

Respuesta: «Predicción del riesgo en el paciente anciano con síndrome coronario agudo»**Reply to: Prediction of risk in the elderly patient with acute coronary syndrome**

Sr. Editor:

Agradecemos la carta que dedican a nuestro artículo previo sobre la aplicación de las principales escalas de riesgo en pacientes nonagenarios con síndrome coronario agudo (SCA).

Desde luego, estamos totalmente de acuerdo en la importancia que ha adquirido en los últimos años este área concreta de conocimiento, tanto debido al envejecimiento progresivo de la población, a la conocida complejidad del proceso mismo, tan variable de unos sujetos a otros, y al incremento en el número de pacientes ancianos con SCA, que son un grupo etario que se ha excluido de forma sistemática en la mayoría de los ensayos clínicos que dan base a las guías de práctica clínica en las que se sustenta nuestra actividad habitual.

Nos parece muy relevante, el hecho de que en la muestra de Ariza-Solé A. et al., la capacidad predictiva del score GRACE, aunque también fuera inferior en los ancianos, parece sufrir una menor pérdida de capacidad discriminativa que el resto de score estudiados en este subgrupo de edad, conservando una aceptable capacidad predictiva (área bajo la curva ROC: 0,697)¹. Dichos datos estarían en línea con la buena capacidad predictiva que ha demostrado la escala GRACE en la fase aguda en nuestra cohorte². Aunque como se indica en la carta, el bajo tamaño muestral de nuestro trabajo, que por otro lado deriva de las características intrínsecas de la población estudiada, hace que las conclusiones obtenidas a partir de nuestros resultados deban considerarse cautelosamente. Además, hay que tener presente algunas limitaciones que tiene el cálculo del score GRACE en este grupo etario, que a pesar de considerar entre los factores pronósticos la propia edad y algunas de las comorbilidades más frecuentes, por ejemplo la función renal, no pondera otras también relevantes como el riesgo hemorrágico, que no hay duda influyen fuertemente en el pronóstico a corto y largo plazo.

Un aspecto que consideramos destacable de su carta, es que como ustedes bien indican, lo más interesante sería aplicar estas

escalas de riesgo para SCA conjuntamente con las escalas de fragilidad, comorbilidades, capacidad funcional y calidad de vida³. Estos factores, que están estrechamente ligados al riesgo y a la predicción de la evolución de este subgrupo de pacientes, y que en geriatría se tienen en cuenta en la práctica diaria, en cardiología tradicionalmente han recibido menos atención por parte de los cardiólogos (como nosotros).

Esperamos y deseamos que estudios como el que hemos llevado a cabo supongan un estímulo en este sentido, y promuevan un mayor uso de las escalas de fragilidad asociadas a las de predicción de riesgo en SCA en los pacientes ancianos valorados por un cardiólogo en la fase aguda. Desde nuestro punto de vista, los pacientes complejos como son los ancianos con síndrome coronario agudo, sin duda, precisan de más estudios clínicos dedicados y de una valoración multidisciplinar (el famoso Heart Team, con geriatras, cardiólogos, rehabilitadores, etc.), que pueda ayudarnos a conseguir los mejores resultados para nuestros enfermos.

Bibliografía

1. 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. 2014; <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2013.12.004>.
2. 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;49:5-93.
3. 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.

Sandra Gómez-Talavera e Iván J. Núñez-Gil *

Instituto Cardiovascular, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.01.001>