

Tabla 2

Prevalencia de sujetos metabólicamente sanos y número de componentes del síndrome metabólico según la edad

Edad (años) (N)	Varones				Mujeres			
	MS (%)	1 componente (%)	2 componentes (%)	3 componentes (%)	MS (%)	1 componente (%)	2 componentes (%)	3 componentes (%)
18-24 (V = 77, M = 318)	96,54	3,09	0,37	0	95,96	2,29	1,05	0,70
25-34 (V = 215, M = 1.277)	81,05	14,01	4,06	0,88	87,09	6,52	2,89	3,50
35-44 (V = 276, M = 1.652)	60,67	18,29	14,02	7,02	70,23	15,91	7,79	6,07
45-54 (V = 250, M = 1.515)	40,39	23,75	19,19	16,67	35,70	29,18	19,70	15,42
55-64 (V = 255, M = 1.131)	14,10	23,75	27,68	34,47	6,63	27,85	34,68	30,84
65-74 (V = 216, M = 1.131)	12,25	17,10	34,69	35,96	4,40	18,25	33,89	43,46
Total muestra: 18-74 (V = 1.289, M = 6.683)	48,07	27,13	17,46	7,35	57,87	24,90	12,53	4,70
$\chi^2 = 510,68; p < 0,001$					$\chi^2 = 569,71; p < 0,01$			

M: mujeres; MS: metabólicamente sanos; V: varones.

factor de riesgo metabólico al inicio presentaron comorbilidad metabólica al final del estudio. En ambos casos, el periodo entre la cuarta y la quinta décadas de la vida resultó clave para el incremento de las patologías que componen el síndrome metabólico en las personas con sobrecarga ponderal.

El mayor interés que la población femenina manifiesta por perder peso, y en consecuencia por acudir a una consulta dietética, ha llevado a un desequilibrio entre el número de varones y mujeres que componen la muestra. Este hecho constituye una limitación, al igual que el carácter transversal de la investigación y la toma de datos de un proveedor único. Por otra parte, el análisis de la obesidad abdominal, aún en proceso, aportará más luz sobre la asociación entre el exceso de peso y el resto de los componentes del síndrome metabólico. No obstante, los resultados preliminares aquí mostrados ofrecen un panorama de la prevalencia de los componentes del síndrome metabólico en la población española con sobrepeso u obesidad, y apoyan la hipótesis de que el curso natural de la denominada obesidad sana es un progresivo deterioro cardiometabólico.

María Dolores Marrodán Serrano^{a,b,*},
Jesús Román Martínez-Álvarez^{a,c}, María Sánchez-Álvarez^{a,b},
Noemí López-Ejeda^{a,b}, Irene Alférez García^d
y Antonio Villarino Marín^{a,c}

^aGrupo de Investigación EPINUT, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^bDepartamento de Zoología y Antropología Física, Facultad de Biología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^cSociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación (SEDCA), Madrid, España

^dLaboratorios Arkopharma, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: marrodan@ucm.es (M.D. Marrodán Serrano).

On-line el 13 de enero de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Acevedo P, López-Ejeda N, Alférez-García I, Martínez-Álvarez JR, Villarino A, Cabañas MD, et al. Body mass index through self-reported data and body image perception in Spanish adults attending dietary consultation. *Nutrition*. 2014;30:679–84.
2. World Medical Association (WMA). Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. 59th General Assembly (Seoul, Korea). [Citado 1 febrero 2013]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c.pdf>
3. International Diabetes Federation. The IDF consensus worldwide definition of the Metabolic Syndrome. 2006. [Citado 15 enero 2015]. Disponible en: http://www.idf.org/webdata/docs/IDF_Meta_def_final.pdf
4. Lopez-Garcia E, Guallar-Castillon P, Leon-Munoz L, Rodriguez-Artalejo F. Prevalence and determinants of metabolically healthy obesity in Spain. *Atherosclerosis*. 2013;231:152–7.
5. Soriguer F, Gutiérrez-Repiso C, Rubio-Martín E, García-Fuentes E, Alamaraz MC, Colomo N, et al. Metabolically healthy but obese, a matter of time? Findings from the prospective Pizarra study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2013;98:2318–25.
6. Bell JA, Hamer M, Sabia S, Singh-Manoux A, Batty GD, Kivimaki M. The natural course of healthy obesity over 20 years. *J Am Coll Cardiol*. 2015;65:101–2.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.09.026>

Valor pronóstico de la puntuación SYNTAX residual en pacientes octogenarios con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST

Prognostic Value of the Residual SYNTAX Score in Octogenarian Patients With Non-ST-elevation Acute Coronary Syndrome

Sr. Editor:

El tratamiento invasivo de pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) de alto riesgo se ha



demostrado beneficioso en términos pronósticos de mortalidad cardiovascular y reinfarto¹. La prevalencia de enfermedad multi-vaso ronda el 50%, y hay consenso sobre el beneficio de la revascularización completa del árbol coronario¹.

Los pacientes mayores de 75 años, poco representados en los estudios, suponen hasta un 35% del total¹. Si bien existe beneficio con un tratamiento invasivo², el porcentaje de pacientes sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP) y/o revascularización completa es bajo en comparación con los más jóvenes^{1,2}.

Se observa un creciente interés en la carga de enfermedad residual tras una ICP. La puntuación SYNTAX (SYnergy between PCI with TAXus and cardiac surgery) residual (PSr), descrita por

Tabla

Características basales y las variables al ingreso de los pacientes en función de la puntuación SYNTAX residual

Variable	Global n = 76	PSr < 8 n = 21	PSr 8-20 n = 37	PSr > 20 n = 18	p
Sexo (mujeres) (%)	57,9 (n = 44)	57 (n = 12)	62 (n = 23)	50 (n = 9)	0,69
Edad (años)	84 ± 2,8	84,3 ± 2,9	84,05 ± 2,9	84,5 ± 2,6	0,86
Hipertensión (%)	94,7 (n = 72)	95,2 (n = 20)	97,3 (n = 36)	88,9 (n = 16)	0,42
Diabetes (%)	42,1 (n = 32)	42,9 (n = 9)	37,8 (n = 14)	50 (n = 9)	0,69
EPOC (%)	15,8 (n = 12)	9,5 (n = 2)	13,5 (n = 5)	27,7 (n = 5)	0,25
EVP (%)	26,3 (n = 20)	19 (n = 4)	21,6 (n = 8)	44,4 (n = 8)	0,13
CIC previa (%)	38,2 (n = 29)	23,8 (n = 5)	45,9 (n = 17)	38,9 (n = 7)	0,24
Ictus previo (%)	18,4 (n = 14)	19 (n = 4)	8 (n = 3)	38,9 (n = 7)	0,022
FEVI (%)	52,9 ± 9,8	53,8 ± 11,1	52,97 ± 10,2	51,94 ± 7,9	0,844
Creatinina (mg/dl)	1,3 ± 0,55	1,16 ± 0,24	1,16 ± 0,31	1,74 ± 0,89	0,001
Cambios en el ECG (%)	93,4 (n = 71)	90,5 (n = 19)	91,9 (n = 34)	100 (n = 18)	0,42
Elevación de troponinas (%)	92,1 (n = 70)	85,8 (n = 18)	91,9 (n = 34)	100 (n = 18)	0,25
Killip > I (%)	47,4 (n = 39)	33,3 (n = 7)	43,2 (n = 16)	72,2 (n = 13)	0,04
Tres vasos (%)	68,4 (n = 52)	52,4 (n = 11)	92,2 (n = 33)	94,4 (n = 17)	0,001
Tronco izquierdo (%)	31,6 (n = 24)	52,4 (n = 11)	13,5 (n = 5)	44,4 (n = 8)	0,004
PSb < 22 (%)	18,4 (n = 14)	42,9 (n = 9)	10,8 (n = 4)	5,6 (n = 1)	0,001*
PSb 22-32 (%)	38,2 (n = 29)	42,9 (n = 9)	48,6 (n = 18)	11,1 (n = 2)	
PSb > 32 (%)	43,4 (n = 33)	14,3 (n = 3)	40,5 (n = 15)	83,3 (n = 15)	
N° lesiones	3,75 ± 1,5	2,7 ± 1,1	4,05 ± 1,2	4,39 ± 1,7	0,001
SFA (%)	60,5 (n = 46)	90,5 (n = 2)	54,1 (n = 20)	38,9 (n = 7)	0,001
Revascularizable (%)	69,7 (n = 53)	28,6 (n = 6)	83,8 (n = 31)	88,9 (n = 16)	0,001
GRACE mort/IAM al ingreso (%)	34,9 ± 20,7	24,8	32,2	54,4	0,002
GRACE mort/IAM 6 m (%)	47,9 ± 15,7	41	46	61	0,001
CHARLSON	2,4 ± 1,02	2,1 ± 0,8	2,4 ± 0,96	2,7 ± 1,3	0,161

CIC: cardiopatía isquémica crónica; ECG: electrocardiograma; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; EVP: enfermedad vascular periférica; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; GRACE mort/IAM al ingreso y 6 m: riesgo de mortalidad e infarto agudo de miocardio según la puntuación GRACE al ingreso y a los 6 meses; N° lesiones: número de lesiones coronarias por paciente; PSb: puntuación SYNTAX basal; PSr: puntuación SYNTAX residual; SFA: *stent* farmacológico; Tres vasos: enfermedad coronaria de tres vasos.

Las variables cuantitativas continuas se expresan como media ± desviación típica.

* p resultante de la comparación global de la PSb y la PSr.

Généreux et al³, se ha demostrado como un potente factor pronóstico de eventos coronarios y mortalidad total en pacientes sometidos a ICP³.

El objetivo del estudio fue investigar el valor predictivo de la PSr en una muestra de pacientes octogenarios con SCASEST y enfermedad multivascular.

Se analizaron retrospectivamente los datos personales de 76 pacientes consecutivos, mayores de 80 años, ingresados en un hospital terciario por SCASEST entre junio de 2013 y junio de 2014, para quienes se decidió tratamiento invasivo. Todos tenían enfermedad multivascular. Se realizó ICP según el criterio de su médico responsable, en un centro proclive a la ICP aislada de la lesión causal en población frágil. La variable principal del estudio fue un combinado de mortalidad total e infarto de miocardio durante el ingreso (aumento de cinco veces el valor basal de troponina) y a los 6 meses. Se calculó la puntuación GRACE (*Global Registry of Acute Coronary Events*) de mortalidad e infarto al ingreso y a 6 meses, la puntuación SYNTAX basal (PSb), la PSr y la puntuación Charlson de comorbilidad. De acuerdo con estudios previos³, se establecieron tres grupos/terciles en función de la puntuación de la PSb y la PSr (tabla). Dos cardiólogos intervencionistas analizaron las lesiones no tratadas y consideraron a los pacientes como «revascularizables» si existía alguna tratable. Se realizó finalmente un análisis multivariante con las puntuaciones GRACE, Charlson, PSb/PSr, fracción de eyección del ventrículo izquierdo, edad, creatinina, uso de *stents* farmacológicos y enfermedad de tronco/tres vasos, mediante regresión logística al ingreso y en el seguimiento.

Las características basales y las variables al ingreso en función de la PSr se muestran en la tabla. El hallazgo más frecuente fue enfermedad coronaria de tres vasos (68,4%), con un 31,6% de pacientes con enfermedad de tronco izquierdo. Con respecto a la carga de enfermedad coronaria basal, en el 38,2% y el 43,4% de los pacientes se objetivó una PSb de 22-32 y > 32, respectivamente. Tras la ICP (60,5% con utilización de *stents* farmacológicos), el 27,6% de los pacientes quedaron con una PSr < 8, mientras que el 48,7% y el 23,7% mantuvieron una PSr de 8-20 y > 20, respectivamente. Los porcentajes de pacientes con lesiones potencialmente revascularizables tras la ICP fueron del 28,6%, el 83,8% y el 88,9%, respectivamente, en función del tercil de PSr.

Se observó la variable combinada en un 34,2% de los pacientes durante el ingreso (26 eventos: 4,7% con PSr < 8, 27,1% con PSr 8-20 y 83,3% con PSr > 20; p < 0,001) y en un 56,6% a los 6 meses (43 eventos: 14,3% con PSr < 8, 62,1% con PSr 8-20 y 94,4% con PSr > 20; p < 0,001). No hubo muertes en los pacientes del tercil con PSr < 8. Al ingreso hubo siete fallecimientos (dos con PSr 8-20 y cinco con PSr > 20; p = 0,006), y durante el seguimiento se produjeron 14 (cuatro con PSr 8-20 y 10 con PSr > 20; p < 0,001). La figura plasma la variable principal y la mortalidad total en función de la PSr. En el análisis multivariante para eventos durante el ingreso resultaron predictores significativos la puntuación GRACE [*odds ratio* (OR) = 1,07; intervalo de confianza del 95% (IC95%), 1,005-1,15; p = 0,036; área bajo la curva (ABC), 0,83; IC95%, 0,72-0,94; p < 0,001], la PSb (OR = 1,13; IC95%, 1,02-1,25; p = 0,023; ABC, 0,82; IC95%, 0,70-0,94; p < 0,001) y la PSr (OR = 3,4;

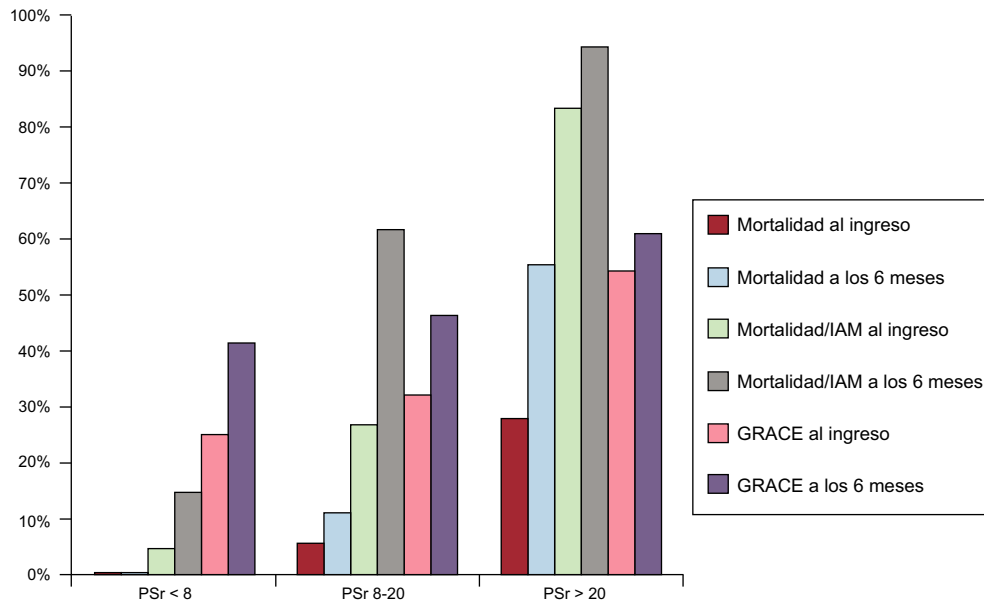


Figura. Mortalidad al ingreso, mortalidad a 6 meses, mortalidad/reinfarto al ingreso, mortalidad/infarto a 6 meses y puntuación GRACE de mortalidad/infarto al ingreso y a 6 meses, en función de los terciles de la puntuación SYNTAX residual. IAM: infarto agudo de miocardio; PSr: puntuación SYNTAX residual.

IC95%, 1,005-12,39; $p = 0,05$; ABC 0,86; IC95%, 0,76-0,96; $p < 0,001$). A los 6 meses, la puntuación GRACE (OR = 1,45; IC95%, 0,995-2,12; $p = 0,05$; ABC 0,75; IC95%, 0,62-0,86; $p = 0,002$), el PSb (OR = 1,33; IC95%, 1,11-1,59; $p = 0,002$; ABC 0,87; IC95%, 0,78-0,97; $p < 0,001$) y la PSr (OR = 9,4; IC95%, 1,61-55,1; $p = 0,013$; ABC 0,86; IC95%, 0,76-0,96; $p < 0,001$) fueron las variables que alcanzaron significación estadística. La PSb y la PSr fueron variables predictoras aisladas al eliminar una u otra de la ecuación, suprimiendo la posible colinealidad entre ambas.

Los resultados del estudio confirman la relevancia de la puntuación GRACE y de la PSb, y como novedad de la PSr, como predictoras de eventos cardiovasculares, específicamente en una población octogenaria con SCASEST y enfermedad multivascular.

A pesar de la tendencia existente al tratamiento conservador en los pacientes octogenarios², nuestros resultados podrían indicar que sería posible que una revascularización más extensa mejorara el pronóstico de los pacientes octogenarios con SCASEST. En nuestra opinión, la edad biológica y la fragilidad no deberían excluir por sí mismas una revascularización lo más completa posible. Una vez comprometida la necesidad de doble antiagregación al tratar el vaso implicado, el hecho de completar la revascularización no debería modificar ampliamente el riesgo y sí el beneficio. Aunque las diferencias de mortalidad podrían explicarse por una mayor comorbilidad del tercil superior (estadísticamente no significativa), consideramos que el riesgo cardiovascular inherente a las lesiones no tratadas puede desempeñar un papel importante.

Las limitaciones del estudio son las propias de los análisis retrospectivos, sumadas a un seguimiento limitado a 6 meses. A pesar de no poder controlar todos los posibles confundidores y disponer de un tamaño muestral limitado, las diferencias encontradas son lo bastante llamativas como para sugerir el valor pronóstico de la PSr.

En conclusión, consideramos que nuestros resultados ponen de manifiesto la importancia de la PSr como un potente predictor de eventos cardiovasculares en la población octogenaria con SCASEST, y sugieren que una revascularización más completa podría mejorar el pronóstico, aunque son necesarios estudios aleatorizados para confirmar esta hipótesis.

Felipe Díez-Delhoyo, Fernando Sarnago Cebada*, Luis Manuel Cressa, Allan Rivera-Juárez, Jaime Elízaga y Francisco Fernández-Avilés

Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

* Autor para correspondencia:
Correo electrónico: fscb2@hotmail.com (F. Sarnago Cebada).

On-line el 12 de enero de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Hamm CW, Bassand JP, Agewall S, Bax J, Boersma E, Bueno H, et al. Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del síndrome coronario agudo en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. Rev Esp Cardiol. 2012;65. 173.e1-e55.
2. Fox KA, Clayton TC, Damman P, Pocock SJ, de Winter RJ, Tijssen JG, et al. Long-term outcome of a routine versus selective invasive strategy in patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndrome a meta-analysis of individual patient data. J Am Coll Cardiol. 2010;55:2435-45.
3. Gènéreux P, Palmerini T, Caixeta A, Rosner G, Green P, Dressler O, et al. Quantification and impact of untreated coronary artery disease after percutaneous coronary intervention: the residual SYNTAX (Synergy Between PCI with Taxus and Cardiac Surgery) score. J Am Coll Cardiol. 2012;59:2165-74.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.09.024>