



CARTAS AL EDITOR

Predicción del riesgo en el paciente anciano con síndrome coronario agudo



Prediction of risk in the elderly patient with acute coronary syndrome

Sr. Editor:

Hemos leído con sumo interés, el artículo publicado por Gómez-Talavera et al.¹ sobre la aplicación de las principales escalas de riesgo en pacientes nonagenarios con síndrome coronario agudo (SCA). Compartimos con dichos autores el interés por esta área de conocimiento, pues la heterogeneidad y complejidad del proceso de envejecimiento², la creciente incidencia del SCA en las personas muy mayores³ y la casi nula representación de estos pacientes en los principales ensayos clínicos⁴, confieren una especial relevancia a la investigación en esta línea.

Nuestro grupo recientemente analizó la aplicación de los principales *scores* de riesgo hemorrágico en el paciente anciano con SCA, apreciando de forma consistente una menor capacidad discriminativa de los *scores* de riesgo CRUSADE, Mehran y ACTION en el subgrupo de pacientes mayores de 75 años⁵. Una de las principales hipótesis planteadas para justificar este peor rendimiento de las escalas de riesgo en el anciano es la frecuente coexistencia de fragilidad y comorbilidades⁶ que, a nuestro juicio, dificultan notablemente la estratificación del riesgo en este escenario clínico. Curiosamente, la capacidad predictiva del score GRACE, aunque también inferior en los ancianos, sufría una pérdida de capacidad discriminativa menor al resto de *scores* en este subgrupo de edad, conservando una aceptable capacidad predictiva (área bajo la curva ROC 0,697)⁵. Los hallazgos de Gómez-Talavera et al.¹ ilustran un adecuado rendimiento de la escala GRACE para predecir la mortalidad y el combinado de muerte o reinfarto durante la hospitalización, en contraposición con las escalas Zwolle y TIMI.

En nuestra opinión, y como reconocen los autores, la principal limitación de trabajo es el tamaño muestral y, en consecuencia el escaso número de episodios que debilita la obtención de conclusiones derivadas del análisis de las curvas ROC. Reconocemos, no obstante, la dificultad para un reclutamiento numeroso de un perfil de paciente tan específico. Por otro lado, albergamos ciertas dudas sobre si un adecuado rendimiento de la escala GRACE para predecir la mortalidad global contribuye de forma significativa a la selección de la estrategia terapéutica en este escenario. El tratamiento antitrombótico intensivo y la estrategia invasiva precoz podrían tener un efecto limitado (o incluso deletéreo en algunos casos) en la reducción de algunas de las causas de muerte extracardíacas (hemorragia, fracaso renal, etc.), que por otro lado, son relativamente frecuentes en este subgrupo de edad, alrededor del 50% en la serie de Gómez-Talavera et al.¹. Por ello, creemos que el análisis del rendimiento pronóstico de la escala GRACE

referido específicamente a la mortalidad de origen cardíaco podría ser clínicamente más relevante.

En cualquier caso, creemos necesario destacar el interés de los hallazgos de Gómez-Talavera et al. y la necesidad de incentivar la investigación en esta línea, haciendo hincapié especialmente en el registro sistemático y prospectivo de variables como la fragilidad, las comorbilidades, la capacidad funcional y la calidad de vida⁷. Dichos factores, que tradicionalmente han recibido poca atención por parte de la comunidad cardiológica, están estrechamente ligados a nuestro juicio, tanto con la predicción del riesgo, como con la evolución clínica de estos pacientes.

Bibliografía

- Gómez-Talavera S, Núñez-Gil I, Vivas D, Ruiz-Mateos B, Viana-Tejedor A, Martín-García A, et al. Síndrome coronario agudo en nonagenarios: evolución clínica y validación de las principales escalas de riesgo. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014;49:5–9.
- Vidán MT. Toma de decisiones en el paciente de edad muy avanzada con cardiopatía: más allá de los índices de riesgo cardiológicos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014;49:3–4.
- Gabriel R, Alonso M, Reviriego B, Muñoz J, Vega S, López I, et al. Ten-year fatal and non-fatal myocardial infarction incidence in elderly populations in Spain: The EPICARDIAN cohort study. *BMC Public Health*. 2009;9:360.
- Krumholz HM, Gross CP, Peterson ED, Barron HV, Radford MJ, Parsons LS, et al. Is there evidence of implicit exclusion criteria for elderly subjects in randomized trials? Evidence from the GUSTO-1 study. *Am Heart J*. 2003;146:839–47.
- Ariza-Solé A, Formiga F, Lorente V, Sánchez-Salado JC, Sánchez-Elvira G, Roura G, et al. Eficacia de los *scores* de riesgo hemorrágico en el paciente anciano con síndrome coronario agudo. *Rev Esp Cardiol*. 2013. In press.
- Sánchez E, Vidán MT, Serra JA, Fernández-Avilés F, Bueno H. Prevalence of geriatric syndromes and impact on clinical and functional outcomes in older patients with acute cardiac diseases. *Heart*. 2011;97:1602–6.
- Ariza-Solé A, Formiga F, Vidán MT, Bueno H, Curós A, Aboal J, et al. Impact of frailty and functional status on outcomes in elderly patients with ST-segment elevation myocardial infarction undergoing primary angioplasty: rationale and design of the IFFANIAM study. *Clin Cardiol*. 2013;36:565–9.

Albert Ariza-Solé^{a,*}, Francesc Formiga^b,
Eva Bernal^c y Remedios Sánchez-Prieto^a

^a Unidad Coronaria, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^b Unidad de Geriatria, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^c Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aariza@bellvitgehospital.cat (A. Ariza-Solé).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2013.12.004>