Rev Esp Cardiol. 2019;72(Supl 1): 64

Revista Española de Cardiología

7001-5. COMPARACIÓN DE LOS ÍNDICES DE RIESGO APACHE II, SAPS II Y GRACE 2.0 EN LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD A CORTO Y LARGO PLAZO TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Ramón Arroyo Espliguero[1], Alberto Silva Obregón[2], María C. Viana Llamas[1], Alfonso Estrella Alonso[2], Sonia Saboya Sánchez[3], Nancy Giovanna Uribe Heredia[1], Noemí Arriero Fernández[2], Belén García Magallón[1], Ziortza Eguileor Marín[2], Alicia Castillo Sandoval[1], Claudio Torán Martínez[1] y Carlos Marian Crespo[2], del [1]Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, [2]Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara y [3]Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: Diferentes índices pronósticos han sido validados en pacientes con síndromes coronarios agudos (SCA), como el *Global Registry of Acute Coronary Events* (GRACE) 2.0. Otros índices pronósticos generales utilizados en las unidades de cuidados intensivos (UCI) son el *Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation* (APACHE) II y el *Simplified Acute Physiology Score* (SAPS) II. Nuestro objetivo fue comparar la capacidad de los 3 índices para predecir la mortalidad intrahospitalaria, a los 3 y a los 12 meses 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 UCI general tras una AP desde noviembre-2013 a febrero-2017. Los puntos de corte se obtuvieron a partir de la curva ROC (*Receiver-Operating Characteristic*) con el índice J de Youden. La calibración se analizó con regresión logística (punto de corte 0,5), pruebas de bondad de ajuste (Hosmer-Lemeshow [HL] y R2 de Nagelkerke) y la razón estandarizada de mortalidad. La discriminación se analizó con el área bajo la curva (AUC) ROC.

Resultados: La mortalidad intrahospitalaria, a los 3 y a los 12 meses fue del 5,4%, 5,6% y 7,0%, respectivamente. Todos los índices se asociaron significativamente con la mortalidad (*log rank*; $p < 0,001$). SAPSII tuvo la mayor sensibilidad para la mortalidad a corto plazo, GRACE 2.0 la mayor sensibilidad para la mortalidad a largo plazo y APACHE II la mayor especificidad y exactitud (tabla). SAPS II presentó la mejor calibración (R2-Nagelkerke y test de HL) y la mejor discriminación de mortalidad (AUC) a corto y largo plazo (figura). Todos los índices analizados infraestimaron la mortalidad, el SAPSII fue el que presentó la menor infraestimación de la mortalidad en todos los seguimientos analizados (tabla).

Comparación de la calibración y discriminación de los índices GRACE 2.0, SAPS II y APACHE II para la estimación de la mortalidad intrahospitalaria, a los 3 y a los 12 meses en pacientes con un SCACEST

Mortalidad	Índice de Youden (J)	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Exactitud (%)	AUC-ROC (IC95%)	R2 Nagelkerke	H-L (p)	REM
Intrahospitalaria								
SAPS II	32	87,0	89,4	89,2	0,938 (0,887-0,88)	0,558	1,826 (0,969)	1,64
GRACE 2.0	150	86,9	83,7	83,8	0,922 (0,865-0,979)	0,489	8,111 (0,423)	1,77
APACHE II	17	82,6	93,8	93,2	0,896 (0,841-0,986)	0,488	11,941 (0,154)	1,92
A los 3 meses								
SAPS II	32	79,2	89,1	88,5	0,913 (0,854-0,973)	0,512	3,635 (0,821)	1,85
GRACE 2.0	150	79,1	85,4	85,0	0,902 (0,842-0,962)	0,424	5,149 (0,742)	2,00
APACHE II	17	79,1	93,8	93,0	0,882 (0,792-0,971)	0,461	9,244 (0,322)	2,00
A los 12 meses								
SAPS II	32	73,3	89,7	88,5	0,880 (0,809-0,951)	0,463	1,994 (0,960)	1,58
GRACE 2.0	150	76,7	84,1	83,6	0,878 (0,816-0,941)	0,388	4,073 (0,850)	2,31

APACHE II	17	70,0	92,4	90,9	0,824 (0,722-0,927)	0,380	7,464 (0,487)	2,14

AUC: área bajo la curva ROC. H-L: Hosmer-Lemeshow. REM: razón estandarizada de mortalidad.

Área bajo la curva ROC los índices de riesgo GRACE 2.0, SAPS II y APACHE II para estimación de la mortalidad intrahospitalaria, a los 3 y a los 12 meses tras un SCACEST.

Conclusiones: Entre los índices pronósticos analizados en esta cohorte, el SAPS II representa el mejor modelo para estimar la mortalidad a corto plazo, con una adecuada calibración y discriminación, presentando la menor infraestimación de la mortalidad. Sin embargo, la infraestimación de la mortalidad que muestran todos los índices pronósticos sugiere la necesidad de crear nuevos modelos de predicción de riesgo que mejoren la identificación de pacientes de alto riesgo de muerte tras un SCACEST.