2016; 68: 2365 – 7 5
2. Peacock W, Daniels L, Headdon G et al. Value After High-Sensitivity Troponin Predicts Safe Discharge for Coronary Patients. *Ann Emerg Med* 2021; 78: S40-S41.
3. Wassim M, Husam AQ, Michael F. Biomarkers in the emergency workup of chest pain: Uses, limitations, and future. *Cleveland Clinic Journal Of Medicine* 2013; 80: 589-598.
4. Rahnab A, Broadley SM. Elevated troponin: Diagnostic gold or fool's gold? *Emergency Medicine Australasia* 2014; 26: 125-130.

1. Díaz AE. De la bacteriuria asintomática a la infección de vías urinarias: ¿tratarla o no hacerlo? *Universitas Medica* 2008; 49: 206-220.
2. Czajkowski K, Brós-Konopielko M, Teliga-Czajkowska J. Urinary tract infection in women. *Menopause Rev* 2021; 20: 40-47.
3. Juthani-Mehta M. Asymptomatic bacteriuria and urinary tract infection in older adults. *Clin Geriatr Med* 2007; 23: 585-94, vii. PMID: 17631235.
4. Coyotzi-Morales M, Pichardo-Cuevas M, Linares-Pérez M, Contreras-Carretero NA. Incidencia de bacteriuria asintomática en mujeres posmenopáusicas. *Rev Invest Med Sur Mex* 2014; 21: 120-12.
5. Nicolle LE, et al. Infectious Diseases Society of America Guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. *Clin Infect Dis.* 2005; 40: 643-54. PMID: 15714408.

1. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Screening for Asymptomatic Carotid Artery Stenosis: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2021; 325: 476-81.
2. Wolff T, Guirguis-Blake J, Miller T, et al. Screening For Asymptomatic Carotid Artery Stenosis. Rockville (MD), Evidence Synthesis, No 50: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2007 Dec. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK33504/>. Consultado el 29 de marzo de 2022.