



5031-8. UTILIDAD PRONÓSTICA DEL *CLINICAL SYNTAX SCORE* EN UNA POBLACIÓN "ALL COMERS" TRATADA CON ANGIOPLASTIA CORONARIA

Geoffrey Yanes Bowden¹, Francisco Bosa Ojeda¹, Alejandro Sánchez-Grande Flecha¹, Manuel J. Vargas Torres¹, Marta Martín Cabeza¹, Martín J. García González¹, Julio Ferrer Hita¹ y Alejandro Jiménez Sosa² del ¹Servicio de Cardiología y ²Unidad de Investigación. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Tenerife).

Resumen

Introducción y objetivos: El CSS (*Clinical Syntax Score*) presenta una mejora en la capacidad predictiva de la escala Syntax (SS, *Syntax Score*) para eventos adversos cardiovasculares mayores después de ACTP en pacientes con enfermedad arterial coronaria multivaso o del tronco común de la coronaria izquierda. Varios estudios retrospectivos, analizaron el valor pronóstico del CSS en poblaciones all-comers tratadas con ACTP y demostraron su capacidad para predecir MACE. Nuestro objetivo fue analizar en nuestra serie, si el CSS predice MACE (compuesto de muerte, IAM y cualquier nueva revascularización) en una población all-comers, independientemente del contexto clínico, procedimiento de revascularización percutánea y tipo de *stent*.

Métodos: Análisis retrospectivo de 459 pacientes consecutivos tratados con ACTP en nuestro centro entre enero de 2011 y mayo de 2012. Se excluyeron los pacientes con revascularización quirúrgica previa. Se obtuvieron seguimientos a 1 y 2 años analizando MACE, muerte y nuevas revascularizaciones. EL CSS se calcula con la fórmula: $SS \cdot ((\text{Edad}/\text{FEVI}) + 1 \text{ punto por cada } 10 \text{ ml/min de reducción de ACr (aclaramiento de creatinina) por debajo de } 60 \text{ ml/min})$. El CSS se obtuvo por 2 observadores independientes, y en caso de discrepancia fue analizado por un tercero. Las variables aleatorias se analizaron con el coeficiente de correlación de Spearman y, según los resultados, se obtuvieron curvas ROC.

Resultados: Se objetivó una mejor asociación entre CSS y las variables estudiadas (muerte de cualquier causa, muerte origen cardiológico y MACE a 1 y 2 años), que entre el SS y dichas variables. CSS más altos se asociaron con mayor tasa de muerte de cualquier causa a 1 año (AUC 0,81; IC95%: 0,77-0,85, p 0,001) con un punto de corte de 26,76 (sensibilidad del 74% y especificidad del 87%), y a 2 años (AUC 0,81; IC95%: 0,77-0,85, p 0,001) con un punto de corte de 16,44 (sensibilidad del 81% y especificidad del 75%). Además, CSS altos se asociaron con MACE a 1 año (AUC 0,70; IC95%: 0,66-0,75, p 0,001) con un punto de corte de 20,46 (sensibilidad del 54% y especificidad del 82%) y a 2 años (AUC 0,68; IC95%: 0,64-0,73, p 0,001) con un punto de corte de 15,04 (sensibilidad del 62% y especificidad del 72%).

Coeficientes de correlación de Spearman

			Muerte 1 año	Muerte de origen cardiológico 1 año	Cualquiera nueva revascularización 1 año	MACE 1 año	Muerte 2 años	Muerte de origen cardiológico 2 años	Cualquiera nueva revascularización 2 años	MACE 2 años
Rho de Spearman	SS	Coeficiente de correlación	0,119*	0,113*	0,091	0,138**	0,122*	0,135**	0,054	0,083
		Sig. (bilateral)	0,012	0,017	0,057	0,004	0,011	0,005	0,270	0,089
		N	444	444	438	437	436	437	426	425
	CSS	Coeficiente de correlación	0,218**	0,180**	0,105*	0,208**	0,256**	0,209**	0,071	0,195
		Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,029	0,000	0,000	0,000	0,144	0,000
		N	439	439	433	432	431	432	421	421

Coeficientes de correlación de Spearman del SS y CSS con las variables estudiadas.

Conclusiones: Nuestros resultados confirman que añadir variables clínicas al SS, mejora la capacidad predictiva de éste para predecir muerte y MACE en una población *all comers*.