

Cartas al Editor

Estratificación pronóstica dinámica en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST**Dynamic Prognostic Stratification in ST-elevation Myocardial Infarction****Sra. Editora:**

Hemos leído con gran interés el artículo especial publicado por Marín et al¹ en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, y nos gustaría realizar varios comentarios sobre escalas pronósticas en el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST), no sin antes felicitar a los autores.

Hay evidencia sólida basada en ensayos aleatorizados de que las estrategias de tratamiento específicas, incluidos el tratamiento intervencionista y las terapias antiagregantes plaquetarias y antitrombóticas más potentes, son especialmente eficaces en los pacientes con mayor riesgo. Así pues, para orientar estas estrategias de tratamiento, se hace necesaria una evaluación individualizada del riesgo cardiovascular². Esto es clave para garantizar que los pacientes para quienes es más probable obtener el mayor efecto beneficioso con la intervención reciban la asistencia apropiada y que quienes probablemente no obtengan efecto beneficioso no reciban tratamientos innecesarios que pueden ser peligrosos. Este enfoque resulta atractivo tanto para individualizar el tratamiento de cada paciente concreto como desde un punto de vista de simple economía de la salud².

La puntuación de riesgo del estudio TIMI (*Thrombolysis in Myocardial Infarction*) se ha extendido ampliamente como herramienta de estratificación pronóstica de los pacientes con SCACEST³. El *TIMI Risk Score* (TRS) aporta un esquema de valoración simple pero de gran capacidad pronóstica y está constituido por 8 variables, que se puede obtener fácilmente a la cabecera del paciente. Esta escala se desarrolló mediante la aplicación retrospectiva de análisis estadísticos multivariantes en las poblaciones de 2 ensayos con heparinas: el TIMI-11B y el ESSENCE³. La puntuación del TRS oscila entre 0 y 14 puntos: edad del enfermo (65-74 años, 2 puntos; ≥ 75 años, 3 puntos), diabetes mellitus y/o hipertensión arterial y/o angina previa (1 punto), presión arterial sistólica < 100 mmHg (3 puntos), frecuencia cardíaca > 100 lpm (2 puntos), Killip II-IV (2 puntos), peso < 67 kg (1 punto), infarto agudo de miocardio anterior o bloqueo de rama izquierda del haz de His (1 punto) y retraso en el tratamiento > 4 h (1 punto)³.

Uno de los avances publicados en 2013 sobre la estratificación pronóstica de los pacientes con SCACEST es la creación de un TRS dinámico para la predicción de mortalidad a 1 año⁴. Para ello los autores utilizaron la base de datos de los pacientes ExTRACT-TIMI 25⁵ para obtener la puntuación de riesgo dinámico en el SCACEST. Esta puntuación se validó utilizando una base de datos de los pacientes TRITON-TIMI 38⁶. El rendimiento del nuevo modelo de riesgo agregando la información sobre los acontecimientos en el

hospital se evaluó mediante la reclasificación de los pacientes en nuevas categorías de riesgo.

El TRS dinámico incluye 6 eventos clínicos ocurridos durante la estancia hospitalaria, con un total de 0 a 15 puntos⁴. Entre ellos tenemos: reinfarto (1 punto), accidente cerebrovascular (5 puntos), hemorragia grave (1 punto), insuficiencia cardíaca congestiva o shock (3 puntos), arritmia (fibrilación auricular, taquicardia o fibrilación ventricular) (2 puntos) e insuficiencia renal (3 puntos).

En conclusión, la estratificación del riesgo de los pacientes con SCACEST es un proceso continuo que con el tiempo puede cambiar la condición de un paciente y alterar la mortalidad estimada inicialmente. A diferencia de las evaluaciones de riesgo de referencia, el TRS dinámico incorpora la información de los eventos durante el curso hospitalario, que se sabe que afectan al riesgo de muerte en el SCACEST después del alta hospitalaria.

Alberto Dominguez-Rodriguez^{a,b,*} y Pedro Abreu-Gonzalez^{b,c}

^aServicio de Cardiología, Hospital Universitario de Canarias, Sta. Cruz de Tenerife, España

^bInstituto Universitario de Tecnologías Biomédicas, Sta. Cruz de Tenerife, España

^cDepartamento de Fisiología, Universidad de La Laguna, Sta. Cruz de Tenerife, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: adrvdg@hotmail.com

(A. Dominguez-Rodriguez).

On-line el 29 de mayo de 2014

BIBLIOGRAFÍA

1. Marín F, Díaz-Castro O, Ruiz-Nodar JM, de la Villa BG, Sionis A, López J, et al. Actualización en cardiopatía isquémica y cuidados críticos cardiológicos. Rev Esp Cardiol. 2014;67:120-6.
2. Méndez-Eirín E, Flores-Ríos X, García-López F, Pérez-Pérez AJ, Estévez-Loureiro R, Piñón-Esteban P, et al. Comparación del valor predictivo pronóstico de los scores TIMI, PAMI, CADILLAC y GRACE en el SCACEST sometido a ICP primario o de rescate. Rev Esp Cardiol. 2012;65:227-33.
3. Morrow DA, Antman EM, Charlesworth A, Cairns R, Murphy SA, de Lemos JA, et al. TIMI risk score for ST-elevation myocardial infarction: A convenient, bedside, clinical score for risk assessment at presentation: An intravenous nPA for treatment of infarcting myocardium early II trial substudy. Circulation. 2000;102:2031-7.
4. Amin ST, Morrow DA, Braunwald E, Sloan S, Contant C, Murphy S, et al. Dynamic TIMI risk score for STEMI. J Am Heart Assoc. 2013;2:e003269.
5. Antman EM, Morrow DA, McCabe CH, Murphy SA, Ruda M, Sadowski Z, et al. Enoxaparin versus unfractionated heparin with fibrinolysis for ST-elevation myocardial infarction. N Engl J Med. 2006;354:1477-88.
6. Wiviott SD, Braunwald E, McCabe CH, Montalescot G, Ruzyllo W, Gottlieb S, et al. Prasugrel versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. N Engl J Med. 2007;357:2001-15.

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.10.007>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.03.005>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.02.016>