Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 206

Revista Española de Cardiología

7003-5. PREDICCIÓN DE LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO-ST. COMPARACIÓN DE LA CAPACIDAD PRONÓSTICA DE LOS ÍNDICES APACHE II, SAPS II Y GRACE 2.0

Alberto Silva-Obregón[1], Ramón Arroyo-Espliguero[1], Alfonso Estrella-Alonso[1], María C. Viana-Llamas[1], Sonia Saboya-Sánchez[2], Giovanna Uribe-Heredia[1] y Carlos Marian-Crespo[1], del [1]Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara y [2]Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: Diferentes índices pronósticos han sido específicamente validados para pacientes con síndromes coronarios agudos (SCA), como el *Global Registry of Acute Coronary Events* (GRACE) 2.0. Sin embargo, existen otros índices pronósticos generales desarrollados en poblaciones heterogéneas de pacientes críticos utilizados en las unidades de cuidados intensivos, como el *Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation* (APACHE) II y el *Simplified Acute Physiology Score* (SAPS) II. El objetivo de este estudio fue comparar la capacidad de estos 3 índices para predecir la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con un SCA con elevación del segmento-ST (SCACEST) sometidos a ACTP primaria (AP).

Métodos: Estudio transversal retrospectivo de 427 pacientes (63,8 años [55,2-75,4]; 78% varones) ingresados en una UVI general tras un SCACEST desde noviembre-2013 a febrero-2017. La capacidad de los índices pronósticos para predecir la mortalidad intrahospitalaria fue analizada mediante el área bajo la curva (AUC) ROC (*Receiver-Operating-Characteristic*). La sensibilidad y especificidad fueron calculadas a partir del índice J de Youden. La exactitud, la razón estandarizada de mortalidad (SMR) y la bondad de ajuste (test de Hosmer-Lemeshow [H-L] y R2 de Nagelkerke) fueron calculados mediante regresión logística.

Resultados: La mortalidad intrahospitalaria fue del 5,4% (23 pacientes). Todos los índices de riesgo se asociaron significativamente a la mortalidad intrahospitalaria (p 0,001). El APACHE II y el GRACE 2,0 tenían la mayor especificidad (93,8% y 93,1%, respectivamente). El índice SAPS II tenía la mayor sensibilidad (87%), exactitud (96%), AUC (0,938 [0,910-0,959]), calibración (p del test H-L: 0,969) y SMR (0,958).

Curvas ROC de los índices de riesgo GRACE 2,0, SAPS II y APACHE II para estimación de la mortalidad intrahospitalaria tras un SCACEST.

Comparación del análisis de curva ROC, calibración y bondad de ajuste de los índices GRACE 2.0, SAPS II y APACHE II para la estimación de la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con un SCACEST

	APACHE II	SAPS II	GRACE 2.0
Índice J de Youden	17	32	172
Sensibilidad (%)	82,6	87	78,3
Especificidad (%)	93,8	89,4	93,1
Exactitud (%)	94,9	96	93,9
AUC (IC95%)	0,896 (0,863-0,923)	0,938 (0,910-0,959)	0,922 (0,893-0,946)
R2-Nagelkerke	0,489	0,558	0,490
Hosmer-Lemeshow (P)	11,992 (0,152)	1,824 (0,969)	8,125 (0,421)
SMR	0,852	0,958	0,622

AUC: área bajo la curva ROC; SMR: razón estandarizada de mortalidad.

Conclusiones: Los índices pronósticos, tanto específicos (GRACE 2.0) como generales (APACHE II y SAPS II), se asocian significativamente a la mortalidad intrahospitalaria de pacientes con SCACEST. Entre los índices pronósticos analizados en esta cohorte, el SAPS II representa el mejor modelo para estimar la mortalidad intrahospitalaria, con una adecuada calibración y con la menor sobreestimación de la mortalidad. Los índices específicos y generales de riesgo aportan información complementaria que puede ser útil para mejorar la estimación pronóstica intrahospitalaria en pacientes con SCACEST.