

Estratificación pronóstica dinámica en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. Respuesta



Dynamic Prognostic Stratification in ST-elevation Myocardial Infarction. Response

Sra. Editora:

Agradecemos a los Dres. Dominguez-Rodriguez y Abreu-Gonzalez sus comentarios sobre nuestro artículo «Actualización en cardiopatía isquémica y cuidados críticos cardiológicos», publicado recientemente en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA¹. Estos autores reflexionan sobre el interés de la estratificación pronóstica en los pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. En el síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, la estratificación del riesgo se puede considerar parte de la práctica habitual de manejo, hasta el punto de que se ha incluido en la guía europea como indicación IA. Sin embargo, en el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST la estratificación del riesgo no ha tenido (al menos en la guía) la misma importancia de recomendación, aunque se viene utilizando desde hace décadas esquemas de estratificación sencillos y clásicos en el infarto, como la escala de Killip-Kimball. Es posible que la mayor parte de los esfuerzos iniciales se hayan dirigido a las estrategias de tratamiento y sobre todo a la generación de programas de angioplastia primaria.

Estamos de acuerdo con los autores en la importancia que tiene la estratificación del riesgo en esta población, pero no debemos olvidar que las escalas de riesgo se desarrollaron para realizar predicciones grupales, nunca individuales. Y así, por muy buenas, completas y predictivas que sean las diferentes escalas que usemos, estas nunca serán perfectas, por lo que se deberá usarlas siempre como herramienta fundamentalmente orientativa².

Entre las diferentes escalas existentes, dado que muchas veces es similar la capacidad predictiva², lo correcto posiblemente sea que cada cual en su medio consensúe el uso de una, la que más facilidad o aplicabilidad tenga, y se favorezca su uso en la práctica habitual local. Cada grupo tiende a potenciar sus escalas presentando sus ventajas y ausencia de limitaciones. En la búsqueda de la escala ideal, además de tener alta capacidad predictiva, se debe valorar su complejidad y su aplicabilidad clínica. Las demasiado complejas o con demasiadas variables han terminado fracasando. Probablemente las 3 escalas de riesgo más utilizadas en el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST sean la escala TIMI³ (con una puntuación simple de 8 variables), la escala CADILLAC⁴ (con una puntuación de 7 variables) y la GRACE⁵ (que considera ocho variables, de las que 3 se establecen por categorías, y hace necesaria una calculadora de riesgo, lo cual no ha impedido que probablemente sea la más utilizada en el síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST y la recomendada por la guía europea).

El *Dynamic TIMI Risk Score*⁶ que comentan los autores pasa de incluir 8 variables a 14 y de una puntuación de 0-14 a 0-29. Esta escala puede resultar una opción atractiva, pero consideramos que en este momento no es más que una propuesta que habrá que terminar validando en series o registros de la vida real. Al fin y al cabo, esta nueva escala se ha realizado con la población de un ensayo clínico (EXTRACT-TIMI 25 [Enoxaparin and Thrombolysis

Reperfusion for Acute Myocardial Infarction Treatment]) que estudiaba a pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST sometidos a fibrinólisis con múltiples criterios de exclusión: shock cardiogénico, contraindicación para la fibrinólisis, etc., y se ha validado también con otro ensayo clínico, el TRITON-TIMI 38 (Trial to Assess Improvement in Therapeutic Outcomes by Optimizing Platelet Inhibition With Prasugrel), del que se excluyó a pacientes con alto riesgo de sangrado, anemia, trombocitopenia, etc.

Esta nueva escala dinámica propuesta tendrá que esperar unos años para ver si sobrevive a: a) por un lado, y tal y como hemos comentado, la validación en el mundo real de pacientes con infarto, y b) la utilización en la práctica habitual cardiológica de una nueva herramienta que, por incluir un número de variables tan elevado, hace difícil su implementación en nuestro trabajo diario.

Juan Miguel Ruiz-Nodar^a, Francisco Marín^{b,*}, Alessandro Sionis^c y Antonio Fernández-Ortiz^d

^aServicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^bServicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

^cServicio de Cardiología, Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

^dServicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: fcomarino@hotmail.com (F. Marín).

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. Halkin A, Singh M, Nikolsky E, Grines CL, Tchong JE, Garcia E, et al. Prediction of mortality after primary percutaneous coronary intervention for acute myocardial infarction: the CADILLAC risk score. J Am Coll Cardiol. 2005;45:1397-405.
5. Granger CB, Goldberg RJ, Dabbous O, Pieper KS, Eagle KA, Cannon CP, et al; Global Registry of Acute Coronary Events Investigators. Predictors of hospital mortality in the global registry of acute coronary events. Arch Intern Med. 2003;163:2345-53.
6. 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.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

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

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