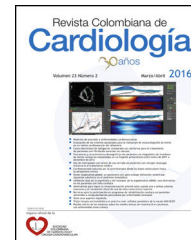




SOCIEDAD
COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA Y
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Revista Colombiana de Cardiología

www.elsevier.es/revcolcar



CARDIOLOGÍA DEL ADULTO – ARTÍCULO ORIGINAL

Aplicación de las escalas de estratificación del riesgo en el diagnóstico de los síndromes coronarios agudos



John Jaime Sprockel Díaz^{a,*}, Helio José Mantilla Durán^a,
Lida Carolina Cruz Daza^a, Rafael Andrés Barón^a y Juan José Diaztagle^b

^a Facultad de Medicina Interna, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José de Bogotá, Bogotá, Colombia

^b Departamento de Ciencias Fisiológicas, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

Recibido el 11 de agosto de 2016; aceptado el 6 de noviembre de 2016

Disponible en Internet el 5 de enero de 2017

PALABRAS CLAVE

Dolor torácico;
Síndrome coronario
agudo;
Infarto de miocardio;
Angina;
Diagnóstico

Resumen

Introducción: El dolor torácico es uno de los principales motivos de consulta en el servicio de urgencias. Diferentes escalas de riesgo han sido evaluadas en los pacientes con dolor torácico. El objetivo del presente estudio es comparar el desempeño diagnóstico de las escalas de riesgo en los pacientes con dolor torácico y sospecha de síndrome coronario agudo.

Métodos: Estudio de pruebas diagnósticas que incluyó pacientes mayores de 18 años con dolor torácico y sospecha de síndrome coronario agudo. El estándar de referencia fue alguna prueba de estratificación coronaria invasiva o no invasiva y la prueba índice la constituyó la puntuación de las escalas de riesgo TIMI, GRACE, CARDiac, Florencia, Sanchis y HEART. Se calcularon las características operativas para diferentes puntos de corte y se compararon las áreas bajo la curva ROC.

Resultados: Se incluyeron 249 pacientes, 143 (57,4%) fueron de sexo masculino, 65,3 años de edad media; 73 (29,3%) fueron anginas inestables, 79 (31,7%) presentaron infartos agudos de miocardio sin elevación del ST y a 97 (39%) se les descartó la enfermedad coronaria. Las escalas HEART y TIMI mostraron el mejor rendimiento diagnóstico con un área bajo la curva de 0,75 (IC del 95% 0,69-0,81) y 0,71 (IC del 95% 0,65-0,77). Las áreas bajo la curva de Florencia, CARDiac, GRACE, y Sanchis fueron 0,64 (IC 95% 0,57-0,71), 0,63 (IC 95% 0,57-0,69), 0,62 (IC 95% 0,55-0,69), y 0,62 (IC 95% 0,55-0,69), respectivamente.

Conclusiones: En una población de pacientes con alta probabilidad para el síndrome coronario agudo, las escalas HEART y TIMI mostraron una mayor capacidad para discriminar el diagnóstico del síndrome coronario agudo.

© 2016 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jjsprockel@fucsalud.edu.co (J.J. Sprockel Díaz).

KEYWORDS

Chest pain;
Acute coronary
syndrome;
Myocardial infarction;
Angina;
Diagnosis

Implementation of risk stratification scales in the diagnosis of acute coronary syndromes**Abstract**

Introduction: Chest pain is one of the main reasons for consultation in the emergency room. Several risk scales have been assessed in patients with chest pain. The motivation of this study is to compare the diagnostic performance of risk scales in patients with chest pain and suspicion of acute coronary syndrome.

Methods: Study of diagnostic tests that included patients over the age of 18 with chest pain and suspicion of acute coronary syndrome. The reference standard was an invasive or noninvasive coronary stratification test and the index test consisted of the score in risk scales TIMI, GRACE, CARdiac, Florencia, Sanchis and HEART. Operative characteristics for different cut points were calculated and the areas under the ROC curve were compared.

Results: The study included 249 patients, of whom 143 (57.4%) were male, average age was 65.3 years; 73 (29.3%) were unstable anginas; 79 (31.7%) showed acute myocardial infarctions without ST elevation and for 97 (39%) coronary disease was ruled out. HEART and TIMI scales revealed the best diagnostic performance with a low area under the curve of 0.75 (CI of 95% 0.69-0.81) and 0.71 (CI of 95% 0.65-0.77). Areas under the curve for Florencia, CARdiac, GRACE, and Sanchis were 0,64 (CI 95% 0.57-0.71), 0,63 (CI 95% 0.57-0.69), 0,62 (CI 95% 0.55-0.69), and 0,62 (CI 95% 0.55-0.69), respectively.

Conclusions: In a patient population with high probability for acute coronary syndrome, HEART and TIMI scales showed a greater ability to discriminate the diagnosis of acute coronary syndrome.

© 2016 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El dolor torácico es uno de los principales motivos de consulta en el servicio de urgencias. Aunque la mayoría de las veces es causado por condiciones benignas, es también el principal síntoma de varias situaciones que ponen en riesgo la vida¹, entre las que se encuentra el síndrome coronario agudo; la principal causa de muerte no trasmisible a nivel mundial².

Los datos en Colombia indican que durante el año 2014 la primera causa de muerte, fueron las enfermedades isquémicas del corazón con 31.388 defunciones (16,3%)³, esto conlleva a un alto consumo de recursos para el proceso diagnóstico del paciente con dolor torácico en búsqueda de un síndrome coronario agudo⁴.

La evaluación del dolor torácico por medio de la historia clínica presenta limitaciones importantes y se ha identificado que su desempeño puede ser pobre al momento del diagnóstico⁵. Además, cuando el seguimiento electrocardiográfico y los biomarcadores son negativos, se ha documentado una probabilidad de muerte o infarto inferior al 2%^{6,7}, es de anotar que existen reportes mucho más altos, de un 3% a 30 días⁸ y de 4,8% a 6 meses⁹. Por lo tanto, todavía no es claro cuál es el mejor camino para la correcta y rápida estratificación de este grupo de pacientes.

En el año 1994 un grupo de cardiólogos encabezado por Braunwald recomendaron una forma de evaluar la probabilidad pretest para la enfermedad coronaria significativa en pacientes con síntomas sugestivos de angina inestable, basados en datos clínicos, electrocardiográficos y

biomarcadores que por mucho tiempo fue recomendada y que en la actualidad ya no aparece en las guías de manejo¹⁰. Luego de este enfoque, el esfuerzo se ha centrado en el desarrollo y aplicación de las escalas pronósticas, algunas de ellas inicialmente desarrolladas para la estratificación del riesgo de eventos cardiovasculares mayores en los síndromes coronarios agudos ya diagnosticados, por ejemplo: TIMI, GRACE y otras escalas directamente elaboradas sobre poblaciones de pacientes con dolor torácico de bajo riesgo para el síndrome coronario agudo (CARdiac, Florencia y Sanchis)¹¹⁻¹³, así como en la población general con dolor torácico (HEART)¹⁴.

El pronunciamiento que hacen las guías colombianas de manejo del síndrome coronario agudo sin elevación del ST acerca del uso de estas escalas en la evaluación inicial del dolor torácico indica que: "usar un modelo para estratificación de riesgo como el TIMI o puntaje de riesgo GRACE o PURSUIT, puede ser útil para tomar una decisión con relación a las opciones de tratamiento en pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo" (IIa-B)¹⁵. Mientras que las guías del síndrome coronario agudo con elevación del ST recomiendan que: "en los pacientes que consultan por dolor torácico y sospecha diagnóstica de síndrome coronario agudo, luego de la determinación rápida de la probabilidad se realiza una estratificación de riesgo basado en: los síntomas, el examen físico, los cambios electrocardiográficos y los marcadores bioquímicos" (I-B)¹⁶.

La American Heart Association también fija una posición con respecto a los sistemas de estratificación del riesgo aplicados a los pacientes con dolor torácico de baja