



ORIGINAL/SECCIÓN CLÍNICA

Síndrome coronario agudo en nonagenarios: evolución clínica y validación de las principales escalas de riesgo

Sandra Gómez-Talavera^a, Iván Núñez-Gil^{a,*}, David Vivas^a, Borja Ruiz-Mateos^b, Ana Viana-Tejedor^a, Agustín Martín-García^a, Javier Higuera-Nafría^a, Carlos Macaya^a y Antonio Fernández-Ortiz^a

^a Instituto Cardiovascular, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España

^b Servicio de Cardiología, Hospital de la Cruz Roja San José y Santa Adela, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de febrero de 2013

Aceptado el 27 de mayo de 2013

On-line el 20 de septiembre de 2013

Palabras clave:

Estratificación de riesgo
Síndrome coronario agudo
Escala de riesgo GRACE
Nonagenarios

R E S U M E N

Introducción: Existen escalas de riesgo que estiman adecuadamente la probabilidad de muerte en la fase aguda y el seguimiento de los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) como el GRACE, TIMI y ZWOLLE. El objetivo de nuestro estudio, además de determinar el pronóstico, fue valorar la validez de estas escalas en los nonagenarios ingresados en la unidad coronaria de nuestro centro.

Material y métodos: Análisis de todos los nonagenarios con SCA ingresados entre abril de 2003 y 2011 en una unidad coronaria. El estado vital se determinó a los 14, 30 días y 6 meses del episodio agudo y en el momento del seguimiento. Evaluamos dichas puntuaciones por medio del área bajo la curva ROC (ABC). **Resultados:** Se incluyeron 45 pacientes con SCA, 26 (57,8%) con elevación del ST y 19 (42,2%) sin elevación. El ABC para GRACE en mortalidad intrahospitalaria fue excelente: 0,91 (IC 95%: 0,82-1; $p < 0,001$). El GRACE para el episodio combinado de mortalidad o reinfarcto intrahospitalario fue 0,83 (IC 95%: 0,66-1; $p < 0,01$). El ABC del GRACE respecto a la mortalidad a los 6 meses fue 0,34 (IC 95%: 0,09-0,58; $p = 0,45$), y para el objetivo combinado de mortalidad o reinfarcto 0,51 (IC 95%: 0,26-0,77; $p = 0,95$). El ABC para las escalas TIMI y ZWOLLE no alcanzó significación estadística.

Conclusiones: Parece útil aplicar el instrumento GRACE para estimar el riesgo y la supervivencia de nonagenarios en la fase aguda de un SCA. Estos datos nos podrían ayudar para tomar las decisiones terapéuticas más adecuadas, invasivas o conservadoras.

© 2013 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Acute coronary syndrome in nonagenarians: Clinical evolution and validation of the main risk scores

A B S T R A C T

Keywords:

Risk stratification
Acute coronary syndrome
GRACE risk score
Nonagenarians

Introduction: Several risk scores regarding the probability of death/complications in the acute setting and during the follow-up of patients admitted with acute coronary syndromes (ACS) have been published, such as the GRACE, TIMI and ZWOLLE risk score. Our objective was to assess the prognosis of nonagenarians admitted to a coronary care unit with an ACS, as well as the usefulness of each of these scores.

Material and methods: A retrospective analysis was performed on nonagenarians with an ACS admitted between 2003 and 2011. Vital status was determined at 14, 30 days, and 6 months after the ACS, and later during the follow-up. The risk scores were evaluated by area under the curve ROC (AUC).

Results: A total of 45 patients with an ACS, 26 (57.8%) with ST-segment elevation and 19 (42.2%) with non-ST elevation. The GRACE-AUC for in-hospital mortality was excellent, 0.91, (95% CI: 0.82-1; $P < .001$), and for the combined event (in-hospital mortality and re-infarction) was 0.83 (95% CI: 0.66-1.0; $P < .01$). However, the GRACE-AUC at 6 months for mortality was 0.34 (95% CI: 0.09-0.58; $P = .45$), and for the combined event it was 0.51 (95% CI: 0.26-0.77; $P = .95$). The TIMI-AUC and ZWOLLE-AUC did not reach statistical significance.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ibnsky@yahoo.es (I. Núñez-Gil).

Conclusions: It is useful calculate the GRACE risk score in order to estimate risk and survival in the acute phase of ACS in nonagenarians. This can help appropriate in making invasive or conservative treatment decisions.

© 2013 SEGG. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El síndrome coronario agudo (SCA) es una de las enfermedades más prevalentes en nuestro medio. En los últimos años, junto a una mejor calidad de vida se ha producido un envejecimiento progresivo de la población. De tal forma, que cada vez es más habitual encontrar a sujetos nonagenarios entre los pacientes diagnosticados de SCA. Es probable que estos pacientes se beneficien de consideraciones especiales a la hora del tratamiento, pero son escasas las recomendaciones^{1,2} que nos guíen en la práctica clínica al tratarse de un grupo etario que suele ser por defecto excluido de ensayos clínicos. En las guías de práctica clínica existe consenso en la importancia de una estrategia invasiva en los pacientes con SCA con elevación persistente del segmento ST y en aquellos SCA de alto riesgo³. De aquí podemos deducir la importancia de una adecuada estratificación del riesgo en los pacientes con SCA. Existen buenas escalas de riesgo para los pacientes con SCA, dentro de estas se incluyen el *Global Registry of Acute Coronary Events* (GRACE)⁴, *Thrombolysis in Myocardial Infarction* (TIMI)^{5,6} y ZWOLLE^{7,8}. Sin embargo, sus puntos de corte no han sido validados en la población de nonagenarios y existe muy poca información al respecto.

Por todo esto, los objetivos del presente estudio han sido valorar la validez de las citadas escalas de riesgo en la población de nonagenarios ingresados por SCA en una unidad coronaria, ante la importancia de identificar la población con SCA de alto riesgo que se pueda beneficiar de estrategias de tratamiento invasivas⁹. Asimismo, se plantea determinar la evolución clínica que tienen los pacientes nonagenarios tratados por SCA en nuestro medio.

Material y métodos

Se ha llevado a cabo el análisis retrospectivo de todos los pacientes nonagenarios ingresados en la unidad coronaria con motivo del diagnóstico de un SCA, entre abril de 2003 y abril de 2011. Se recogieron las variables demográficas, clínicas y angiográficas de la base de datos de nuestra unidad coronaria. La información fue recogida durante el ingreso por los cardiólogos de dicha unidad. Los pacientes fueron tratados a criterio de sus médicos responsables, siguiendo las guías de práctica clínica al respecto^{3,10-14}.

Los instrumentos utilizados para evaluar el riesgo de episodios adversos fueron: La escala GRACE⁴ aplicable a SCA con y sin elevación persistente del segmento ST (SCACEST/SCASEST) permite estimar tanto la mortalidad como el combinado de muerte o reinfarto durante la estancia intrahospitalaria y a 6 meses del episodio agudo. El TIMI, en su escala para SCACEST⁶ estima la mortalidad a los 30 días por cualquier causa y para SCASEST⁵ la mortalidad a los 14 días o reinfarto. Y, por último, el ZWOLLE, únicamente aplicable a SCACEST estima la mortalidad a los 30 días tras el episodio agudo.

Los SCA se clasificaron en SCACEST, infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) y SCASEST, angina inestable e infarto agudo de miocardio sin elevación del ST (IAMSEST), según las más recientes guías de SCACEST/SCASEST^{3,14} y el documento de consenso de expertos sobre la tercera definición universal de infarto agudo de miocardio (IAM)¹⁵. No incluimos infartos tipo 2¹⁵. Se definió el IAMCEST en presencia de síntomas compatibles con la elevación persistente (>20 min) del segmento ST > 1 mm en al menos 2 derivaciones contiguas o bloqueo de rama izquierda no conocido y elevación de troponina I (Tn I > 0,05). Se definió IAMSEST en presencia de los síntomas compatibles que asociaran elevación

de Tn I > 0,05 con o sin cambios dinámicos del segmento ST (descenso > 1 mm o elevación no persistente en al menos 2 derivaciones contiguas). Por último, la angina inestable se definió en presencia de dolor torácico característico, con o sin alteraciones de la repolarización en el electrocardiograma basal, siendo la determinación de Tn I < 0,05 en las primeras 24 h tras el inicio de los síntomas.

En los pacientes con SCASEST, se calculó también el riesgo para sangrado mayor mediante la escala *Can rapid risk stratification of Unstable angina patients Suppress Adverse outcomes with Early implementation of the ACC/AHA Guidelines* (CRUSADE)^{16,17}. El objetivo de esta escala es ayudar en la estimación del riesgo de sangrado mayor intrahospitalario en los pacientes con SCASEST.

El seguimiento clínico para conocer el estado vital a los 14, 30 días y 6 meses del episodio agudo se realizó de forma retrospectiva, mediante la revisión de la historia clínica y las bases de datos de nuestro centro, completándolo con una llamada telefónica en la fecha de seguimiento a todos aquellos sujetos que no nos constaba que hubieran fallecido.

Análisis estadístico: se presentan las variables como media \pm desviación estándar, porcentajes o mediana (intervalo intercuartílico), según la cualidad y la distribución de la variable lo requiera. Los test empleados para comparar las mencionadas variables se eligieron según dichas características (χ^2 , *t* de Student, ANOVA, etc.). El rendimiento de los distintos scores de riesgo se evaluó por medio del área bajo la curva (ABC) en curvas ROC.

La discriminación de los scores se determinó a partir de su capacidad para distinguir a los pacientes que sufrirán un nuevo episodio coronario agudo y/o morirán en el ingreso o en el seguimiento a los 14 días, 30 días y 6 meses (variable según el score) de los que sobrevivirán. Esta capacidad se ha analizado mediante el cálculo del valor del área bajo la curva ROC (ABC). Un modelo con ABC entre 0,8-0,9 se considera que tiene una buena capacidad de discriminación¹⁸. Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el paquete SPSS® v.15 (SPSS® 2006, Chicago, Illinois, Estados Unidos). Para todos ellos, se consideró significativo un valor de *p* bilateral < 0,05.

Resultados

En total se evaluaron 45 pacientes; de ellos 26 (57,8%) presentaron un SCACEST y 19 (42,2%) SCASEST. La media de edad fue de 91,6 años. La distribución por sexo mostró un total de 22 varones (48,9%) y 23 mujeres (51,1%). Entre los factores de riesgo cardiovascular, la proporción de hipertensos fue mayor en nuestra serie que la de diabéticos y dislipémicos. La proporción de sujetos nonagenarios que habían tenido un infarto de miocardio previo fue de 10 (22,2%), de los cuales se habían sometido previamente a técnicas de revascularización miocárdica bien percutánea o quirúrgica 5 (11,1%). No se encontraron diferencias significativas entre el grupo con SCASEST/SCACEST (tabla 1).

La localización del infarto de miocardio más frecuente fue la anterior, seguida de la inferior. El resto de las características clínicas de la población al ingreso se pueden observar en la tabla 2.

La estancia media en la unidad coronaria fue de 1,56 días y en la planta de hospitalización de 8,10 días. El número de pacientes que fallecieron durante la hospitalización en la fase aguda, bien en la unidad coronaria o en planta fue de 10 (22,2%): 6 SCACEST (23,1%) y 4 SCASEST (21,1%). El Killip máximo más prevalente durante el ingreso fue Killip I en un total de 17 pacientes (37,7%). El número

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/938769>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/938769>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)