**Relatoría evidencia científica**

**Grupo 3:** Dr. Luis Gutiérrez, Dra. María Eugenia Soler, Dr. Keinert Narváez.

**Artículo:** Impact of SYNTAX Score on 10-Year Outcomes After Revascularization for Left Main Coronary Artery Disease

**Dr. Bartolome Finizola:**

* En relación al cálculo de SYNTAX, de donde proviene su puntaje: <22 bajo, 23 – 32 intermedio, >33 alto? Del SYNTAX original.
* ¿Qué es lo que se busca por medio de esto? Obtener una revascularización completa; mientras más compleja sea, más alto es el score de syntax y será menos probable lograr la revascularización por cualquiera de las dos vías (ICP o RQM), pero particularmente por hemodinamia, dado a que hasta los momentos no existe un stent que le gane al puente mamario.
* ¿Qué error pudiera tener esto? El error seria que el puntaje para el score sea diferente. Es decir, que los terciles tenga una puntuación variable para los cirujanos y otra para los hemodinamistas.
* En la figura 1 que corresponde al diagrama de flujo de la selección de pacientes, observamos que no hay cálculo de la muestra, ya que no es un ensayo clínico, solamente se describir una cohorte. Se hace un matching, hace lo mejor posible para que los pacientes en estudio se parezcan en las características clínicas y así poder compararlos de una forma más confiable.
* Tabla 1, en el score de syntax alto, la variable edad CABG (63.9± 8.9), ICP (66.3±10.1), valor de p <0.004, existe relevancia en esta diferencia? La importancia es poderlo definir estadísticamente y clínicamente. Como podríamos interpretar que en realidad hay una diferencia cuando se tiene desviaciones estándar que se solapan.
* No hay diferencia con respecto a la mortalidad en las tasas ajustadas ya que ei IC95% tiene como límite inferior 1
* En relación a la lista de cotejo:

--La pregunta número 5 ¿El seguimiento fue completo? En el artículo, no se especifica esto, por lo tanto, no aplica.

--La pregunta número 12 ¿Los pacientes del estudio se parecen a los que existen en mi medio de trabajo?

**No:** debido a que utilizamos stents de última generación y esto habla a favor del servicio de hemodinamia en los resultados.

**Si:** dado a que la intención es brindad una repuesta satisfactoria al paciente que no puede ser llevado a cirugía.

**Dr. Mauro barrios:**

* ¿Qué se debe de opinar con respecto a las oleadas de los stents?

La ICP se realizó en dos “oleadas”: desde 2000 a 2003 para stents metálicos y desde el 2003

hasta el 2006 para stents liberadores de fármaco (Everolimus y paclitaxel).

**Dr. Mauro Barrios y Dr. Reinaldo Ortiz:**

* Se debe perfeccionar la pregunta del ciclo en conjunto con el servicio de hemodinamia.

**PREGUNTA DEL CICLO**

**En enfermedad del tronco de la arteria coronaria izquierda: ¿Existe algún escenario clínico en el cual haya mayor beneficio con la revascularización percutánea?**