



## 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

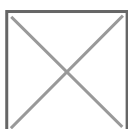
Alberto Silva-Obregón<sup>1</sup>, Ramón Arroyo-Espliguero<sup>1</sup>, Alfonso Estrella-Alonso<sup>1</sup>, María C. Viana-Llamas<sup>1</sup>, Sonia Saboya-Sánchez<sup>2</sup>, Giovanna Uribe-Heredia<sup>1</sup> y Carlos Marian-Crespo<sup>1</sup>, del <sup>1</sup>Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara y <sup>2</sup>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 R<sup>2</sup> 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.