



7001-15. MEJORANDO LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO EN REHABILITACIÓN CARDIACA MEDIANTE ERGOESPIROMETRÍA: LA ESCALA MODIFICADA (SCORE+) INCREMENTA LA DETECCIÓN DE PACIENTES DE ALTO RIESGO

Alejandro Berenguel Senén¹, María Gema Lozano Lázaro¹, Ricardo Chamón Sánchez de los Silos¹, Paula Sánchez-Aguilera Sánchez-Paulete¹, Andrea Martínez Cámara¹, Juan I. Castillo Martín², Manuel Abeytua Jiménez³ y Luis Rodríguez Padial¹, del ¹Hospital Universitario Virgen de la Salud, Toledo, ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid y ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La estratificación de riesgo en rehabilitación cardiaca (RC) es un reto y parte clave del proceso a la hora de administrar los recursos y velar por la seguridad del paciente. Clásicamente dicha estratificación se ha basado solo en las escalas clínicas de riesgo. La utilización de técnicas para tal fin como la ergoespirometría (EE) continúa siendo minoritaria. Nuestro grupo ha desarrollado una escala de riesgo basada en parámetros obtenidos de la EE, demostrándose previamente en un estudio piloto con 106 pacientes la capacidad del mismo de detectar en torno a un 10% de pacientes con EE de alto riesgo dentro del subgrupo de pacientes de bajo riesgo clínico, así como en torno a un 50% de pacientes de alto riesgo clínico con EE de bajo riesgo, cuestionándonos por tanto la estratificación de riesgo basada únicamente en las clásicas escalas clínicas. En este trabajo hemos incorporado 2 modificaciones a la escala, pues tal y como nuestro grupo también ha comunicado previamente el OUES, uno de los parámetros de la escala, está fuertemente influenciado por diversos factores (sexo, edad, IMC, bloqueadores beta), haciéndose necesario trabajar con porcentajes del predicho y no con valores absolutos. Igualmente sucede con el pulso de O₂, en el que la influencia del sexo es relevante. Pretendemos de esta manera mejorar la capacidad de nuestra escala para detectar pacientes de verdadero alto riesgo.

Métodos: En una población consecutiva de 476 pacientes participantes en un programa de RC a los que se les realiza una EE previa al programa se calcula la escala y el SCORE+, comparando la presencia de puntuaciones de bajo riesgo (0-1) y alto riesgo (2-5) en cada uno de los subgrupos clínicos clásicos (bajo, medio y alto riesgo). Los porcentajes obtenidos se comparan posteriormente mediante un test de χ^2 (SPSS v.22).

Resultados: El SCORE+ detecta más pacientes de alto riesgo en el subgrupo de bajo riesgo clínico (22,9 frente a 18,7%, $p < 0,05$), mientras que las diferencias en los subgrupos de riesgo medio y alto no son significativas (26,4 frente a 27,1% y 47,8 frente a 46,6%, respectivamente).



Diferencias entre SCORE y el SCORE+.

Concordancia riesgo clínico-ergoespiométrico

	SCORE		SCORE+		SCORE frente a SCORE+ (alto riesgo)
	Bajo riesgo EE	Alto riesgo EE	Bajo riesgo EE	Alto riesgo EE	
	0 a 1	2 a 5	0 a 1	2 a 5	
Bajo riesgo clínico	81,3%	18,7%	77,1%	22,9%	p < 0,05
Medio riesgo clínico	73,6%	26,4%	72,9%	27,1%	ns
Alto riesgo clínico	52,2%	47,8%	53,4%	46,6%	ns

Conclusiones: El SCORE+ es capaz de detectar más pacientes con EE de alto riesgo dentro del subgrupo clínico de bajo riesgo, debiéndonos plantear la utilización rutinaria de la EE, y concretamente el SCORE+ en esta población de pacientes, y no únicamente en los pacientes de más riesgo clínico como viene siendo la práctica clínica habitual.