



<https://www.revclinesp.es>

RV-047 - ¿QUÉ DIFERENCIAS HAY ENTRE LAS ESCALAS DE GRACE Y CRUSADE EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO?

A. Castillo Navarro¹, M. Sánchez Galán², P. Flores Blanco², Á. López Cuenca², M. Gómez Molina², F. Pastor Pérez², E. Guerrero Pérez², S. Manzano Fernández²

¹Medicina Interna, ²Cardiología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Resumen

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue comparar la capacidad de las escalas de GRACE y CRUSADE para predecir la mortalidad intrahospitalaria y el sangrado mayor (SM) en una población de SCA.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de un registro prospectivo que incluía 1.587 pacientes consecutivos con SCA. La mortalidad intrahospitalaria y los SM fueron registrados en todos. El SM se acorde a las definiciones de CRUSADE y BARC tipos 3 a 5. Los pacientes sometidos a revascularización coronaria quirúrgica (n = 83) y los que presentaron datos perdidos para calcular las escalas fueron excluidos (n = 37).

Resultados: 71 pacientes (4,5%) fallecieron y 37 (2,3%) presentaron SM. En la población global, el análisis de la curva ROC mostró que la escala de GRACE tenía mejor capacidad discriminativa que la escala CRUSADE tanto para la mortalidad intrahospitalaria como para el SM (tabla). Sin embargo, ambas escalas mostraron baja capacidad discriminatoria para predecir SM en pacientes añosos y con fibrilación auricular, mientras que la escala CRUSADE también presentó una pobre capacidad predictiva en pacientes con tasa de filtrado glomerular 60 ml/min y en aquellos bajo tratamiento con nuevos antiagregantes. La calibración fue aceptable para ambas escalas (valores de H-L p > 0,05 en todos los casos). Finalmente, tras realizar análisis de reclasificación encontramos que la escala de GRACE presentaba una mejor capacidad predictiva que la escala CRUSADE para predecir mortalidad (NRI: 22,5%) y SM (NRI: 17,6%), ambos con p 0,05.

Capacidad discriminativa de las escalas GRACE y CRUSADE

	Mortalidad		Sangrado BARC		Sangrado CRUSADE				
	BARC CRUSADE		BARC CRUSADE		BARC CRUSADE				
	AUC	AUC	P	AUC	AUC	P	AUC	AUC	P
Todos los pacientes	0,86	0,79	0,018	0,80	0,73	0,028	0,79	0,79	0,921

Edad

> 75 años	0,77	0,73	0,215	0,60	0,50	0,067	0,61	0,59	0,680
75 años	0,86	0,78	0,079	0,87	0,83	0,375	0,86	0,89	0,668

Tasa de filtrado glomerular

60 ml/min	0,81	0,75	0,169	0,74	0,65	0,142	0,71	0,71	0,826
> 60 ml/min	0,85	0,81	0,008	0,81	0,75	0,055	0,81	0,79	0,894

Fibrilación auricular

Sí	0,78	0,74	0,460	0,69	0,62	0,301	0,67	0,63	0,374
No	0,86	0,79	0,034	0,81	0,73	0,029	0,81	0,81	0,832

Nuevos antiagregantes

Sí	0,94	0,99	0,089	0,72	0,49	0,005	0,52	0,50	1,000
No	0,84	0,76	0,004	0,79	0,72	0,030	0,78	0,76	0,608

Discusión: La estratificación del riesgo isquémico y hemorrágico tiene un papel fundamental en el manejo de pacientes con síndrome coronario agudo (SCA), y para ello existen varios modos de predicción como son la Escala de Grace y la Escala de Crusade.

Conclusiones: La escala de GRACE tiene mejor capacidad para predecir tanto la mortalidad intrahospitalaria como el SM. De acuerdo con estos resultados, nuestro grupo propone el empleo de la escala GRACE como único score para predecir estas complicaciones intrahospitalarias.