



6016-19. EL USO DEL SCORE GRACE EN COMBINACIÓN CON EL JUICIO CLÍNICO MEJORA LA PREDICCIÓN DE RIESGO DE MUERTE INTRAHOSPITALARIA EN EL SCASEST

Sergio Raposeiras Roubín, Emad Abu Assi, Pilar Cábanas Grandío, Rosa María Agra Bermejo, Santiago Gestal Romarí, José María García Acuña, Carlos Peña Gil y José Ramón González-Juanatey, del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña y Hospital do Meixoeiro, Vigo (Pontevedra).

Resumen

Antecedentes y objetivos: El síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) engloba un grupo de pacientes con riesgo muy heterogéneo de desarrollar eventos adversos. Así, la estratificación de riesgo en estos enfermos es esencial y debe realizarse lo más rápida y eficazmente posible. Poco se conoce sobre la eficacia de la estratificación pronóstica que atiende a los criterios clínicos clásicos en comparación con la proporcionada por el score GRACE. El objetivo de este trabajo fue comparar el porcentaje de mortalidad intrahospitalaria capturado por cada uno de los métodos (clínico y score GRACE) y el obtenido por la combinación de ambos.

Métodos: Retrospectivamente, desde 1/04 a 12/10, 3.054 pacientes con SCASEST fueron incluidos. Consideramos que el riesgo de muerte al ingreso era alto, desde una perspectiva clínica, cuando se cumplía = 1 de los criterios siguientes: Killip inicial > I, descenso del ST = 1 mm, y elevación de troponina I = 0,1 ng/dl. Usando el score GRACE, se consideró riesgo elevado cuando la puntuación obtenida era > 108 puntos (engloba riesgo intermedio y alto según la clasificación original del sistema GRACE de predicción de muerte hospitalaria). Finalmente, se estableció un 3^{er} grupo de riesgo considerando tanto los criterios clínicos como el punto de corte del score GRACE.

Resultados: 2.592 (75%) pacientes eran de riesgo intermedio o alto de muerte intrahospitalaria según el score GRACE, mientras que 2.208 (72%) cumplían criterios clínicos de riesgo alto. La combinación de ambos sistemas (el clínico y GRACE) englobó al 85% de los pacientes. 127 (4,2%) murieron durante el ingreso. El riesgo de muerte fue capturado por los criterios clínicos en el 96,9% (muertes no capturadas 4/127 = 3,1%), y en el 99,2% por el punto de corte > 108 del score GRACE (muertes no capturadas 1/127 = 0,8%). La clasificación establecida por la combinación de ambos métodos logró capturar el 100% de las muertes.

Conclusiones: En el SCASEST, una estratificación de riesgo basada en el uso combinado de los criterios clínicos “clásicos” y del score GRACE, mejora la predicción de riesgo de muerte intrahospitalaria en comparación con el uso por separado de cada uno de ellos.