

M. JARAMILLO

Escalas de medición de riesgo en síndrome coronario agudo

Acute coronary syndrome risk measurement scales

Ver artículo: página 336

Dra. Mónica Jaramillo: Internista-Cardióloga Institucional Fundación Santa Fe de Bogotá. Profesora Clínica Universidad de los Andes. Bogotá, D.C. (Colombia).
E-mail: mjaramil@uniandes.edu.co

Los pacientes que consultan por síndrome coronario agudo (SCA) comprenden un espectro heterogéneo de individuos que difieren en manifestaciones clínicas, fisiopatología, factores desencadenantes y comorbilidades; por esto mismo el riesgo de muerte y/o recurrencia de eventos cardíacos isquémicos también oscila en un rango muy amplio. Muchos de los intentos para estimar el gradiente de riesgo entre los pacientes con síndrome coronario agudo se enfocaron inicialmente en el uso de una variable simple, tal como la presencia o ausencia de cambios electrocardiográficos o la elevación sérica de marcadores de necrosis cardíaca.

La división de los SCA de acuerdo a los cambios del electrocardiograma, en SCA con o sin elevación del ST, es una de las estrategias que ha demostrado impactar positivamente el pronóstico de esta patología, ya que la reperfusión temprana en pacientes con elevación del ST disminuye significativamente la mortalidad y las complicaciones del infarto agudo de miocardio (1).

Los pacientes que se presentan con un SCA sin elevación del ST se clasifican en angina inestable o infarto sin elevación del ST de acuerdo a la elevación o no de marcadores séricos de necrosis miocárdica. Se han desarrollado múltiples esquemas pronósticos para categorizar el riesgo de estos pacientes, inicialmente cualitativos y posteriormente cuantitativos. Por el espectro de las presentaciones clínicas, la magnitud del efecto de una terapia puede variar dependiendo del perfil de riesgo en un paciente específico. Por lo tanto pronosticar el riesgo de los pacientes, es útil no solo para permitir a los clínicos localizar a los pacientes en la ubicación óptima para la entrega de la atención médica (por ejemplo, unidad de cuidados intensivos vs sala de hospital vs atención ambulatoria) sino también para identificar pacientes que se beneficiarán

de terapias invasivas o que requieran una atención urgente.

Las guías colombianas de manejo basadas en la evidencia para esta patología [Ministerio de Salud de Colombia (2)], así como las internacionales [NICE (3), Sociedad Europea de Cardiología (4) y las norteamericanas (5)] recomiendan el uso rutinario de una escala de riesgo para estratificar los pacientes, siendo recomendadas principalmente la TIMI (6) y la de GRACE (7, 8).

¿Por qué es importante la evaluación de riesgo para el triage y manejo de los pacientes con síndrome coronario agudo?

La elección de los regímenes de anti-trombóticos así como la realización de una arteriografía coronaria y revascularización inmediata, urgente o retardada depende de las características de riesgo de cada paciente. La evidencia procedente de estudios aleatorizados y las recomendaciones de las guías soportan el uso de diferentes estrategias de acuerdo al estado de riesgo del paciente.

En contraste a la evidencia y las recomendaciones de las guías los pacientes con el menor riesgo, más que, los de alto riesgo, tienen mayor probabilidad de ser llevados a procedimientos de intervención y recibir terapias antitrombóticas más agresivas. Cuáles son las razones para esto? Primero, actualmente las decisiones de tratamiento dependen de la evaluación clínica y es difícil para el clínico realizar un análisis de los potenciales riesgos versus los potenciales beneficios, y por lo tanto pacientes con bajo riesgo son comúnmente seleccionados para un tratamiento más agresivo buscando evadir las complicaciones. Sin embargo, la evidencia demuestra que aun excluyendo a aquellos con contraindicaciones, las cohortes con más alto riesgo potencialmente tienen mayor

ganancia. Segundo, internacionalmente los puntajes de riesgo no son aplicados sistemáticamente para el manejo de los pacientes ya que se cree que la evaluación clínica o, el uso de indicadores individuales de riesgo (por ejemplo la troponina) son suficientes. Además, las puntuaciones de riesgo más precisas han sido engorrosas para calcular (por ejemplo, requiriendo tablas de consulta y a veces utilización de puntuación arbitraria). Por último, los parámetros necesarios para su aplicación pueden no estar disponibles en el momento de la consulta inicial del paciente.

La validación de las escalas de GRACE y TIMI en la población colombiana (9), es un paso importante para contribuir a mejorar el tratamiento de nuestros pacientes con SCA porque comprueba la utilidad de estas herramientas en una población colombiana, apoyando la aplicación de la medicina basada en la evidencia que tanto beneficio ha generado en los resultados de esta patología.

Aunque la aplicación de la medicina basada en la evidencia ha disminuido la morbilidad y la mortalidad en diferentes patologías, los esfuerzos bien intencionados del uso automático de la evidencia mediante sistemas de soporte computarizados, apps de los teléfonos inteligentes y reglas de algoritmos pueden desplazar el manejo local, individualizado de cada paciente.

Los resultados de los pacientes serán los mejores cuando se le aplique al paciente la verdadera medicina basada en la evidencia, donde se combina la fortaleza de los datos de los diferentes tratamientos expresados en números (eficacia y seguridad) con la experticia clínica, creando lo que en el futuro se denominará la medicina individualizada.

Referencias

1. O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, Casey DE Jr, Chung MK, de Lemos JA, Ettinger SM, et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction. A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* 2013; 127: e362-e425. doi: 10.1161/CIR.0b013e3182742cf6.
2. Guía de práctica clínica para el Síndrome Coronario Agudo Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Universidad de Antioquia. Guía de referencia rápida. Guía para el Síndrome Coronario Agudo. GPC-SCA. Bogotá, 2013. GPC-2013-17.
3. Unstable angina and NSTEMI the early management of unstable angina and non ST-segment-elevation myocardial infarction. NICE guideline 94 March 2010. <http://www.nice.co.uk/guidance/CG94>.
4. The Task Force for the Management of Acute Coronary syndromes of the European Society of Cardiology. ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients present in gwithout persistent ST-segment elevation. *E Heart J* 2011;32:2999–3054.
5. The Task Force for the Management of unstable angina/non ST elevation myocardial infarction of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association. ACCF/AHA focused update of the guideline for the management of patients with unstable angina/non ST elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* 2012;126:875–910.
6. Antman EM, Cohen M, Bernink PJ, McCabe CH, Horacek T, Papuchis G, Mautner B, Corbalan R, Radley D, Braunwald E. The TIMI Risk Score for Unstable Angina/ Non-ST Elevation MI. A Method for Prognostication and Therapeutic Decision Making. *JAMA* 2000;284(7):835-842. doi:10.1001/jama.284.7.835.
7. Fox KAA, Dabbous OH, Goldberg RJ, et al. Prediction of risk of death and myocardial infarction in the six months after presentation with ACS: a prospective, multinational, observational study (GRACE). *BMJ* 2006;333:1091-4.
8. Granger CB, Goldberg RJ, Dabbous O, et al. Predictors of hospital mortality in the Global Registry of Acute Coronary Events. *Arch Intern Med* 2003;63:2345–53.
9. Aristizábal JC, Senior JM, Fernández A, Rodríguez A, Acosta-Baena N. Validación de las escalas de riesgo TIMI y GRACE para el síndrome coronario agudo en una cohorte contemporánea de pacientes. *Acta Med Colomb* 2014; 39: 336-343.