

DOI: 10.25237/revchilanestv5208111615

Complemento al artículo de revisión "Evaluación del riesgo cardíaco previo a la cirugía no cardíaca"

Jorge Antolinez-Motta^{1,*}, Diego Escarramán Martínez¹, Manuel Alberto Guerrero Gutiérrez¹, Gerardo Alberto Solís Pérez¹, Claudia Jurado-Fernández De Lara¹

¹

No contamos con ningún tipo de financiamiento ni conflicto de interés.

Fecha de recepción: 06 de noviembre de 2022 / Fecha de aceptación: 08 de noviembre de 2022

A la editora:

Hemos leído con gusto el artículo publicado por Galleguillos y cols[1]. El aumento exponencial del número de nuevos procedimientos quirúrgicos no cardíacos anuales y con esto el incremento en la incidencia de eventos cardiovascular mayor (MACE) ha contribuido a la evolución en los algoritmos y modelos de predicción, los cuales, cada vez buscan tamizar de mejor manera aquellos pacientes en riesgo de desarrollar MACE a 30 días posterior a cirugía. Dentro del algoritmo principal[2], un paso crítico en pacientes candidatos a cirugía no cardíaca con riesgo de MACE > 1% es la evaluación de la capacidad funcional (CF); al comparar la forma subjetiva de evaluación contra una forma objetiva basada en cuestionario Duke Activity Score Index (DASI), prueba de ejercicio cardiopulmonar (CPET) o NT-pro BNP, se encontró que el interrogatorio subjetivo tiene una sensibilidad 19,2% y especificidad 94,7% para discriminar pacientes con un consumo pico de oxígeno ($VO_{2,pico}$) < 14 ml/kg minuto (4 METS), de igual forma, se encontró una correlación positiva baja entre $VO_{2,pico}$ y puntajes del cuestionario DASI ($p=0,43$, $p = 0,0001$) y una correlación negativa baja entre $VO_{2,pico}$ y concentración del NT-pro BNP ($p = -0,25$, $p = < 0,0001$)[3]. En el subanálisis del mismo estudio, la integración del DASI en la discriminación del riesgo de muerte o lesión miocárdica identifico que los pacientes con puntajes < 34 tuvieron mayor riesgo de presentar lesión miocárdica, infarto al miocardio, complicaciones moderadas a severas en el posoperatorio OR1,97 y por cada punto por debajo de 34 OR1,05[4]; de igual forma, al explorar la precisión predictiva de $VO_{2,pico}$ y el límite anaeróbico (AT) para MACE encontramos un AUC0,81 y 0,83 en el seguimiento a 28 días[5]. Con lo anterior, posiblemente debemos replantear nuestra manera habitual para tamizar la CF y dicotomizar a los pacientes quienes por el procedimiento quirúrgico planeado (alto riesgo en la escala de Glance) necesitan algo más objetivo para individualizar el riesgo (CPET, caminata de 6 minutos) y poder tomar decisiones compartidas con el paciente (Modelo Shared-Decision Making).

Referencias

1. Coloma GG, Cecioni G, Pereira F, Álvarez F. Evaluación del riesgo cardíaco previo a la cirugía no cardíaca. *Rev. Chil. Anest.* 2022;51(5):510–20.
2. Fleisher LA, Fleischmann KE, Auerbach AD, Barnason SA, Beckman JA, Bozkurt B, et al. 2014 ACC/AHA guideline on perioperative cardiovascular evaluation and management of patients undergoing noncardiac surgery: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation.* 2014 Dec;130(24):2215–45. <https://doi.org/10.1161/CIR.000000000000105> PMID:25085962
3. Wijeysondera DN, Pearse RM, Shulman MA, Abbott TE, Torres E, Ambosta A, et al.; METS study investigators. Assessment of functional capacity before major non-cardiac surgery: an international, prospective cohort study. *Lancet.* 2018 Jun;391(10140):2631–40. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31131-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31131-0) PMID:30070222
4. Wijeysondera DN, Beattie WS, Hillis GS, Abbott TE, Shulman MA, Ackland GL, et al.; Measurement of Exercise Tolerance before Surgery Study Investigators; International and National Coordinators; Central Project Office Operations Committee; CPET Methods Committee; Outcome Adjudication Committee; International Steering Committee. Integration of the Duke Activity Status Index into preoperative risk evaluation: a multicentre prospective cohort study. *Br J Anaesth.* 2020 Mar;124(3):261–70. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.11.025> PMID:31864719
5. James S, Jhanji S, Smith A, O'Brien G, Fitzgibbon M, Pearse RM. Comparison of the prognostic accuracy of scoring systems, cardiopulmonary exercise testing, and plasma biomarkers: a single-centre observational pilot study. *Br J Anaesth.* 2014 Mar;112(3):491–7. <https://doi.org/10.1093/bja/aet346> PMID:24148323

drjorgeantolnez@me.com

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3588-9781>