

Estratificación de riesgo en los SCAsST: Beneficios de la conducta invasiva

Dr. Pedro Trujillo

Prof. Adj. Departamento Cardiología

UDELAR

petruji67@gmail.com



Angina
estable

SCAcST



Isquemia
silente

Muerte
súbita

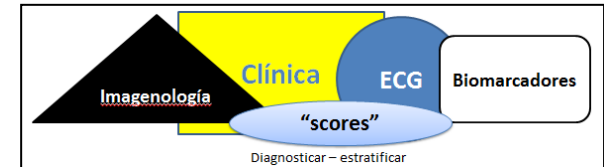
Los SCAsST son una población heterogénea
en riesgo y pronóstico

..... por lo que debemos
**Estratificar/clasificar/ordenar/
Discriminar**



**Riesgo de:
Muerte
IAM
Muerte CV
Sangrado**

De acuerdo a

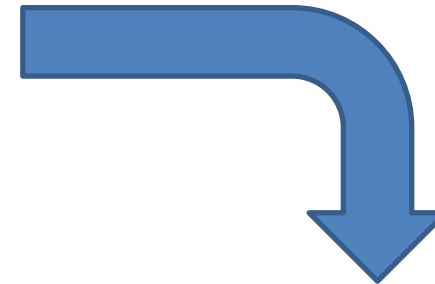
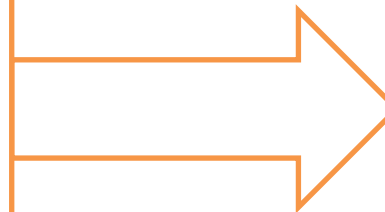
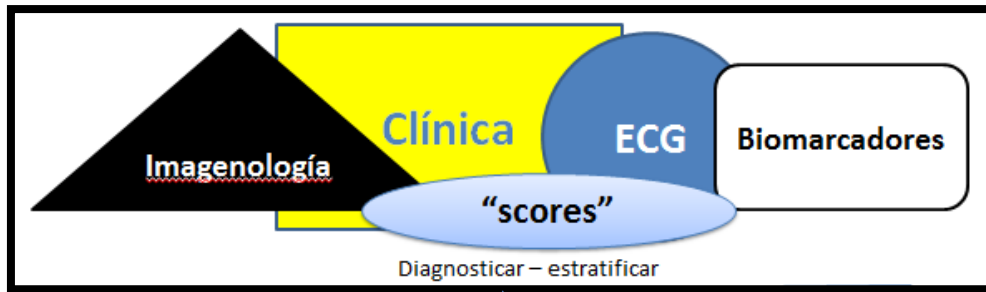


pronóstico

intrahospitalario

Largo plazo

La estratificación de riesgo es un proceso "en marcha" hasta el alta hospitalaria que puede determinar modificaciones de la estrategia de tratamiento en cualquier momento





Integrar en una estrategia de manejo que responda las principales preguntas del SCAsST

**Riesgo inicial:
arrítmico y de
IAM**

**Internación/alta
UDT
monitorización**

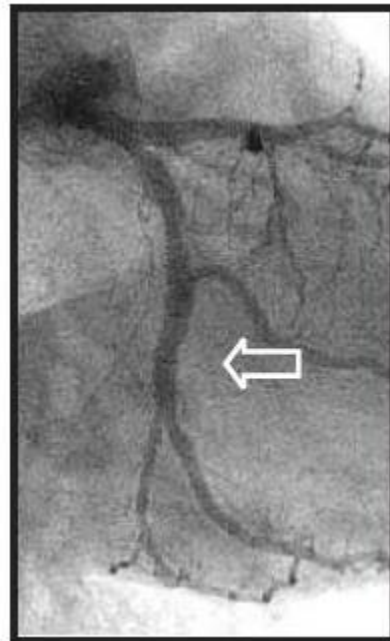
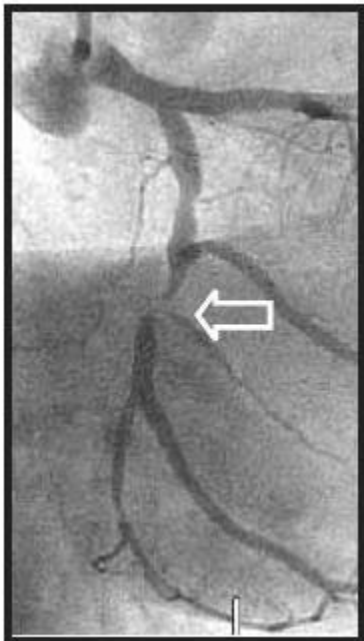
**Tratamiento
antitrombótico**

**Invasiva
selectiva o
conservadora**

**2hs/24/72hs
culpable vs todo
ATC vs CRVM**

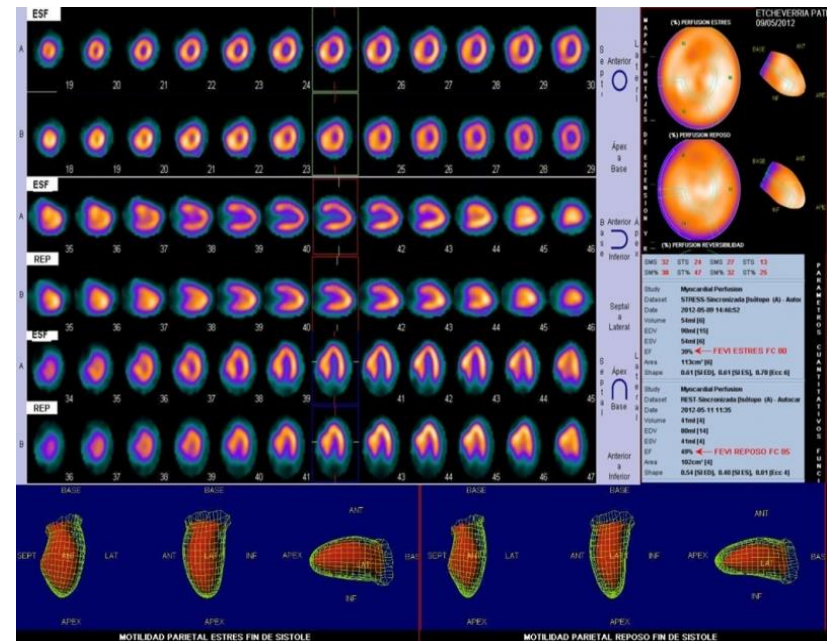
Estrategia invasiva:

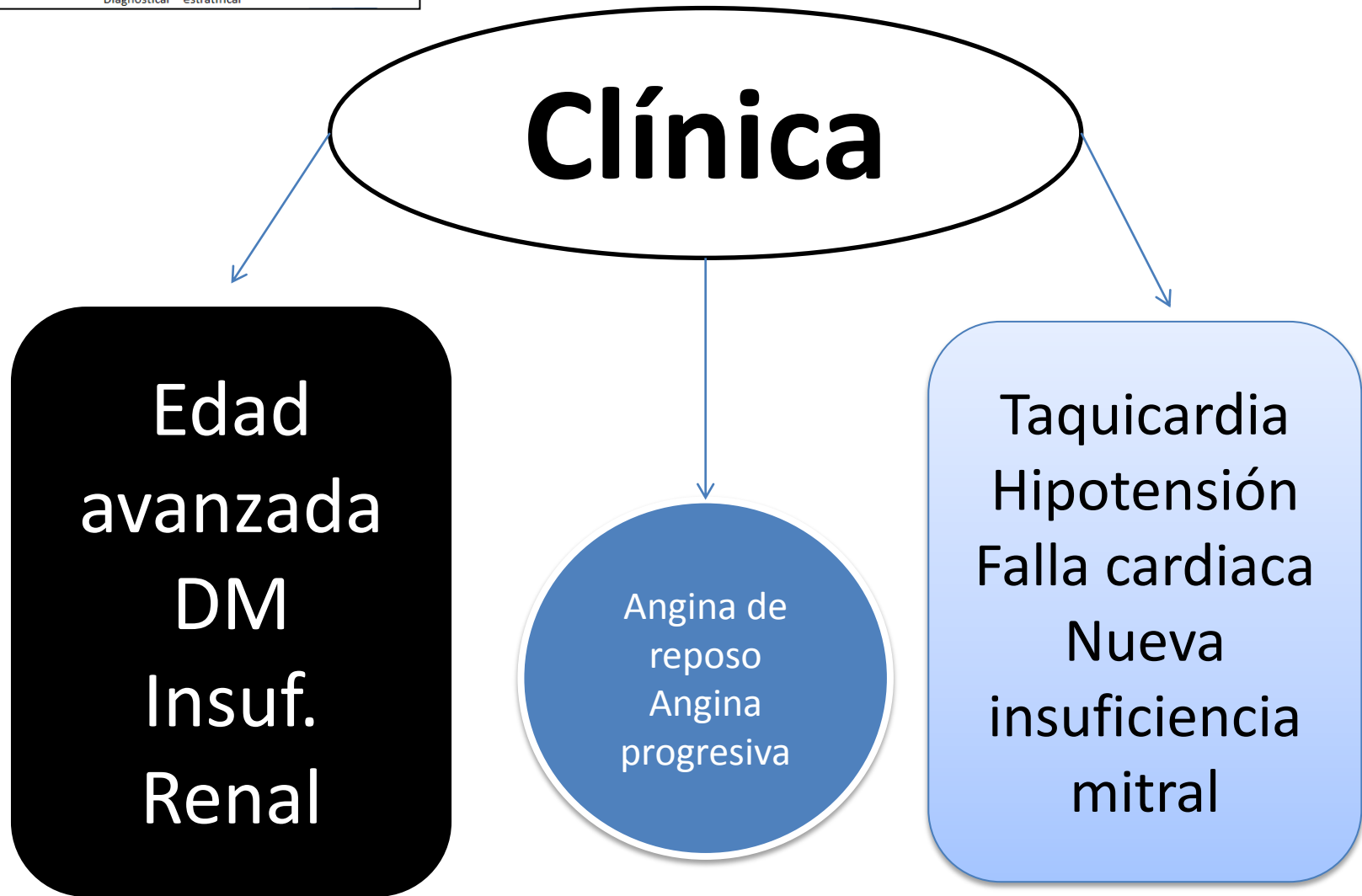
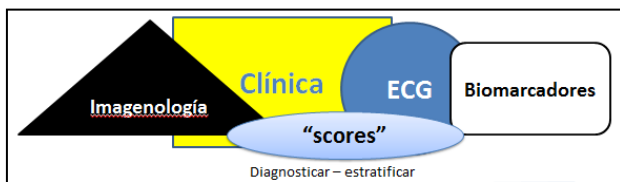
Angiografía y
revascularización
2hs/24hs/72hs



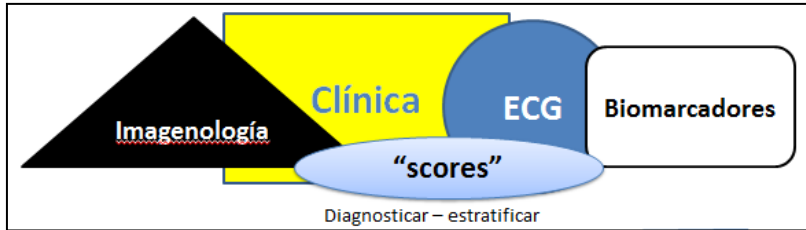
Estrategia conservadora o invasiva selectiva :

- Estabilización clínica
- Estudio funcional de
isquemia antes del alta.
- Eventual angiografía y
revascularización



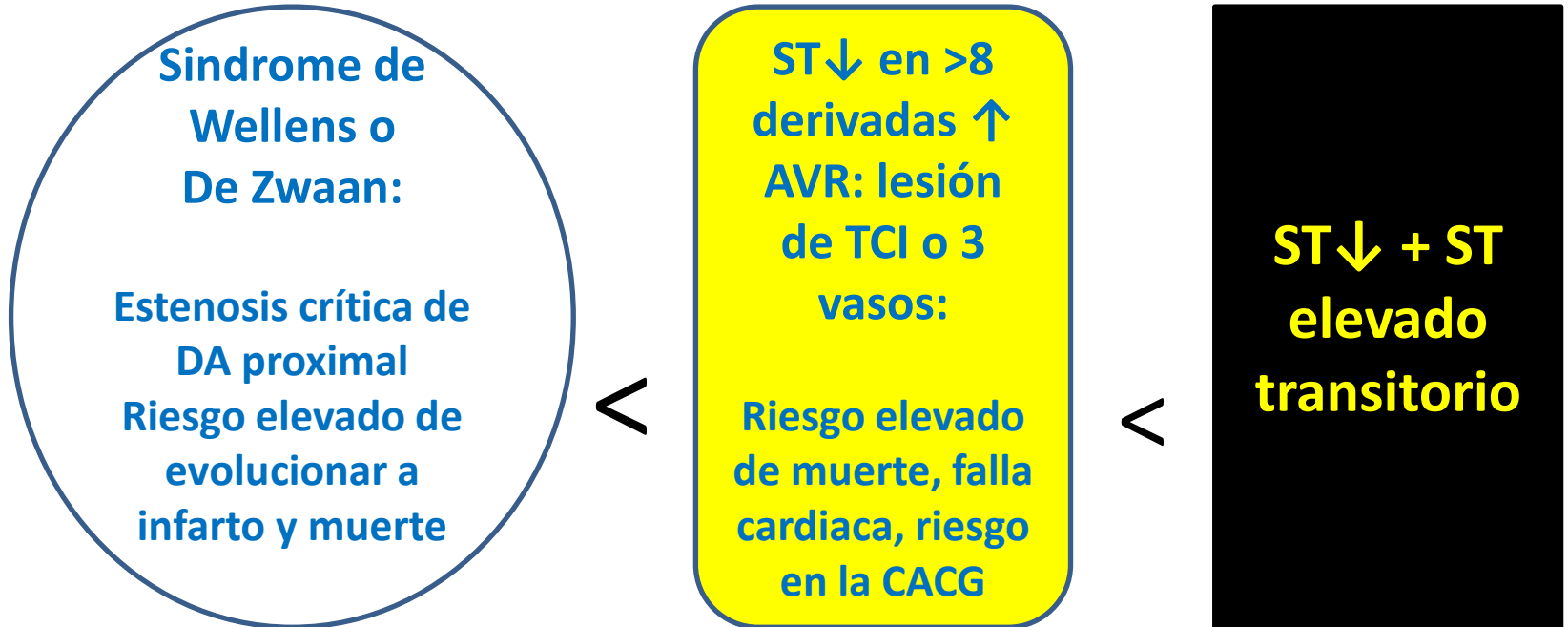


Fox KA, et al. (GRACE). BMJ 2006;333:1091
Altman et al. JAMA 2000;284:835-842



Patrones Electrocardiográficos de riesgo en el SCA sin ST

J Am Coll Cardiol. 2003; 905-915.



De Zwann C, Bar FW, Janssen JH, Cheriex EC, Dassen WR, Brugada P, et al. Angiographic and clinical characteristics of patients with unstable angina showing an ECG pattern indicating critical narrowing of the proximal LAD coronary artery. Am Heart J. 1989; 117: 657-65.

Tan NS et al. Am Heart J 2013;166:290-297.

“Score” de riesgo

¿Porque son importantes en el manejo del SCA sST ?

**iiiiiiiIntengran variables!!!!!!!
“Una sola variable no es tan buena como varias para predecir la evolución de un paciente”**

¿Porque no son ampliamente usados a pesar de la evidencia y las guías?

**Percepción de que una variable es suficiente
Engorroso para calcular
No todos los parámetros están disponibles en la presentación**

Evaluación cuantitativa del riesgo isquémico

GRACE score

mas exacto
admisión y descarga
Validado externamente
Dirigido a la emergencia
electrónico

PURSUIT, PREDICT, EMMACE, SRI, AMIS, UA
risk score

TIMI score

Mas sencillo
Menor exactitud

Muerte/IAM, revascularización
urgente a los 14 días

**The GRACE 2.0 risk calculator predice:
muerte (intra hospitalaria, 6m, 1 y 3 años).
Combinado de muerte e IAM al año**

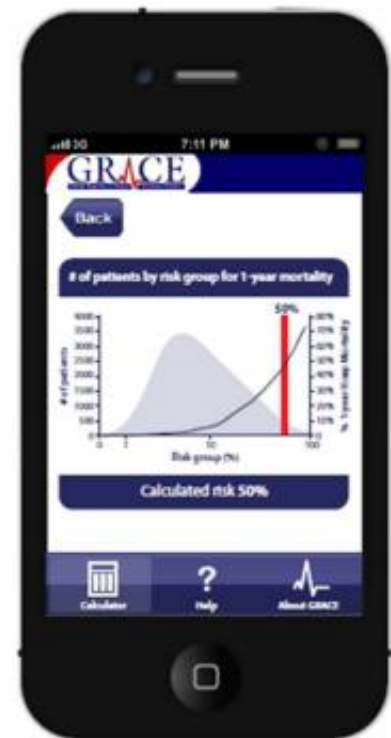
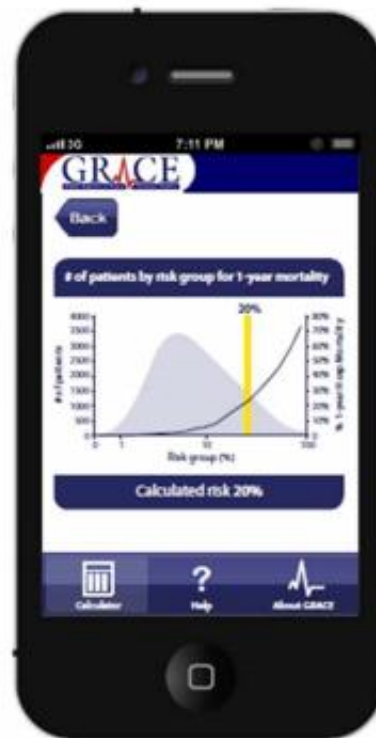


Table 5 Mortality in hospital and at 6 months⁵⁰ in low, intermediate, and high risk categories in registry populations, according to the GRACE risk score

Risk category (tertile)	GRACE risk score	In-hospital death (%)
Low	≤108	<1
Intermediate	109–140	1–3
High	>140	>3
Risk category (tertile)	GRACE risk score	Post-discharge to 6-month death (%)
Low	≤88	<3
Intermediate	89–118	3–8
High	>118	>8

Angiografía coronaria SCA_sST

40% tiene múltiples lesiones culpables

>20% sin lesiones

Confirma o descarta la enfermedad obstructiva epicárdica

Guía la terapia antitrombótica

Identifica lesión(s) culpable(s)

Indica la revascularización

Define ATC/RVM

Estratifica el riesgo a corto y largo plazo

25% tienen un arteria ocluida 2/3 colateralizada

10% TCI
5% puentes

40-80% MV

FFR: no

Estrategia Invasiva vs conservadora /selectiva.

Evidencia

RCTs

- TIMI-IIIIB 1473
- VANQWISH 920
- FRISC II 2457
- TACTICS
- TIMI 18 2220
- RITA 3 1810
- ICTUS 1200

El mundo real: los Registros

- El registro OASIS 7987
- El registro GRACE 7290

Metanálisis

Crossover, sesgos de poblaciones, de BMS/ DES, de IGPIIbIIIa, de P2Y₂

Metanálisis de (FRISC II-RITA3-ICTUS) 5 años 5467p. Datos de paciente individuales

Fox KA et al. J Am Coll Cardiol 2010;55:2435–2445

**Menor riesgo de
muerte CV o IAM
En la estrategia
invasiva rutinaria**

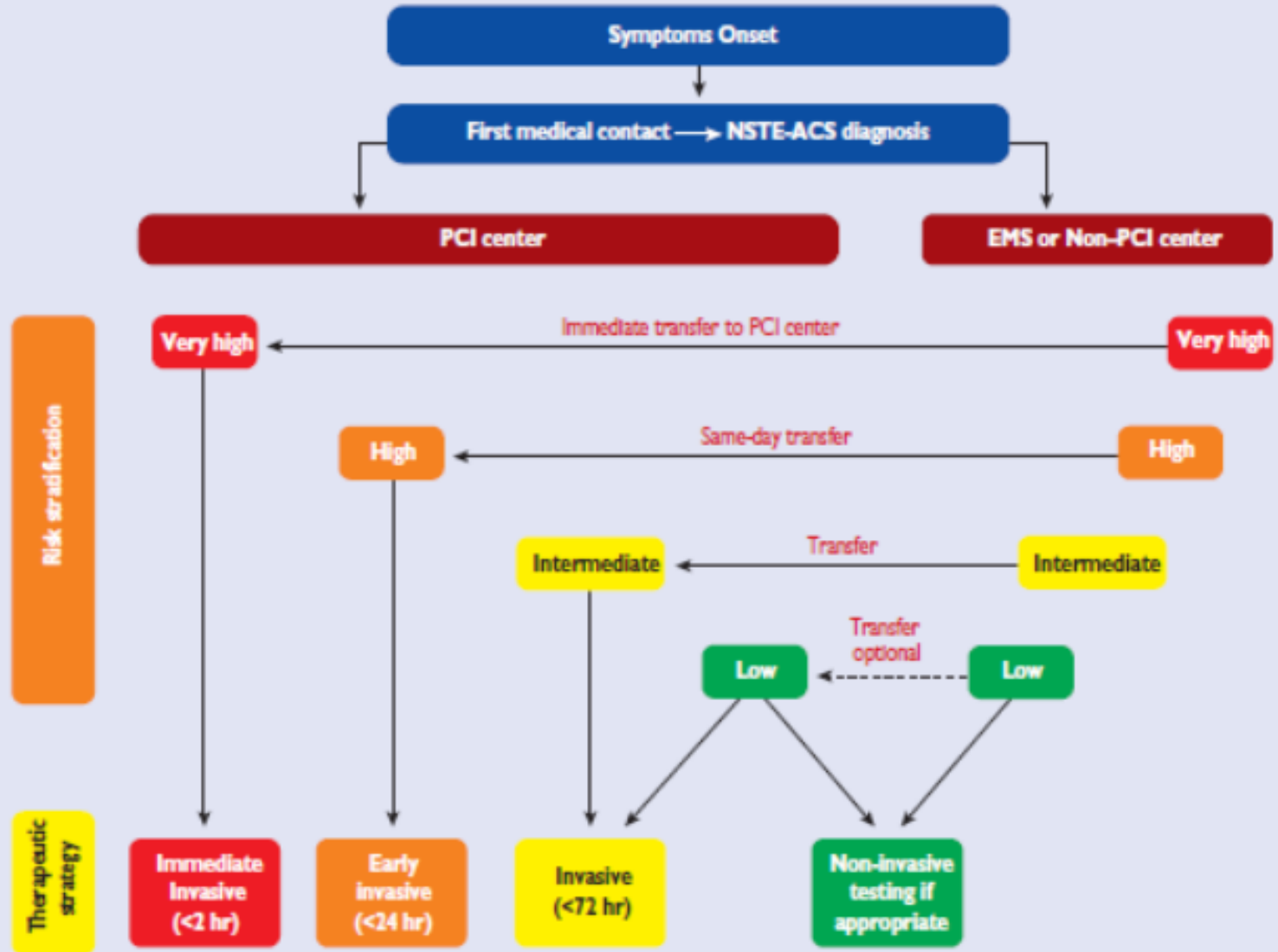
**Se excluyeron pacientes de
muy alto riesgo**

**Reducción de riesgo
absoluto del punto
combinado:
RB: 2,0 - RI: 3,8- RA:
11,1 %**

Beneficio es más pronunciado en los pacientes de alto riesgo

**Pero.....los avances de PCI no estaban disponibles ampliamente:
Radial, provisional stent, nuevos DES, nuevos P2Y₁₂**

Estrategia y “timing” de acuerdo al riesgo



Estratificación de riesgo en SCAsST.

Mensaje para llevarse a casa

- **Los SCA sST son una población heterogénea en riesgo y pronóstico.**
- **La clínica, el ECG, las Troponinas ultrasensibles, la imagenología y los “scores” son las herramientas diagnósticas y estratificadoras.**
- **El desafío es integrarlas en una estrategia de manejo.**
- **La angiografía coronaria, la revascularización y su “timing” están mandatadas por el riesgo estimado del paciente.**
- **La estrategia invasiva es muy beneficiosa en los pacientes de riesgo alto**