



## 7001-15. EL DESCENSO PROGRESIVO EN LA MORTALIDAD HOSPITALARIA DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO HA SIDO DEBIDO AL AVANCE EN LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES DE ALTO RIESGO

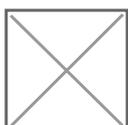
Alberto Cordero Fort<sup>1</sup>, Moisés Rodríguez-Manero<sup>2</sup>, José María García-Acuña<sup>2</sup>, Ramón López-Palop<sup>1</sup>, Belén Cid<sup>2</sup>, Rosa Agra<sup>2</sup>, Vicente Bertomeu-Martínez<sup>1</sup> y José Ramón González-Juanatey<sup>2</sup> del <sup>1</sup>Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante (Alicante), y <sup>2</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela (A Coruña).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La mortalidad hospitalaria es uno de los mejores indicadores de calidad asistencial en el manejo del síndrome coronario agudo (SCA) y necesita ser evaluada de forma continua, pero también, en perspectiva para detectar las fortalezas y debilidades.

**Métodos:** Registro observacional de todos los pacientes consecutivos ingresados por SCA en 2 hospitales. Se analizaron 3 periodos en función de la fecha de ingreso: 2004-2006 (n = 2.256), 2007-2010 (n = 2.357) y 2011-2014 (n = 2.417). El riesgo individual se clasificó mediante la escala GRACE en 3 categorías: riesgo bajo (109), intermedio (110-139) y alto (> 140).

**Resultados:** –Se incluyó a 7.030 pacientes, con edad media 67,4 (12,9) años. 70,9% varones, 38,1% SCACEST y puntuación GRACE media de 145, (39,9). No se observaron diferencias en la edad media ni el sexo entre los grupos de fecha de admisión, pero sí un incremento progresivo y significativo en la prevalencia de hipertensión arterial (54,7, 58,3 y 61,6%), tabaquismo activo (23,2, 24,2 y 29,6%) así como el diagnóstico de SCACEST (31,1, 38,7 y 44,0%). No se observaron diferencias en otras características clínicas o en la escala GRACE. El porcentaje de revascularización aumentó en cada periodo (60,7, 65,3 y 75,3%; p 0,01). La mortalidad hospitalaria fue del 5,3% y no fue progresivamente inferior en cada periodo: 6,5, 5,4 y 4,1% (p 0,01) y las diferencias se debieron fundamentalmente por la mejoría en la supervivencia del SCACEST (figura). Analizando las categorías de riesgo de la escala GRACE se observó que la mortalidad fue la misma en los pacientes de bajo riesgo (0,0% en los 3 periodos) o intermedio (0,6% en los 3 periodos), mientras si se observó descenso en los de alto riesgo (12,3, 9,5 y 7,2%; p 0,01). El análisis multivariante identificó los siguientes predictores de mortalidad hospitalaria: anemia (OR: 1,5, IC95% 1,12-2,92), edad > 75 (OR: 1,6, IC95% 1,18-2,17) y GRACE > 140 (OR: 12,8, IC95% 6,4-25,0); la revascularización durante el ingreso se asoció inversamente con la mortalidad (OR: 0,43, IC95% 0,31-0,57).



**Conclusiones:** La mortalidad hospitalaria de los pacientes con SCA se ha reducido fundamentalmente por la mejoría de la supervivencia de los pacientes de alto riesgo y la revascularización. La mortalidad hospitalaria del SCACEST no ha variado mientras que se redujo hasta en un 60% en los pacientes con SCACEST.