



## 6017-264. UTILIDAD PRONÓSTICA DEL *SYNTAX SCORE II* EN UNA POBLACIÓN *ALL COMERS* TRATADA CON ANGIOPLASTIA CORONARIA

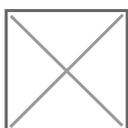
Geoffrey Yanes Bowden<sup>1</sup>, Francisco Bosa Ojeda<sup>1</sup>, Manuel J. Vargas Torres<sup>1</sup>, Alejandro Sánchez-Grande Flecha<sup>1</sup>, Alejandro Jiménez Sosa<sup>2</sup>, Carima Belleyo Belkasem<sup>1</sup>, Martín J. García González<sup>1</sup> y Pablo Jorge Pérez<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Tenerife), y <sup>2</sup>Hospital Universitario de Canarias, Unidad de Investigación, San Cristóbal de La Laguna (Tenerife).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El *SYNTAX score II* (SS II) presenta una mejora en la capacidad predictiva del *SYNTAX score* (SS) 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 SS II en poblaciones *all-comers* tratadas con ACTP y demostraron su capacidad para predecir MACE. Nuestro objetivo fue analizar en nuestra serie, si el SS II predice MACE (compuesto de muerte, IAM y nueva revascularización) en una población *all-comers*.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de 727 pacientes consecutivos tratados con ACTP en nuestro centro entre enero 2011-diciembre 2012. Se excluyeron los pacientes con revascularización quirúrgica previa. Se obtuvo seguimiento a 3 años analizando MACE, muerte, muerte de origen cardiológico y nuevas revascularizaciones. EL SS II se obtuvo desde la calculadora publicada en la página web [www.syntaxscore.com](http://www.syntaxscore.com), quedándonos con la puntuación del SS II ACTP y los pacientes se dividieron en terciles según dichos resultados: bajo (? 20,5 puntos), intermedio (> 20,5 < 29,6) y alto (? 29,6). Las variables aleatorias se analizaron con  $\chi^2$  de Spearman y, según los resultados, se obtuvieron curvas ROC. Se usó regresión logística múltiple binomial para estimar la capacidad del SS II ACTP para predecir independientemente eventos acumulados a los 3 años.

**Resultados:** Los terciles más altos se asociaron con mayor tasa de muerte a 3 años (AUC 0,79; IC95%: 0,757-0,821,  $p < 0,001$ ) con un punto de corte de 34 (sensibilidad del 69,35% y especificidad del 80,63%); muerte de origen cardiológico (AUC 0,852; IC95%: 0,822-0,878,  $p < 0,001$ ) con un punto de corte de 34,3 (sensibilidad del 85,19% y especificidad del 80,38%); MACE (AUC 0,71; IC95%: 0,671-0,742,  $p < 0,001$ ) con un punto de corte de 33,7 (sensibilidad del 55,24% y especificidad del 81,61%) y nuevas revascularizaciones (AUC 0,623; IC95%: 0,585-0,661,  $p 0,03$ ) con un punto de corte de 33,3 (sensibilidad del 44% y especificidad del 78,78%). Demostró ser además un predictor independiente para los eventos estudiados.



Curvas ROC.

Variables estudiadas según terciles

	SS II ACTP			p
	? 20,5	> 20,5 < 29,6	? 29,6	
MACE	18/226 (8%)	24/221 (10,9%)	63/218 (28,9%)	< 0,001
Muerte	7/226 (3,1%)	8/221 (3,6%)	47/219 (21,5%)	< 0,001
Muerte cardiológica	2/224 (0,9%)	1/220 (0,5%)	24/210 (11,4%)	< 0,001
IAM	3/224 (1,3%)	3/220 (1,4%)	5/194 (2,6%)	0,55
Cualquier nueva revascularización	10/224 (4,5%)	18/220 (8,2%)	22/195 (11,3%)	0,03
Revascularización misma lesión TLR	5/223 (2,2%)	7/220 (3,2%)	9/194 (4,6%)	0,39
Revascularización mismo vaso TVR	3/224 (1,3%)	3/220 (1,4%)	10/194 (5,2%)	0,02
CRC	0/224 (0%)	0/220 (0%)	4/193 (2,1%)	0,01
Trombosis definitiva	2/224 (0,9%)	1/220 (0,5%)	2/193 (1%)	0,78
Ictus	3/224 (1,3%)	6/220 (2,7%)	6/192 (3,1%)	0,44

**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*.