



4008-6. INFRAESTIMACIÓN DEL RIESGO DE MORTALIDAD HOSPITALARIA Y AL AÑO EN PACIENTES ANCIANOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CLASIFICADOS COMO DE RIESGO BAJO POR LA ESCALA GRACE

Alberto Cordero Fort, Ramón López-Palop, Pilar Carrillo, Amin El Amrani, Rubén Martínez, María García-Carrilero, Clara Gunturiz y Vicente Bertomeu-Martínez del Hospital Universitario de San Juan, Alicante.

Resumen

Introducción y objetivos: La escala GRACE se considera la referencia para la estimación del riesgo individual de mortalidad en el síndrome coronario agudo (SCA). Los pacientes ancianos presentan más comorbilidades y mayor mortalidad y esta escala podría no estimar correctamente su riesgo real.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo de todos los pacientes consecutivos ingresados por SCA en un único centro. Se consideraron ancianos los pacientes > 75 años. La presencia de comorbilidades se evaluó mediante el índice de Charlson. Se clasificó a los pacientes por la escala GRACE en riesgo bajo (< 108), intermedio (109-140) o alto (> 140).

Resultados: Incluimos 1.128 pacientes, edad media $38,7 \pm 12,8$ años. El 34,0% tenían > 75 años y fueron significativamente más frecuentemente mujeres (39,4% frente a 21,2%) con mayor prevalencia de todos los factores de riesgo, excepto dislipemia y tabaquismo activo; además presentaron mayor índice de Charlson ($3,2 \pm 2,1$ frente a $2,7 \pm 2,0$; $p < 0,01$) y mayor GRACE ($156,5 \pm 35,3$ frente a $120,1 \pm 32,0$; $p < 0,01$). Los pacientes ancianos ingresaron menos por SCACEST (27,8% frente a 35,1%; $p = 0,01$) y se les realizó menos angioplastia primaria (80,2% frente a 97,2%; $p < 0,01$) y menos revascularización por cualquier SCA (74,8% frente a 89,5%; $p < 0,01$). La mortalidad hospitalaria fue superior en los pacientes ancianos (9,0% frente a 2,2%; $p < 0,01$) pero cuando se analizó cada categoría de riesgo solo se observó mayor mortalidad de los ancianos en la de bajo riesgo (4,2% frente a 0,2%; $p < 0,01$). Durante el primer año tras el alta (mediana 370 días) los pacientes ancianos presentaron mayor mortalidad cardiovascular (30,8% frente a 8,2%; \log -rank $p < 0,01$) y por cualquier causa (27,9% frente a 7,9%; \log -rank $p < 0,01$); cuando analizó por categoría de riesgo se observó mayor mortalidad cardiovascular (7,4% frente a 1,4%; \log -rank $p < 0,01$) y por cualquier causa (11,0% frente a 1,9%; \log -rank $p < 0,01$) en los ancianos solo en la categoría de bajo riesgo. El análisis multivariante, realizado mediante regresión de Cox, identificó mayor mortalidad asociada a edad > 75 años (HR: 2,50 IC95% 1,38-4,58) y la escala GRACE (1,03 IC95% 1,02-1,04); la edad > 75 años solo se asoció a mayor mortalidad en los de bajo riesgo (HR: 3,6 IC95% 1,4-8,1).

Conclusiones: La escala GRACE infraestima el riesgo de mortalidad hospitalaria y al año de los pacientes ancianos ingresados por SCA únicamente en los que son clasificados como de bajo riesgo.