



## COMENTÁRIO EDITORIAL

# Será necessário um GRACE 3.0?

## Is a GRACE 3.0 needed?

Manuel de Sousa Almeida <sup>a,b,\*</sup>



<sup>a</sup> Unidade de Intervenção Cardiovascular, Hospital de Santa Cruz, CHLO, Carnaxide, Portugal

<sup>b</sup> Departamento de Fisiopatologia, Nova Medical School, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

Disponível na Internet a 28 de maio de 2015

Raposeiras-Roubín et al. reportam no presente número de RPC<sup>1</sup> um estudo original que identifica o *score Global Registry of Acute Coronary Events* (GRACE) como preditor independente para a ocorrência de morte e eventos cardiovasculares *major* entre a alta e os 30 dias, em doentes com síndrome coronária aguda (SCA).

A capacidade de identificar doentes com risco para a ocorrência de eventos clínicos, que ponham em risco a vida ou o prognóstico, é uma das missões prioritárias da medicina. Mas esta missão fará mais sentido se a identificação conduzir a uma estratégia terapêutica que reduza o risco. É este binómio que fundamenta a existência dos *scores* de risco, ferramentas de diagnóstico que melhorem não só a capacidade dos médicos identificarem os doentes com elevado risco, mas também a seleção das estratégias mais adequadas à redução deste risco.

De todos os *scores* existentes para estimar o risco associados à SCA, o GRACE é aquele que aparentemente o estima melhor<sup>2,3</sup>. O *score* de risco GRACE foi validado para identificar doentes com SCA e com risco de morte durante o internamento hospitalar<sup>4</sup> e aos 6 meses<sup>5</sup>, e aparentemente, segundo Raposeiras-Roubín<sup>1</sup>, também poderá ser usado para identificar doentes com SCA e risco de eventos cardiovasculares aos 30 dias.

Em relação ao presente artigo queria antes de mais dar os parabéns aos autores pela reduzida taxa de eventos

verificada na sua população. De facto, numa população de doentes consecutivos (*all-comers*) admitidos e tratados entre 2004-2010, 30% (n = 1332) dos quais com enfarte com elevação de ST (STEMI), 15,5% com Killip >2, a mortalidade observada entre a alta e os 30 dias foi de 0,7%, 1% de re-EAM, 1,3% de ICC, 0,2% de AVC e uma taxa de eventos combinados de 2,7%. Estes números refletem não só a excelência do centro, mas certamente o impacto de estratégias terapêuticas recentes, mais eficazes e seguras dos que as praticadas no registo GRACE, efetuado cinco anos antes, previamente à existência de *stents* eluidores de fármacos e em plena era dos inibidores 2b3a. Basta referir a incidência de revascularização coronária por angioplastia, que foi de 64,5% no presente estudo e de apenas metade (28%) no GRACE<sup>4</sup>, que ajuda a explicar em parte a diferença observada nos resultados clínicos no internamento hospitalar e após alta. Com isto pretendo chamar a atenção para o facto de que a realidade que gerou o *score* de risco GRACE não é a atual. É mais simples identificar um evento com uma incidência de 6-7% do que 0,7%, dez vezes menor. A ferramenta que foi desenhada para ser aplicada no primeiro contexto pode falhar no segundo.

A aplicação do *score* de risco de GRACE pelos autores identificou 37,9% dos doentes (1601 doentes) com elevado risco para a ocorrência de morte que verdadeiramente ocorreu apenas em 11 doentes (0,7%), no que resulta um valor preditivo positivo de 5,3%, demasiado baixo, o que torna o *score* de risco GRACE inadequado para selecionar estratégias terapêuticas mais agressivas, de maior risco e de custo mais elevado.

Precisamos de *scores* capazes de identificar doentes com elevado risco de eventos cardiovasculares *major* com maior

DOI do artigo original: <http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2014.11.020>

\* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: [almeidams@sapo.pt](mailto:almeidams@sapo.pt)

precisão, a quem uma estratégia mais agressiva seja mais eficaz na prevenção, compensando o maior risco e custo. A contrapartida pode ser talvez um *score* mais complexo, mas que traduza melhor a realidade atual, mesmo que o preço a pagar seja menor aderência dos clínicos.

Uma lupa, um instrumento simples e suficiente para avaliar um objeto macroscópico é claramente inútil para o mundo microscópico, sendo necessário instrumentos mais potentes e de maior precisão, mesmo que mais complexos. É necessário um *score* GRACE 3.0.

## Bibliografia

1. Raposeiras-Roubín S, Abu-Assi E, Cambeiro-González C, et al. Mortality and cardiovascular morbidity within 30 days of acute coronary syndrome in a contemporary European cohort of patients: How can early risk prediction be improved? The six-month GRACE risk score. *Rev Port Cardiol.* 2015;34(6):383–91.
2. De Araujo Goncalves P, Ferreira J, Aguiar C, et al. TIMI, PURSUIT, and GRACE risk scores: sustained prognostic value and interaction with revascularization in NSTEMI-ACS. *Eur Heart J.* 2005;26(9):865–72.
3. Yan AT, Yan RT, Tan M, et al. Risk scores for risk stratification in acute coronary syndromes: useful but simpler is not necessarily better. *Eur Heart J.* 2007;28(9):1072–8.
4. Steg PG, Goldberg RJ, Gore JM, et al. Baseline characteristics, management practices, and in-hospital outcomes of patients hospitalized with acute coronary syndromes in the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *Am J Cardiol.* 2002;90(4):358–63.
5. Goldberg RJ, Currie K, White K, et al. Six-month outcomes in a multinational registry of patients hospitalized with an acute coronary syndrome (The Global Registry of Acute Coronary Events [GRACE]). *Am J Cardiol.* 2004;93(3):288–93.