COMPARAÇÃO DO EUROSCORE I, II E ESCORE ACEF PARA PREDIÇÃO DE RISCO APÓS CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO COM E SEM CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA.

MAURO RICARDO NUNES PONTES, MAURO RICARDO NUNES PONTES, MARCELA DA CUNHA SALES, MARCELA DA CUNHA SALES, JOSE DARIO FROTA FILHO, JOSE DARIO FROTA FILHO, ÁLVARO MACHADO RÖSLER, ÁLVARO MACHADO RÖSLER, JONATHAN FRAPORTTI DO NASCIMENTO, JONATHAN FRAPORTTI DO NASCIMENTO, GABRIEL CONSTANTIN, GABRIEL CONSTANTIN, ERALDO DE AZEVEDO LUCIO, ERALDO DE AZEVEDO LUCIO, PAULO ERNESTO LEAES, PAULO ERNESTO LEAES, VALTER CORREIA DE LIMA, VALTER CORREIA DE LIMA, FERNANDO ANTONIO LUCCHESE e FERNANDO ANTONIO LUCCHESE

Hospital São Francisco, Porto Alegre, RS, BRASIL - UFCSPA, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Objetivo. Nosso objetivo foi avaliar capacidade preditiva do Euroscore II (ES) e do ACEF, em comparação ao ES I, na CRM com e sem CEC. **Métodos**. Foram incluídos consecutivamente todos os pcts submetidos à CRM isolada (CRM-Total), Sem CEC (CRM-S) e com CEC (CRM-C) entre Jan/2010 e Dez/2013. Dados demográficos, clínicos, operatórios, ES I, ES II e ACEF, e desfechos hospitalares foram analisados. Capacidade preditiva dos escores foi avaliada para performance (mort. observada/esperada, O/E), calibração (Hosmer-Lemeshow), acurácia (curva ROC) e *Net Reclassification Improvement* (NRI). **Resultados**. 1220 pts (63±10 anos, 68,3% masc). CRM Sem CEC 54,5% dos pts. O risco predito pelo ES I, ES II e ACEF foi respectivamente 3,75%, 1,63% and 2,41%. A mortalidade global foi de 3,0%. ***Análise Bivariada***. CRM-S teve mortalidade hospitalar mais baixa que CRM-C (1,7% x 4,7%, p=0,002), menor incidência de sangramento PO (1,0% x 3,0%, p=0,035) e AVC (3,9% x 6,7%, p=0,015), porém mais novas revascularizações (1,5%x0,2%, p=0,006). ***Análise multivariada***: A CRM-C (p=0,017) e o EuroSCORE II (p=0,023) foram preditores independentes de mortalidade hospitalar. A performance do ES I, ES II e ACEF foi testada em 4 faixas de risco. O ES II foi o melhor em pcts com risco baixo ou muito alto, e o ACEF foi adequado em pts de risco alto ou muito alto. A melhor performance foi do ES II na CRM sem CEC (O/E 1,11, IC 95% 1,03-1,22). A calibração na CRM-Total foi pobre para ES I e adequada para ES II e ACEF (p=0.020, p=0.158 e p=0.567). Na CRM-S, ES 2 e ACEF mostraram boa calibração (p=0,251 e 0,681). **A acurácia** do ES II foi mais alta que a do ES I e a do ACEF na CRM-Total, CRM-S e CRM-C (AUC ROC ES II: 0,711, 0,652 e 0,724; ES I: 0,650, 0,518 e 0,699; ACEF: 0,663, 0,575 e 0,689 – respectivamente (p<0,05 para as 3 comparações). **NRI**. O ES II melhorou muito a NRI comparado ao ES I (NRI total: +35%, NRI eventos: +83%, NRI não-eventos: -48%). Na CRM sem CEC, a reclassificação foi ainda melhor (NRI total: +48%, NRI eventos: +90%, NRI não-eventos: -42%). ACEF não trouxe uma melhora relevante da reclassificação de risco. **Conclusões**: Dentre os três escores, o ES II foi o único que foi preditor independente de morte; ele mostrou a melhor acurácia, boa calibração e performance, e importante melhora da reclassificação de risco comparado ao ES I e ACEF. ES II é o melhor escore para predição de risco cirúrgico após CRM, especialmente na CRM sem CEC.