



7002-13. MANEJO FARMACOLÓGICO Y PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y EDAD > 65 AÑOS EN FUNCIÓN DEL RIESGO HEMORRÁGICO E ISQUÉMICO

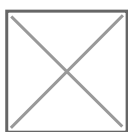
Alberto Cordero¹, Moisés Rodríguez-Manero², José María Acuña², Álvaro Martínez², Diego Iglesias-Álvarez², Pedro Rigueiro², Vicente Bertomeu-Martínez¹ y José Ramón González-Juanatey² del ¹Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante (Alicante) y ²Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela (A Coruña).

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome coronario agudo (SCA) es un proceso aterotrombótico que tiene la antiagregación una de las bases del tratamiento. Esta terapia y especialmente la doble antiagregación induce un mayor riesgo de hemorragias. Actualmente contamos con la escala GRACE para la valoración del riesgo isquémico y la escala CRUSADE para el riesgo hemorrágico. El objetivo de nuestro estudio fue analizar el manejo y pronóstico de pacientes con SCA en función de ambas escalas en los pacientes con edad > 65 años.

Métodos: Incluimos todos los pacientes consecutivos con SCA de 2 centros y consideramos alto riesgo isquémico GRACE > 140 y alto riesgo hemorrágico CRUSADE > 50.

Resultados: Incluimos 4.286 pacientes, 64,4% varones, edad media 76,0 (6,8) de años y 37,1% SCA con elevación del segmento ST. El 68,2% presentaron bajo riesgo por bajas escalas (grupo 1), el 11,1% alto riesgo por ambas (grupo 4), el 14,7% solo alto riesgo isquémico (grupo 2) y el 6,0% solo alto riesgo hemorrágico (grupo 3). Se realizó cateterismo en el 86,9% de los pacientes: grupo 1: 90%; grupo 2: 80%; grupo 3: 84,4%; grupo 4: 74,4%. La tasa de revascularización global fue del 63% y también encontramos diferencias significativas entre los grupos (grupo 1: 65,7%; grupo 2: 62,7%; grupo 3: 49,8%; grupo 4: 53,7%). La mortalidad hospitalaria global fue 7,7%, con amplias diferencias estadísticas entre los grupos: grupo 1: 2,1%; grupo 2: 14,6%; grupo 3: 6,2%; grupo 4 (33,3%). El 90,9% de los pacientes recibieron antiagregación al alta y se observó una tasa significativamente inferior ($p < 0,01$) en los pacientes del grupo 3 (88,8%) y del grupo 4 (86,8%). El 68,1% recibieron doble antiagregación y también fue significativamente inferior en los grupo 3 (55,2%) y 4 (61,3%). Durante el seguimiento, mediana 47 meses (rango intercuartílico 23,0-73,0), se observaron claras diferencias en la mortalidad por causa cardiovascular (fig.). El análisis multivariante identificó el mayor riesgo de muerte cardiovascular en los pacientes del grupo 4 (HR: 2,81 IC95% 1,97-4,02; $p < 0,01$), seguidos del grupo 3 (HR: 2,17 IC95% 1,44-3,26; $p < 0,01$) y el grupo 2 (HR: 1,33, IC95% 1,10-1,80; $p = 0,04$).



Conclusiones: La escala de riesgo hemorrágico modifica significativamente la predicción del riesgo isquémico y la utilización conjunta identifica a los pacientes con peor pronóstico, tanto en la fase hospitalaria como largo plazo.