



6011-129. LA ESCALA CHA₂DS₂-VASC PREDICE MORTALIDAD Y REINGRESOS HOSPITALARIOS EN PACIENTES OCTOGENARIOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Alberto Vera Sainz¹, Pablo Díez-Villanueva¹, Albert Ariza Solé², Francesc Formiga Pérez², Manuel Martínez Sellés³, Oriol Alegre Canals², Juan Sanchis Forés⁴, Francisco Marín⁵, María Teresa Vidán³, Ramón López Palop⁶, Emad Abu-Assi⁷, Héctor Bueno Zamora⁸ y Fernando Alfonso¹, del ¹Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, ²Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet del Llobregat (Barcelona), ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, ⁴Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, ⁵Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), ⁶Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante (Alicante), ⁷Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra) y ⁸Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La escala CHA₂DS₂-VASC se utiliza habitualmente para predecir el riesgo tromboembólico en pacientes con fibrilación auricular (FA). El objetivo de nuestro estudio fue determinar si esta escala puede predecir eventos en pacientes ancianos con un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST).

Métodos: El registro LONGEVO-SCA incluyó, de forma prospectiva y multicéntrica, 532 pacientes > 80 años con SCASEST. Se disponía de datos para calcular la escala CHA₂DS₂-VASC en 523 pacientes (98,3%). Los pacientes fueron clasificados en 2 grupos en función del CHA₂DS₂-VASC: grupo 1 (CHA₂DS₂-VASC 0-4), y grupo 2 (CHA₂DS₂-VASC 5-9). Estudiamos eventos en términos de mortalidad y reingreso a 6 meses.

Resultados: 266 pacientes (51%) tenía un CHA₂DS₂-VASC elevado (grupo 2). Eran más frecuentemente mujeres, con más factores de riesgo cardiovascular como hipertensión o diabetes, y más antecedentes de ictus, enfermedad cardiovascular e insuficiencia cardiaca (todos, p = 0,001). Los síndromes geriátricos (índice de Barthel, Lawton-Brody, deterioro cognitivo y fragilidad) y el índice de Charlson fueron peores en este grupo (todos, p = 0,001). El grupo 2 tenía peor situación clínica al ingreso con peor clase Killip y menor fracción de eyección (todos, p = 0,001) y tuvieron más fibrilación auricular de reciente diagnóstico durante el ingreso (12,4 frente a 6,6%, p = 0,024). A 6 meses los pacientes del grupo 2 tenían mayores tasas de reinfarto, mortalidad por todas las causas y el combinado de mortalidad o reingreso (todos, p = 0,001) (tabla). Un CHA₂DS₂-VASC > 4 predice mortalidad (HR 2,60 [IC95% 1,48-4,55], p 0,001) y se asocia a mortalidad y reingreso a 6 meses (HR 2,07 [IC95% 1,51-2,84], p 0,001) (figura).

CHA ₂ DS ₂ -VASC 0-4 (n = 257)	CHA ₂ DS ₂ -VASC > 4 (n = 266)	p
--	--	---

Índice de Barthel (media, DE)	94 (13)	85 (22)	0,001
Lawton Brody (media, DE)	6,2 (2)	4,9 (3)	0,001
Índice de Charlson (media, DE)	1,5 (1)	3,3 (2)	0,001
Deterioro cognitivo			
No, n (%)	201 (79,1)	155 (58,7)	0,001
Leve, n (%)	49 (19,3)	100 (37,9)	
Grave, n (%)	4 (1,6)	9 (3,4)	
Riesgo nutricional (MNA-SF*)	122 (48)	149 (57,1)	0,040
Fragilidad (escala FRAIL)			
No frágil, n (%)	111 (43,2)	69 (25,9)	0,001
Prefrágil, n (%)	102 (39,7)	101 (38)	
Frágil, n (%)	44 (17,1)	96 (36,1)	
Eventos a 6 meses			
Reinfarto, n (%)	10 (4)	32 (13)	0,001
Mortalidad o reingreso, n (%)	61 (24,5)	110 (43,3)	0,001
Mortalidad por todas las causas, n (%)	17 (6,8)	45 (17,7)	0,001



Conclusiones: Un $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc} > 4$ está presente en la mitad de los octogenarios ingresados por un SCASEST y se asocia a peores eventos.