

REVASCAULARIZACION EN SÍNDROME CORONARIO CRÓNICO

¿La nueva clasificación nos ayuda en la decisión terapéutica?

Luis Alberto Urna Herbas, MD. MSc.

*Cardiología Intervencionista y Hemodinamia
Cardiología Clínica - Medicina Interna*

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

- Sin conflictos de interés.



La Evolución de la Nomenclatura: Un Reflejo de la Fisiopatología

El cambio en la terminología refleja una transición paradigmática: del enfoque «anatómico-epicárdico» centrado en la estenosis, hacia un enfoque «funcional» que reconoce múltiples mecanismos isquémicos (incluyendo disfunción microvascular y espasmo).



Referencia: Boden WE, et al. Myocardial Ischemic Syndromes: A New Nomenclature to Harmonize Evolving International Clinical Practice Guidelines. *Frontiers in Cardiovasc Med.* 2024.

El «Déjà Vu» de los Ensayos Clínicos: OMT vs. Revascularización

La Terapia Médica Óptima (OMT) ha elevado drásticamente el estándar de cuidado. Los ensayos históricos demuestran que la revascularización rutinaria no supera a la OMT en supervivencia global en poblaciones estables, pero domina indiscutiblemente en el alivio sintomático.



Referencia: Chaitman BR, Hochman JS. ISCHEMIA research group. Circulation 2021; Panuccio et al. Hellenic J Cardiol 2024.

Deconstruyendo ISCHEMIA y REVIVED: La Letra Pequeña

ISCHEMIA (5179 pts)

Titular: Estrategia invasiva no redujo eventos duros.

Surface

Depths

Datos Profundos: Excluyó pacientes con estenosis de Tronco Coronario Izquierdo (>50%) y FEVi <35%. El alivio de la angina fue abismalmente superior en el 20% de los pacientes que presentaban angina diaria/semanal basal.

REVIVED-BCIS2

Titular: PCI no mejoró supervivencia vs OMT en disfunción ventricular severa.

Datos Profundos: Incluyó FEVi <35% con viabilidad comprobada. En un seguimiento medio de 3.4 años, no hubo diferencia en muerte por todas causas o falla cardíaca, cuestionando la revascularización sistémica puramente por viabilidad.

Referencia: Maron DJ, et al. N Engl J Med 2020 (ISCHEMIA); Perera D, et al. N Engl J Med 2022 (REVIVED).

Guías ESC 2024: El Nuevo Paradigma de Revascularización

Las guías actuales estratifican la revascularización basándose en el riesgo anatómico y la refractariedad sintomática.

Revascularización para Mejorar Pronóstico (Clase I)



Enfermedad de 1 o 2 vasos que involucra la DA proximal con respuesta insuficiente a OMT (CABG o PCI - Nivel A).



Estenosis significativa del Tronco Común de baja complejidad (SYNTAX \leq 22) (PCI como alternativa a CABG - Nivel A).

Revascularización para Mejorar Síntomas (Clase I)



Pacientes con angina persistente e isquemia limitante a pesar de OMT optimizada.

Referencia: Vrints C, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. Eur Heart J 2024.

¿La Nomenclatura Define la Decisión? El Falso Dilema

Clasificar a un paciente como «CCS» o «NAMIS» es solo el inicio. La decisión en la sala de hemodinamia no responde a una etiqueta semántica, sino a un algoritmo de estratificación estricto.



Referencia: Gabaldon-Perez A, et al. J Clin Med 2021; ESC Guidelines 2024.

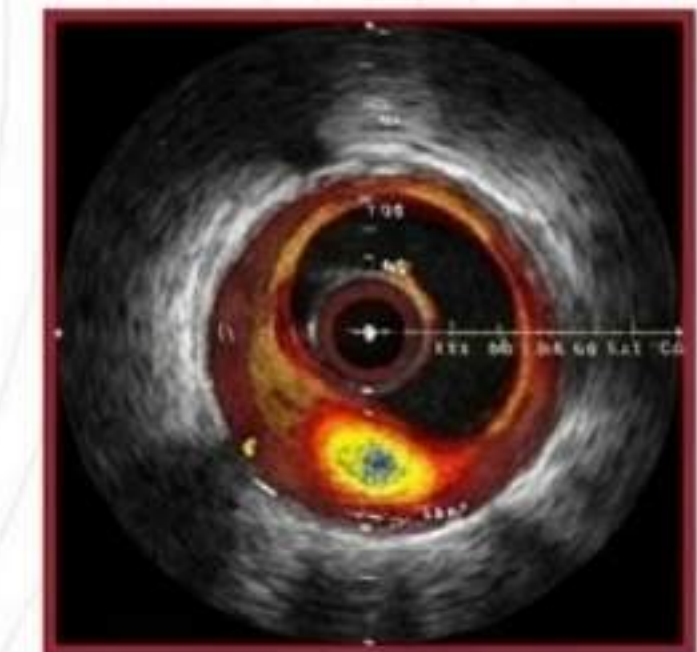
La Fisiología y la Imagen Endovascular como Árbitros Definitivos

La angiografía visual bidimensional es insuficiente para definir el impacto isquémico de lesiones moderadas.



Concepto Clave: Integración de FFR/iFR para validación fisiológica (Ensayos FAME / DEFER).

Concepto Clave: Uso rutinario de IVUS/OCT para guiar y optimizar la intervención percutánea. Viendo más allá de la silueta.



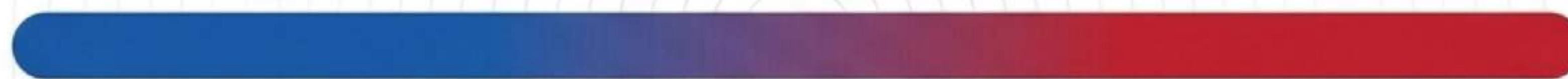
Concepto Clave: Uso rutinario de IVUS/OCT para guiar y optimizar la intervención percutánea. Viendo más allá de la silueta.

Referencia: Vrints C, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. Eur Heart J 2024.

El Escenario Crítico: $FEVi \leq 35\%$ y Enfermedad Multivaso

El terreno donde el pronóstico a largo plazo se define por el tipo y riesgo de la intervención.

**Bajo Riesgo
Quirúrgico**



**Alto Riesgo
Quirúrgico o
Inoperable**



Domina la Cirugía (**CABG**).
Estándar respaldado por el
ensayo STICH.

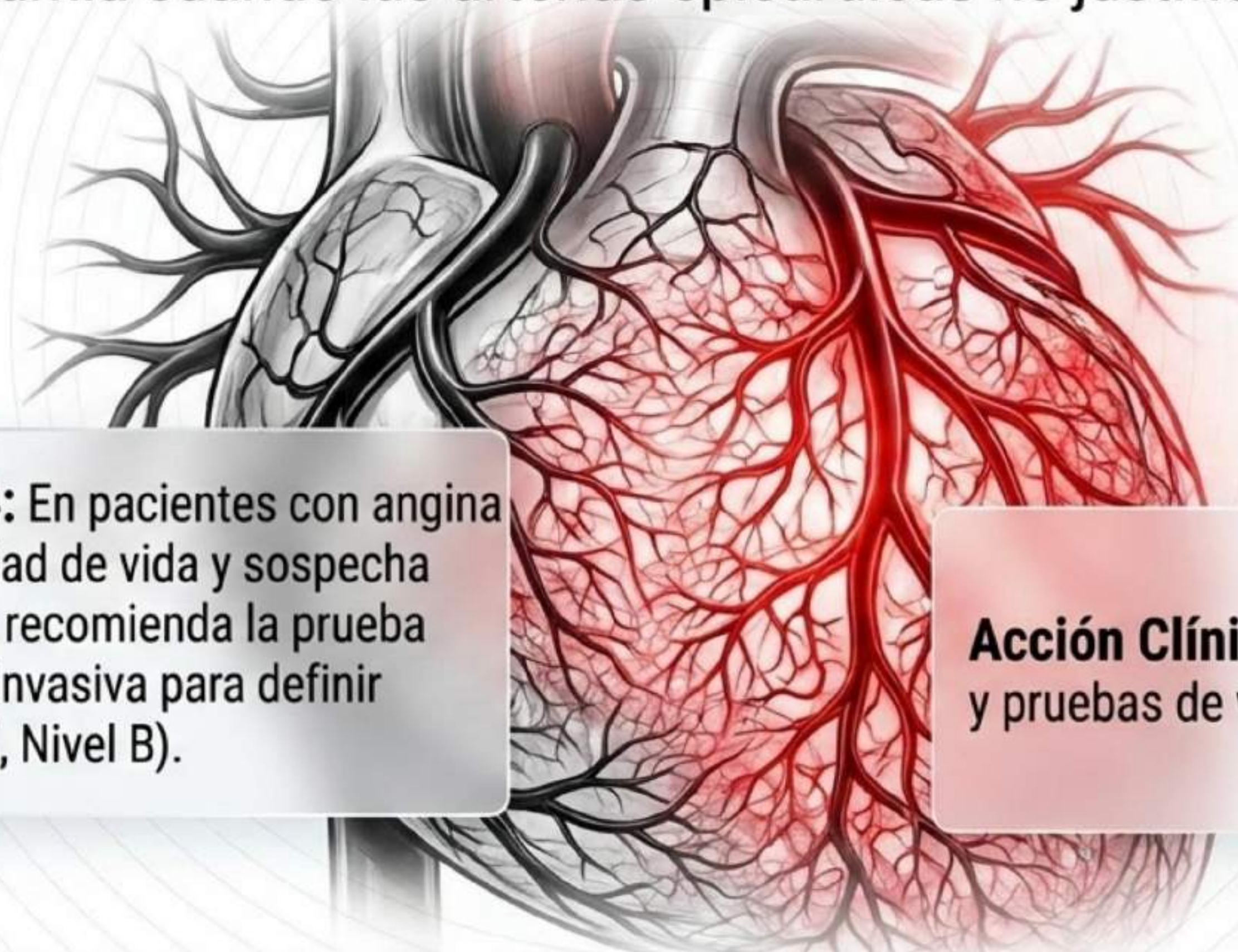
Emerge la Intervención Percutánea
(**PCI**). Las guías ESC 2024
posicionan a la PCI como una
alternativa (**Clase IIb/IIa**) para
pacientes seleccionados con
anatomía funcionalmente significativa
que no son candidatos a cirugía.



Referencia: Vrints C, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. Eur Heart J 2024 (Table 3).

INOCA y Disfunción Microvascular: El Lado Oculto del Síndrome

Aceptar la nueva nomenclatura «**NAMIS**» implica evaluar la microvasculatura en la sala de hemodinamia cuando las arterias epicárdicas no justifican los síntomas.



Directriz ESC 2024: En pacientes con angina refractaria, mala calidad de vida y sospecha de ANOCA/INOCA, se recomienda la prueba de función coronaria invasiva para definir los endotipos (Clase I, Nivel B).

Acción Clínica: Medición de CFR/IMR y pruebas de vasorreactividad.

Referencia: Vrints C, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. Eur Heart J 2024 (Table 3).

Poblaciones Sub-representadas: Mujeres y Enfermedad Renal Crónica



Enfermedad Renal Crónica (ISCHEMIA-CKD)

En pacientes con ERC avanzada e isquemia moderada a severa, la estrategia invasiva inicial no observó una reducción significativa del riesgo de muerte o infarto en comparación con OMT, y presentó una mayor tasa de complicaciones.



Mujeres (Análisis ISCHEMIA)

Las mujeres presentan diferencias fisiopatológicas clave: frecuentemente muestran menos enfermedad obstructiva severa en la angiografía, pero mantienen una **carga isquémica e impacto en calidad de vida** equivalentes a los hombres.

Referencia: Panuccio et al. Hellenic J Cardiol 2024; Reynolds HR, et al. J Am Heart Assoc 2024.

Toma de Decisiones Compartida (*Shared Decision-Making*)

La evolución de la medicina paternalista a la atención centrada en el paciente. La revascularización es, fundamentalmente, una herramienta para mejorar la calidad de vida.

Evidencia Clínica y
Riesgo Anatómico
(El Médico)

Valores, Preferencias y
Expectativas
(El Paciente)

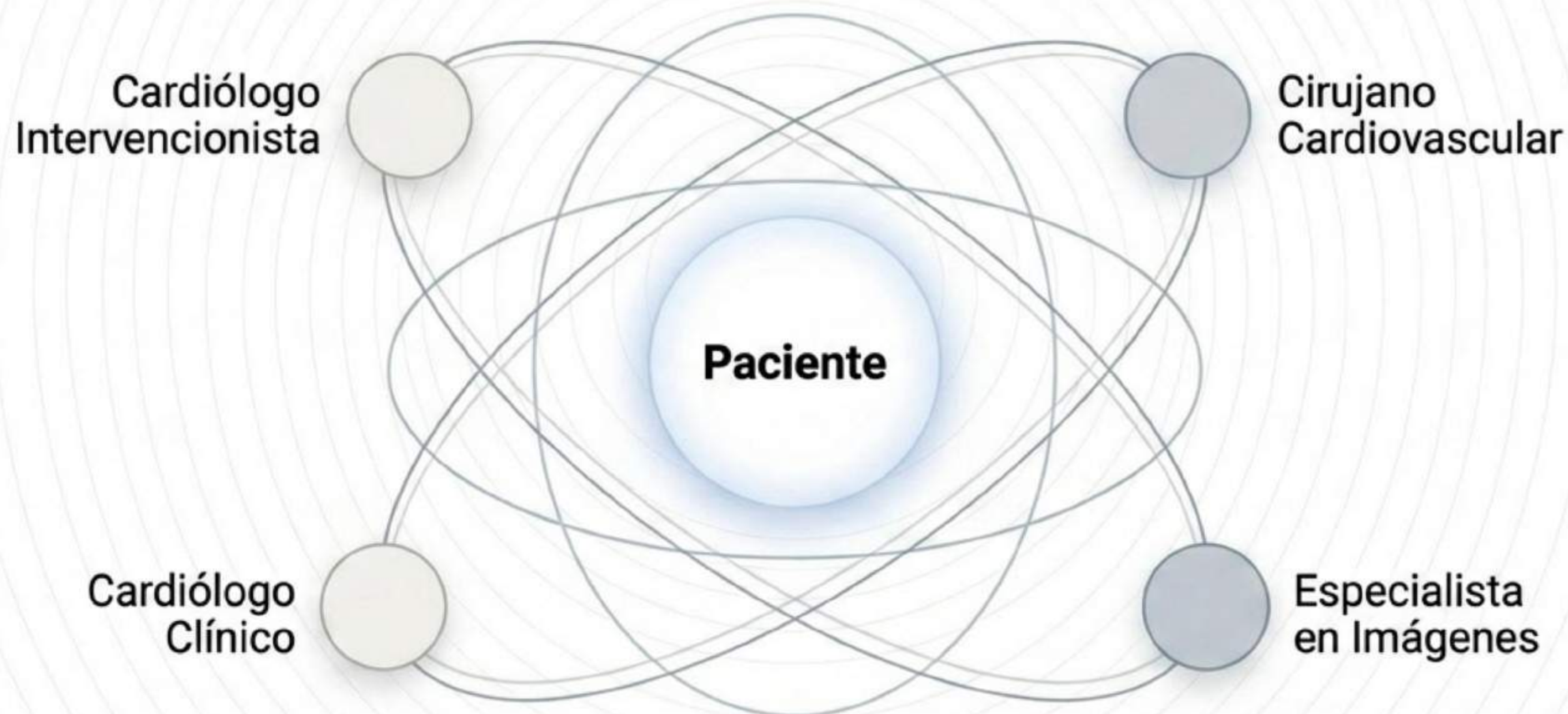
**Decisión
Óptima**

Contexto Social y
Cognitivo (El Entorno)

Referencia: 2023 Shared decision-making and cardiovascular health AHA.

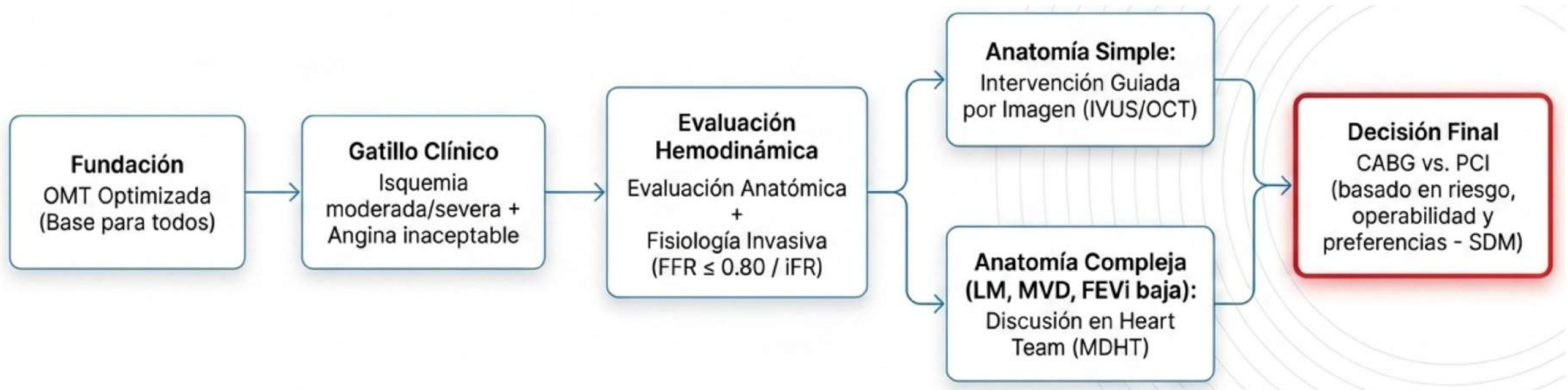
El Multidisciplinary Heart Team (MDHT) en SCC

Para anatomías complejas (SYNTAX alto, Tronco Común, FEVi baja),
el operador aislado cede el paso al consenso estructurado.



Referencia: Batchelor et al. Evolution of the Multidisciplinary Heart Team in Cardiovascular Medicine. JACC Advances 2023.

Mapa de Ruta del Intervencionista



Referencia: Síntesis de Guías ESC 2024, AHA 2023 y Ensayos ISCHEMIA/REVIVED/FAME.

Conclusiones para la Sala de Hemodinamia

- 1** **La semántica no dicta la terapia:** La nueva clasificación (NAMIS/CCS) amplía nuestro entendimiento, pero la fisiología y la anatomía coronaria definen la acción.
- 2** **OMT es innegociable:** La supervivencia a largo plazo se cimenta en el tratamiento médico; la revascularización percutánea es la herramienta suprema para la calidad de vida y el alivio sintomático.
- 3** **Fisiología > Anatomía Visual:** La angiografía visual debe ser validada con FFR/iFR e imagen endovascular (IVUS/OCT).
- 4** **Colaboración como estándar:** El Heart Team (MDHT) y la toma de decisiones compartida (SDM) representa el máximo estándar clínico, ético y legal en enfermedad coronaria compleja.



Acad. Dr. DAEN
LUIS ALBERTO URNA HERBAS, MSc.

+59176642222
dr_luis_urna@outlook.com
<https://linktr.ee/dr.luisurna>



gracias