



## 5030-5. ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO A LARGO PLAZO MEDIANTE EL SYNTAX SCORE II EN UNA POBLACIÓN *ALL COMERS* TRATADA CON ANGIOPLASTIA CORONARIA

Geoffrey Yanes Bowden, Francisco Bosa Ojeda, Alejandro Sánchez-Grande Flecha, Manuel J. Vargas Torres, Corabel Méndez Vargas, Alejandro Jiménez Sosa y Miguel Leiva Gordillo, del Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Tenerife).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El SSII (Syntax Score II) presenta una mejora en la capacidad predictiva del SS (Syntax Score) para eventos adversos cardiovasculares mayores después de ACTP en pacientes con enfermedad arterial compleja (afección del TCI o 3 vasos). Un estudio retrospectivo con inclusión *all-comers*, analizó el valor pronóstico del SS II en una población tratada con ACTP y demostraron su capacidad para predecir MACE. Nuestro objetivo fue analizar en nuestra serie, si el SSII predice MACE (compuesto de muerte, IAM y nuevas revascularizaciones) 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 SSII se obtuvo desde la calculadora publicada en la página web [www.syntaxscore.com](http://www.syntaxscore.com), quedándonos con la recomendación terapéutica final del SSII, dividiendo así a los pacientes en 3 grupos teóricos de recomendaciones de tratamiento: ACTP, CRC y ACTP/CRC (este último grupo para aquellos pacientes en los que existen tasas similares de mortalidad a largo plazo tanto para ACTP como para CRC). El SS se obtuvo por 2 observadores independientes, y en caso de discrepancia, fue analizado por un tercero. Las comparaciones de proporciones se realizaron con las pruebas de  $\chi^2$  o exacta de Fisher, según procediera.

**Resultados:** En cuanto a las características basales de los 3 grupos no existieron grandes diferencias, salvo, como es lógico, para los ítems incluidos en el cálculo del SSII. Predominio de enfermedad coronaria no compleja en nuestra población, 1 o 2 vasos en el 87% de los casos. De acuerdo con la puntuación del SSII, 598 pacientes podría ser tratados con ACTP o CRC, 27 debían ser tratados con ACTP y 98 con CRC. A los 3 años de seguimiento los pacientes del grupo al que se les recomendaba CRC tuvieron mayores tasas de MACE, mortalidad de origen cardiológico y necesidad de nuevas revascularizaciones en comparación con los otros 2 grupos (tabla).

Eventos cardiovasculares adversos según recomendación terapéutica del SSII

Recomendación según SSII    ACTP (n = 24)    CRC (n = 85)    ACTP o CRC (n = 556)    p

MACE	5 (20,8)	28 (32,9)	72 (12,9)	0,001
Muerte	6 (24)	14 (16,5)	42 (7,6)	0,001
Muerte cardiológica	0 (0)	9 (11)	18 (3,3)	0,003
IAM	1 (4,2)	3 (4,1)	7 (1,3)	0,15
Nuevas revascularizaciones	1 (4,2)	14 (18,9)	35 (6,5)	0,001
TLR	1 (4,2)	5 (6,8)	14 (2,6)	0,04
TVR	1 (4,2)	5 (6,8)	10 (1,9)	0,04
CRC	0 (0)	2 (2,7)	2 (0,4)	0,05
Trombosis definitiva	0 (0)	1 (1,4)	4 (0,7)	0,78
Ictus	0 (0)	3 (4,1)	12 (2,2)	0,47

**Conclusiones:** El SSII presenta buena capacidad para estratificar riesgo en procedimientos de ACTP en la práctica clínica diaria.