



5009-3. COMPARACIÓN DE LA CAPACIDAD PRONÓSTICA A LARGO PLAZO DEL SS Y EL SS II EN UNA POBLACIÓN *ALL COMERS* TRATADA CON ANGIOPLASTIA CORONARIA

Geoffrey Yanes Bowden, Francisco Bosa Ojeda, Corabel Méndez Vargas, Alejandro Sánchez-Grande Flecha, Alejandro Jiménez Sosa, Iván Hernández Betancor, Miguel Leiva Gordillo, Julio Jesús Ferrer Hita y Julio Miranda Bacallado, del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Tenerife).

Resumen

Introducción y objetivos: Tanto el SS (Syntax Score) como el SS II (Syntax Score II) presentan una buena capacidad predictiva 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 de ambos en poblaciones *all-comers* tratadas con ACTP y demostraron su capacidad para predecir MACE. Nuestro objetivo fue analizar en nuestra serie, cuál de las 2 escalas presenta una mejor capacidad predictiva para eventos cardiovasculares adversos a 3 años.

Métodos: Análisis retrospectivo de 727 pacientes consecutivos tratados con ACTP en nuestro centro entre enero de 2011 y diciembre de 2012. Se excluyeron los pacientes con revascularización quirúrgica previa. Se obtuvo seguimiento a 3 años analizando MACE, muerte, muerte cardiaca y nuevas revascularizaciones. El SS y el SS II se obtuvieron desde la calculadora publicada en la página web www.syntaxscore.com. Al ser pacientes tratados únicamente con ACTP, en el caso del SS II, nos quedamos con la puntuación de riesgo de mortalidad a 4 años para ACTP (SS II ACTP). Ambas escalas se obtuvieron por 2 observadores independientes, y en caso de discrepancia fueron analizados por un tercero. La capacidad de cada una de las escalas para predecir eventos cardiovasculares adversos a 3 años se realizó con curvas ROC. Las comparaciones de las áreas de las curvas integradas se realizaron con el test de DeLong.

Resultados: Se objetivó una mejor capacidad predictiva del SS II ACTP para MACE, muerte y muerte cardiaca, mientras que para la necesidad de nuevas revascularizaciones no existieron diferencias (figura), probablemente porque las variables anatómicas del SS son las que influyen en la capacidad para predecir TLF (fracaso lesión tratada), y no las variables clínicas (añadidas al SS para el cálculo del SS II). El SS II ACTP mostró tener una buena capacidad predictiva a 3 años para muerte total (para SS II ACTp > 32 sensibilidad 69,4% y especificidad 80,6%, p 0,001) y muerte de cardiaca (para SS II ACTp > 34,3 sensibilidad 85,2% y especificidad 80,4%, p 0,001).



Comparativa de curvas ROC para SS y SS II ACTP para MACE, muerte, muerte cardiaca y nuevas revascularizaciones.

Conclusiones: El SS II ACTP mejora la capacidad predictiva a largo plazo del SS para predecir MACE, muerte y muerte cardiaca en una población *all comers*, no así para nuevas revascularizaciones.