



7007-9. COMPARACIÓN DE LAS ESCALAS DE GRACE Y CRUSADE PARA PREDECIR EVENTOS HOSPITALARIOS EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

María José Sánchez Galián¹, Pedro J. Flores Blanco¹, Ángel López Cuenca¹, Miriam Gómez Molina¹, Francisco José Pastor Pérez¹, Esther Guerrero Pérez¹, Mariano Valdés¹ y Sergio Manzano-Fernández² del ¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia) y ²Universidad de Murcia.

Resumen

Introducción y objetivos: La estratificación del riesgo isquémico y hemorrágico tiene un papel fundamental en el manejo de pacientes con síndrome coronario agudo (SCA). El objetivo de este trabajo fue comparar la capacidad de las escalas de GRACE y CRUSADE para predecir la mortalidad intrahospitalaria y el sangrado mayor (SM) en una población de SCA.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de un registro prospectivo que incluía 1587 pacientes consecutivos con SCA. La mortalidad intrahospitalaria y los SM fueron registrados en todos. El SM se acorde a las definiciones de CRUSADE y BARC tipos 3 a 5. Los pacientes sometidos a revascularización coronaria quirúrgica (n = 83) y los que presentaron datos perdidos para calcular las escalas fueron excluidos (n = 37).

Resultados: 71 pacientes (4,5%) fallecieron y 37 (2,3%) presentaron SM. En la población global, el análisis de la curva ROC mostró que la escala de GRACE tenía mejor capacidad discriminativa que la escala CRUSADE tanto para la mortalidad intrahospitalaria como para el SM (tabla). Sin embargo, ambas escalas mostraron baja capacidad discriminatoria para predecir SM en pacientes añosos y con fibrilación auricular, mientras que la escala CRUSADE también presentó una pobre capacidad predictiva en pacientes con tasa de filtrado glomerular 60 ml/min y en aquellos bajo tratamiento con nuevos antiagregantes. La calibración fue aceptable para ambas escalas (valores de H-L $p > 0,05$ en todos los casos). Finalmente, tras realizar análisis de reclasificación encontramos que la escala de GRACE presentaba una mejor capacidad predictiva que la escala CRUSADE para predecir mortalidad (NRI: 22,5%) y SM (NRI: 17,6%), ambos con $p < 0,05$.

Capacidad discriminativa de las escalas GRACE y CRUSADE

Mortalidad			Sangrado BARC			Sangrado CRUSADE		
BARC	CRUSADE		BARC	CRUSADE		BARC	CRUSADE	
AUC	AUC	p	AUC	AUC	p	AUC	AUC	p

Todos pacientes	0,86	0,79	0,018	0,80	0,73	0,028	0,79	0,79	0,921
Edad									
> 75 años	0,77	0,73	0,215	0,60	0,50	0,067	0,61	0,59	0,680
75 años	0,86	0,78	0,079	0,87	0,83	0,375	0,86	0,89	0,668
Tasa de filtrado glomerular									
60 ml/min	0,81	0,75	0,169	0,74	0,65	0,142	0,71	0,71	0,826
> 60 ml/min	0,85	0,81	0,008	0,81	0,75	0,055	0,81	0,79	0,894
Fibrilación auricular									
Sí	0,78	0,74	0,460	0,69	0,62	0,301	0,67	0,63	0,374
No	0,86	0,79	0,034	0,81	0,73	0,029	0,81	0,81	0,832
Nuevos antiagregantes									
Sí	0,94	0,99	0,089	0,72	0,49	0,005	0,52	0,50	1,000
No	0,84	0,76	0,004	0,79	0,72	0,030	0,78	0,76	0,608

Conclusiones: La escala de GRACE tiene mejor capacidad para predecir tanto la mortalidad intrahospitalaria como el SM. De acuerdo con estos resultados, nuestro grupo propone el empleo de la escala GRACE como única escala para predecir estas complicaciones intrahospitalarias.