



## 6048-568. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL NÚMERO DE FÁRMACOS RECOMENDADOS AL ALTA EN LA MORTALIDAD AL AÑO TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

María Josefa Sánchez Galián<sup>1</sup>, Ángel López Cuenca<sup>2</sup>, Pedro J. Flores Blanco<sup>3</sup>, Bertold Gunnar Leithold<sup>1</sup>, Esther Guerrero Pérez<sup>1</sup>, Miriam Gómez Molina<sup>1</sup>, Mariano Valdés Chávarri<sup>4</sup> y Sergio Manzano Fernández<sup>4</sup> del <sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), <sup>2</sup>Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia, <sup>3</sup>Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, Cieza (Murcia), y <sup>4</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Universidad de Murcia, El Palmar (Murcia).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Evaluar la asociación entre el número de fármacos recomendados por las guías de práctica clínica que reciben los pacientes tras un síndrome coronario agudo (SCA) y la mortalidad.

**Métodos:** Se incluyeron 1.628 pacientes consecutivos ingresados por síndrome coronario agudo en un hospital terciario desde enero de 2011 a septiembre de 2015. Se definió como tratamiento óptimo los pacientes que eran dados de alta con doble antiagregación (doble AA), inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECA) o ARA II, estatinas a dosis altas (EDA) (atorvastatina 80 o rosuvastatina 20 mg) y bloqueadores beta (BB). Se creó una escala de tratamiento en función del número de fármacos recomendados que recibían (0-4). Se comparó la mortalidad al año en función de la escala de tratamiento. Se realizó un análisis de regresión multivariante con el tratamiento óptimo y con cada grupo farmacológico con el fin de identificar si éstos eran predictores independientes de mortalidad al año.

**Resultados:** Al alta, 834 pacientes (51% de la población) recibieron el tratamiento óptimo. En cuanto a la escala de tratamiento, 8 pacientes (0,5%) se fueron de alta sin ningún agente (Score-0); 42 pacientes (2,6%) con un agente (Score-1); 154 pacientes (9,5%) reciben 2 (Score-2); 587 pacientes (36%) con 3 (Score-3); y 834 pacientes (51%) recibieron los 4 (Score-4). Se comprobó una correlación inversa entre el Score de tratamiento y la mortalidad al año. Así el Score-0 tenía una mortalidad de 14%, Score-1 19%, Score-2 19%, Score-3 15% y Score-4 4% (p 0,001); falleciendo más aquellos que no reciben el tratamiento óptimo (16 frente a 4%, p 0,001). En el multivariante se identificaron como predictores independientes de mortalidad al año el Score-4 (OR 0,20, p = 0,002), GRACE (OR 1,03, p 0,001), VP (OR 2,02, p = 0,027), PAS al ingreso (OR 1,01, p 0,001) y FEVI al alta (OR 0,98, p = 0,008). A continuación se hizo regresión multivariante para cada grupo farmacológico siendo predictores independientes de mortalidad al año las EDA (OR 0,35, p 0,001) y BB (OR 0,43, p = 0,004).



*Mortalidad (%) en función de Score de tratamiento.*

**Conclusiones:** Existe una asociación inversa entre el nº de fármacos recomendados al alta y la mortalidad al año. Se han identificado como predictores independientes de mortalidad al año tras un SCA, el tratamiento óptimo con los 4 agentes recomendados, las estatinas a dosis altas y los bloqueadores beta.