



5014-7. SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN NONANGENARIOS: ¿DISPONEMOS DE ESCALAS DE RIESGO FIABLES?

Marc Llagostera Martín¹, Pedro Luis Cepas Guillén², Julio César Echarte Morales³, Eduardo Martínez Gómez⁴, Miguel Castillo², Javier Borrego Rodríguez³, Ana Viana Tejedor⁴, Pablo Vidal², Carlos Minguito Carazo³, Xavier Quiroga Arbonés¹, Antonio Fernández Ortiz⁴, Xavier Freixa Rofastes², Alba Martín Centellas³, Francisco Javier Noriega Sanz⁴, Guillem Caldentey Adrover¹, Felipe Fernández-Vázquez³ y Manuel Sabaté²

¹Hospital del Mar, Barcelona. ²Hospital Clínic, Barcelona. ³Complejo Asistencial Universitario de León. ⁴Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La escala de riesgo GRACE ha sido ampliamente validada para determinar la probabilidad de mortalidad en el seno de un síndrome coronario agudo (SCA). Sin embargo su utilidad en nonagenarios, un grupo de población con mayor comorbilidad, no ha sido adecuadamente evaluada. Las escalas Barthel y Charlson podrían ser herramientas útiles para predecir acontecimientos en esta población. El objetivo de este estudio fue evaluar la potencial aplicabilidad de la escala de riesgo GRACE y 2 escalas de comorbilidad (Charlson y Barthel) para estimar el pronóstico de pacientes nonagenarios con SCA.

Métodos: Se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes con edad igual o superior a 90 años, ingresados por infarto de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) y sin elevación del ST (IAMSEST) en cuatro hospitales de tercer nivel, entre 2005 y 2018. Se excluyeron los pacientes con infarto de miocardio tipo 2. Se obtuvieron datos basales y procedimentales. Se analizó la mortalidad global y cardiovascular, durante el ingreso y a 1 año de seguimiento. La precisión de las escalas fue evaluada mediante el área bajo la curva ROC (AUC).

Resultados: Se analizaron un total de 444 pacientes (edad media $92,6 \pm 2,4$ años, 60% mujeres). Aproximadamente la mitad de los pacientes ($n = 241$, 54%) fueron ingresados por IAMCEST y el resto ($n = 203$, 46%) por IAMSEST. En la cohorte global, la escala GRACE presentó una precisión moderada para estimar mortalidad intrahospitalaria y a 1 año de seguimiento (AUC 0,64; IC95% 0,59-0,69 y AUC 0,62; IC95% 0,57-0,67, respectivamente). Solamente en el subgrupo de IAMSEST, el AUC de la escala GRACE fue mejor para predecir mortalidad intrahospitalaria, 0,70 (IC95% 0,63-0,77). Ni la escala Charlson ni Barthel, mostraron mejor capacidad predictiva que GRACE (AUC 0,60).

Valores de AUC con IC95% para mortalidad intrahospitalaria, mortalidad global a 1 año de seguimiento y mortalidad cardiovascular a 1 año de seguimiento según diagnóstico inicial (IAMCEST e IAMSEST)

Mortalidad intrahospitalaria	0,58 (0,54-0,63)	0,59 (0,54-0,64)	0,64 (0,59-0,69)
------------------------------	------------------	------------------	------------------

Mortalidad intrahospitalaria por subgrupo diagnóstico

IAMCEST	0,59 (0,52-0,65)	0,59 (0,53-0,65)	0,59 (0,53-0,65)
IAMSEST	0,61 (0,54-0,68)	0,60 (0,53-0,67)	0,70 (0,63-0,77)
Mortalidad global a 1 año	0,59 (0,54-0,64)	0,60 (0,55-0,65)	0,62 (0,57-0,67)
Mortalidad cardiovascular a 1 año	0,59 (0,54-0,64)	0,59 (0,55-0,65)	0,63 (0,58-0,67)

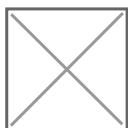
Mortalidad global a 1 año y por subgrupo diagnóstico

IAMCEST	0,60 (0,53-0,66)	0,60 (0,54-0,67)	0,64 (0,57-0,70)
IAMSEST	0,58 (0,51-0,65)	0,60 (0,52-0,67)	0,61 (0,53-0,68)

Mortalidad cardiovascular a 1 año y por subgrupo diagnóstico

IAMCEST	0,60 (0,54-0,67)	0,66 (0,58-0,70)	0,60 (0,54-0,67)
IAMSEST	0,58 (0,51-0,65)	0,54 (0,47-0,62)	0,63 (0,56-0,70)

AUC: área bajo la curva ROC; IAMCEST: infarto de miocardio con elevación del ST; IAMSEST: infarto de miocardio sin elevación del ST.



Curvas ROC-GRACE para mortalidad intrahospitalaria y global y por subgrupos diagnósticos.

Conclusiones: La escala de riesgo GRACE presenta una precisión moderada en la estimación del riesgo de mortalidad en pacientes nonagenarios ingresados por SCA. Las escalas Charlson y Barthel no mejoran el valor predictivo del GRACE. Por ello, debe realizarse una evaluación individualizada a la hora de tomar decisiones terapéuticas en este grupo especial de pacientes.