



Revista Española de Cardiología



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

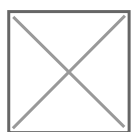
Geoffrey Yanes Bowden¹, Francisco Bosa Ojeda¹, Manuel J. Vargas Torres¹, Alejandro Sánchez-Grande Flecha¹, Alejandro Jiménez Sosa², Carima Bellejo Belkasem¹, Martín J. García González¹ y Pablo Jorge Pérez¹ del ¹Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Tenerife), y ²Hospital Universitario 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 ACP 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 ACP 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 ACP 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, quedándonos con la puntuación del SS II ACP 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 χ^2 de Spearman y, según los resultados, se obtuvieron curvas ROC. Se usó regresión logística múltiple binomial para estimar la capacidad del SS II ACP 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*.