IdiPAZ
Instituto de Investigación
Hospital Universitario La Paz

5 Julio 2013

Avances en SCA
"Salvar + Vidas"

Estratificación del riesgo

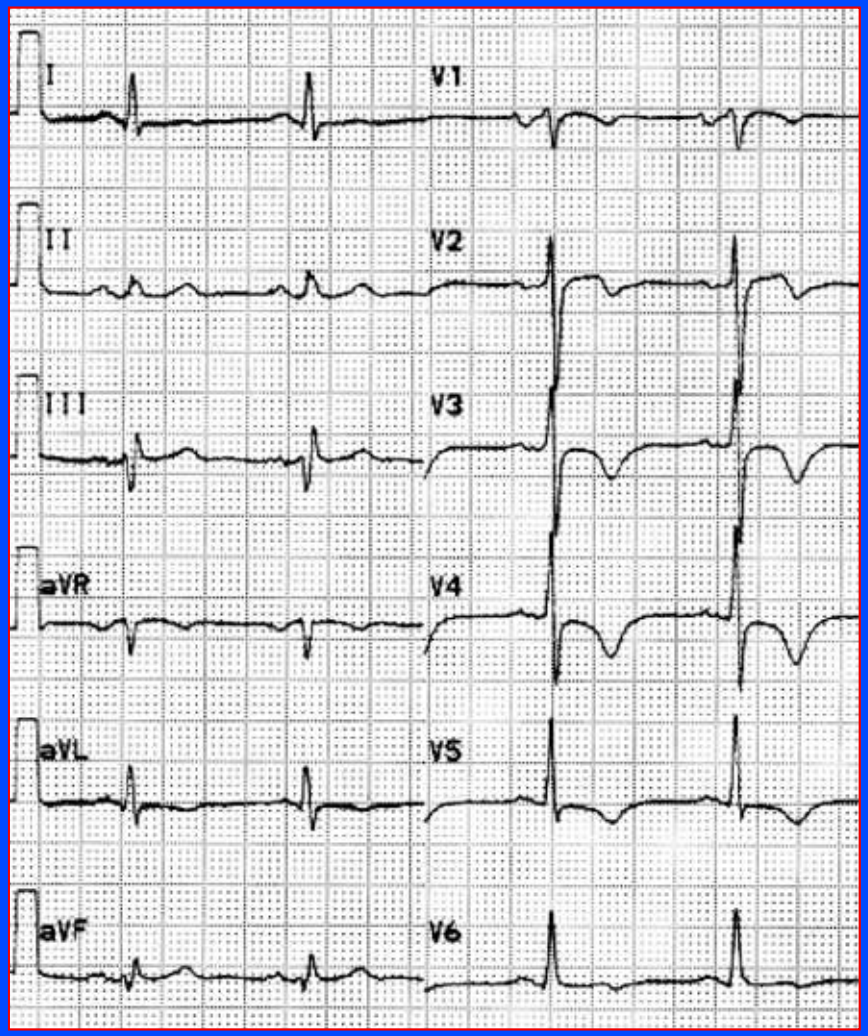
Esteban López de Sá
Unidad de Cuidados Agudos Cardiológicos

CASO clínico

- Mujer 39 años. Está acompañando a un familiar en el hospital.
- Continúa menstruando
- Sin FRCV sin. IMC 19
- Acude a urgencias por opresión centro-torácica muy intens, 15’ de duración. Se asustó pero ya no tiene dolor
- Expl. TA 110/75; FC 75, todo normal.
- Se remite a su domicilio. Dtco. Ansiedad.

CASO (continuación)

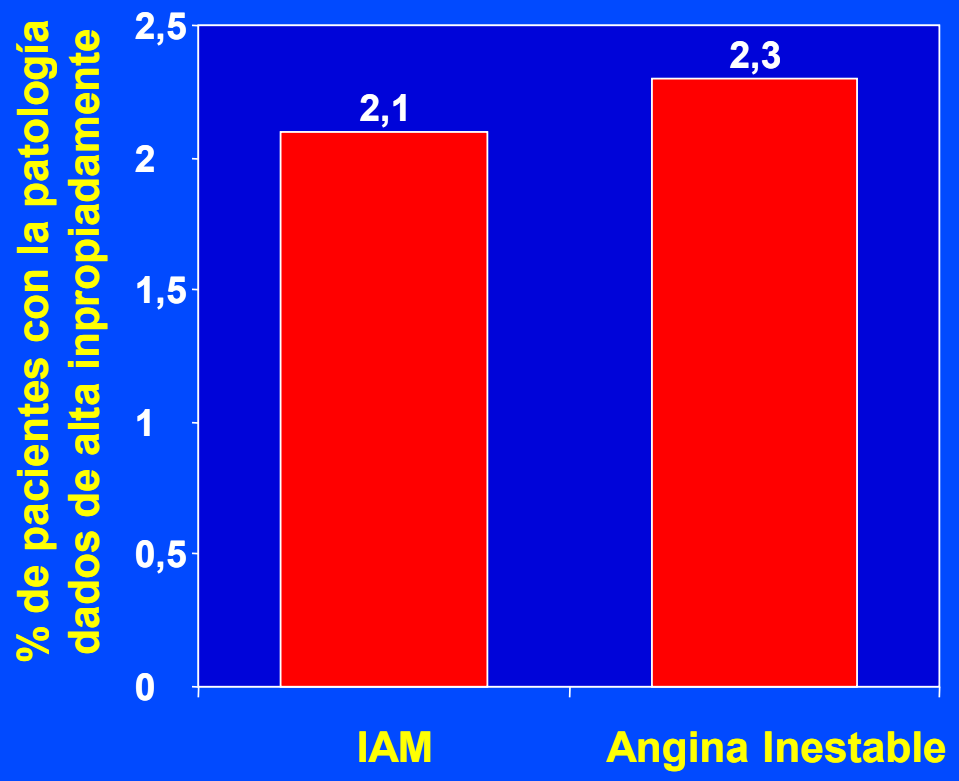
- Acude a las 18 h del episodio a urgencias por nuevo episodio de 3 h intensidad variable
- Se avisa a cardiología y estando hablando con ella presenta FV.
- Se realiza RCP
- Posteriormente cateterismo



Historia Clínica

- El 30% de los IAM presentación no típica
- Los FRCV son unos predictores pobres de SCA
  - ✓ Son predictoras de enfermedad coronaria en asintomáticos
  - ✓ La presencia de dolor torácico supera el valor predictivo de los factores de RCV

Altas inapropiadas



Factores relacionados

- Pacientes menores de 55 años
- Mujeres
- Electrocardiograma si se ha hecho se interpreta como normal o no diagnóstico
- Síntoma predominante de disnea

N Engl J Med 2000; 342: 1163-70

Estratificación del riesgo

¿Para que?

1. **Tener información del pronóstico**
   - ✔ **Ej: el 0,8% - 40%**
2. **Mejor asignación de recursos**
3. **Comparación de resultados**
4. **Efecto del tratamiento**

Clasificación de Killip y Kimball (IAM)

Clase	Hallazgos clínicos	Mortalidad
I	Normal	6
II	Insuf. Card.: Estertores, R3	17
III	Edema pulmonar	38
IV	Shock	81

Killip & Kimball Am J Cardiol 1967;20:457

¿Cuando es necesaria?

Ante una toma de decisiones.

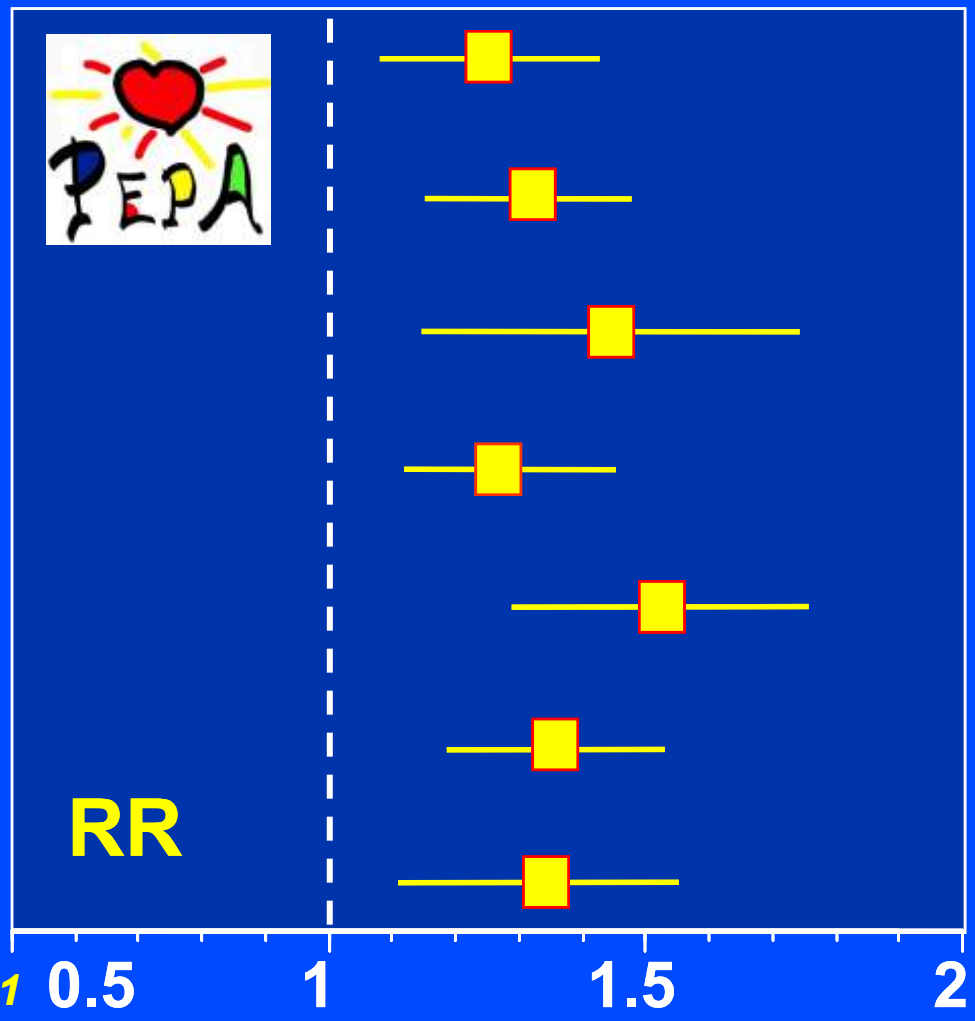
1. Valoración del dolor torácico
2. Manejo inicial
3. Alta

Escalas de estratificación

1. PEPA (SCA-SEST)
2. GRACE (SCA)
3. PURSUIT (SCA-SEST)
4. SIMPLE (SCA-CEST)
5. TIMI SCA-SEST
6. TIMI SCA-CEST
7. ZWOLLE (SCA-CEST)
8. KAMIR

APACHE
SAPS

Muerte Cardiaca / IM a 90 dias



Edad ≥ 65 a

Diabetes

Angina post-IAM

> 2 episodios 24h

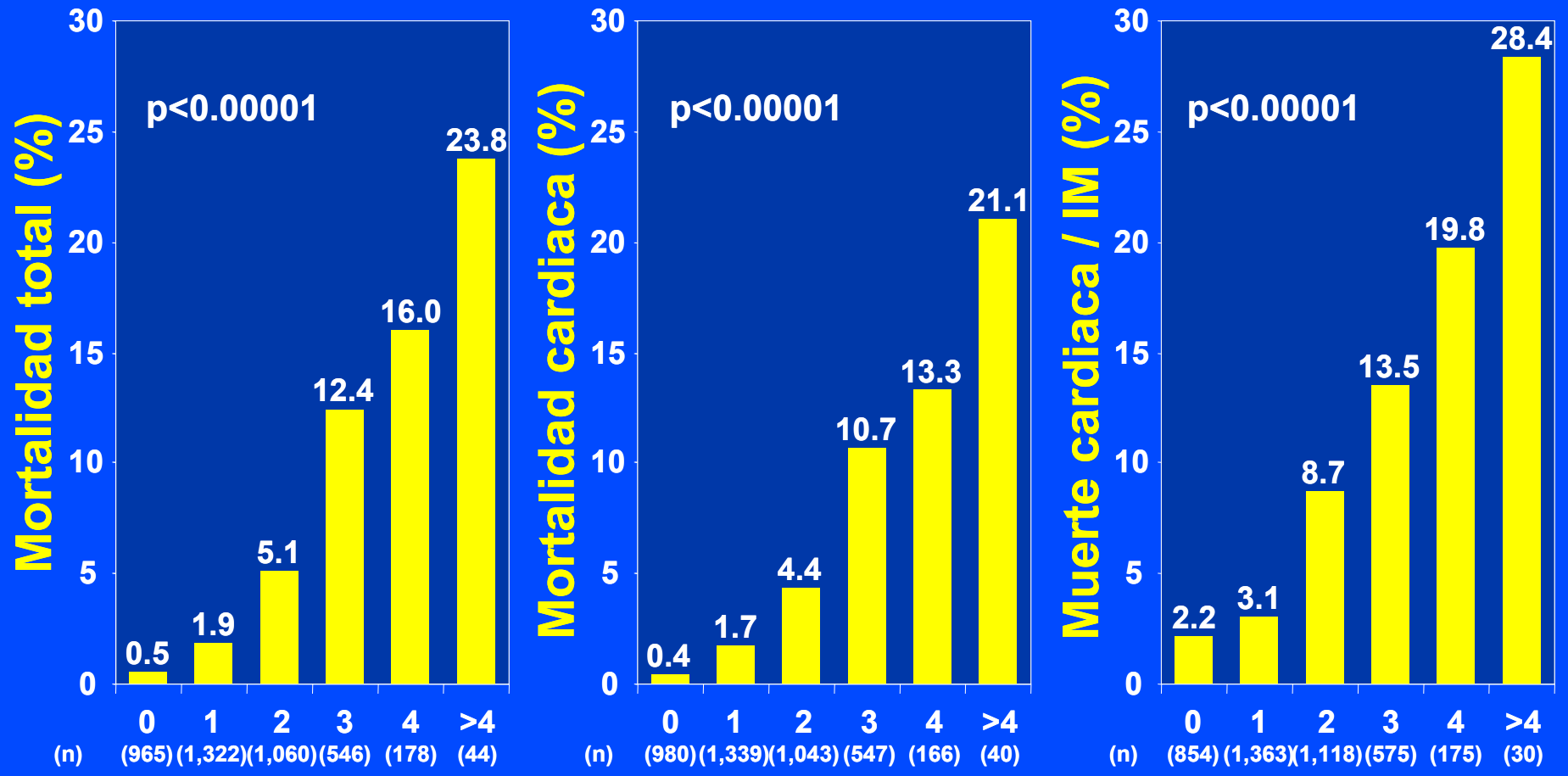
Killip ≥ 2

↓ST

↑CK y/o MB-CK

López de Sá E et al. Eur Heart J 2000; 21: 211
López de Sá E, et al. Medicine (Baltimore). 2002; 81: 434-42.

Pronóstico a 90 d según nº de factores de riesgo

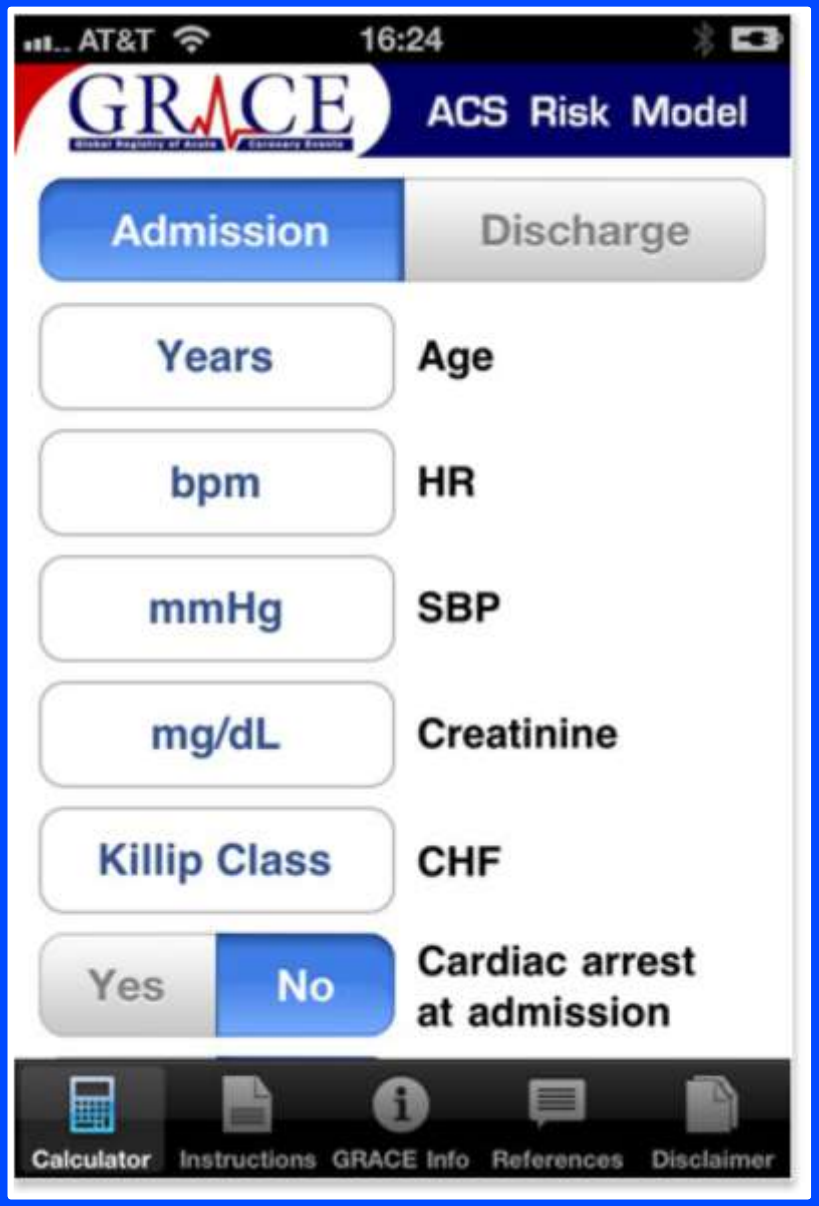


López de Sá E et al. Eur Heart J 2000; 21: 211
López de Sá E, et al. Medicine (Baltimore). 2002; 81: 434-42.

GRACE

El modelo de estratificación del riesgo GRACE disponible en smartphone :

www.umassmed.edu/outcomes/grace



Modelo GRACE

Fact. demográficos

- Edad

Presentación clínica

- FC
- TA sitólica
- Killip
- PCR

ECG

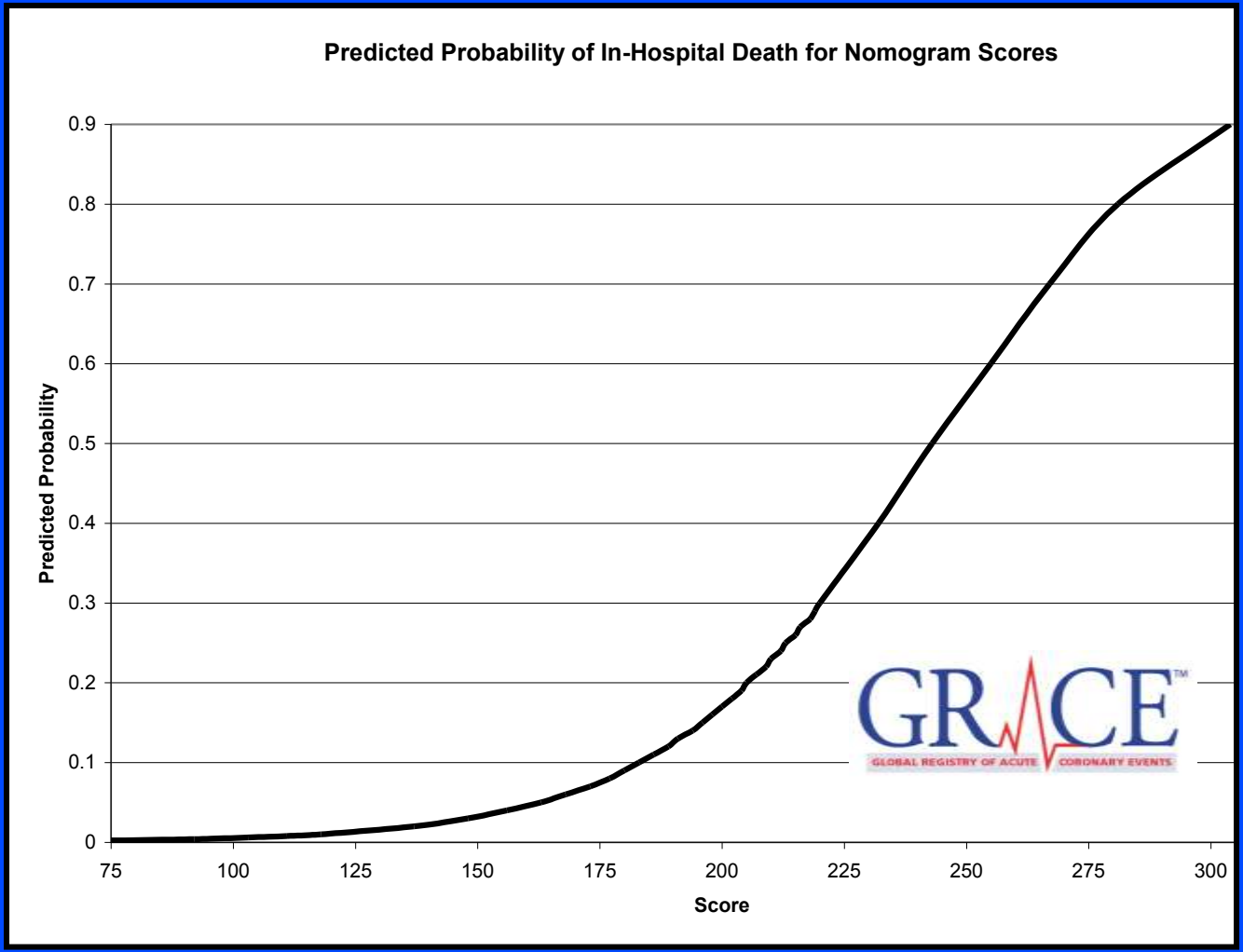
- Alts ST.

Analítica

- Creatinina
- Enzimas cardiacas

Predicen el 90% del riesgo

Probabilidad de muerte I.Hops



Arch Intern Med 2003;163:2345-53

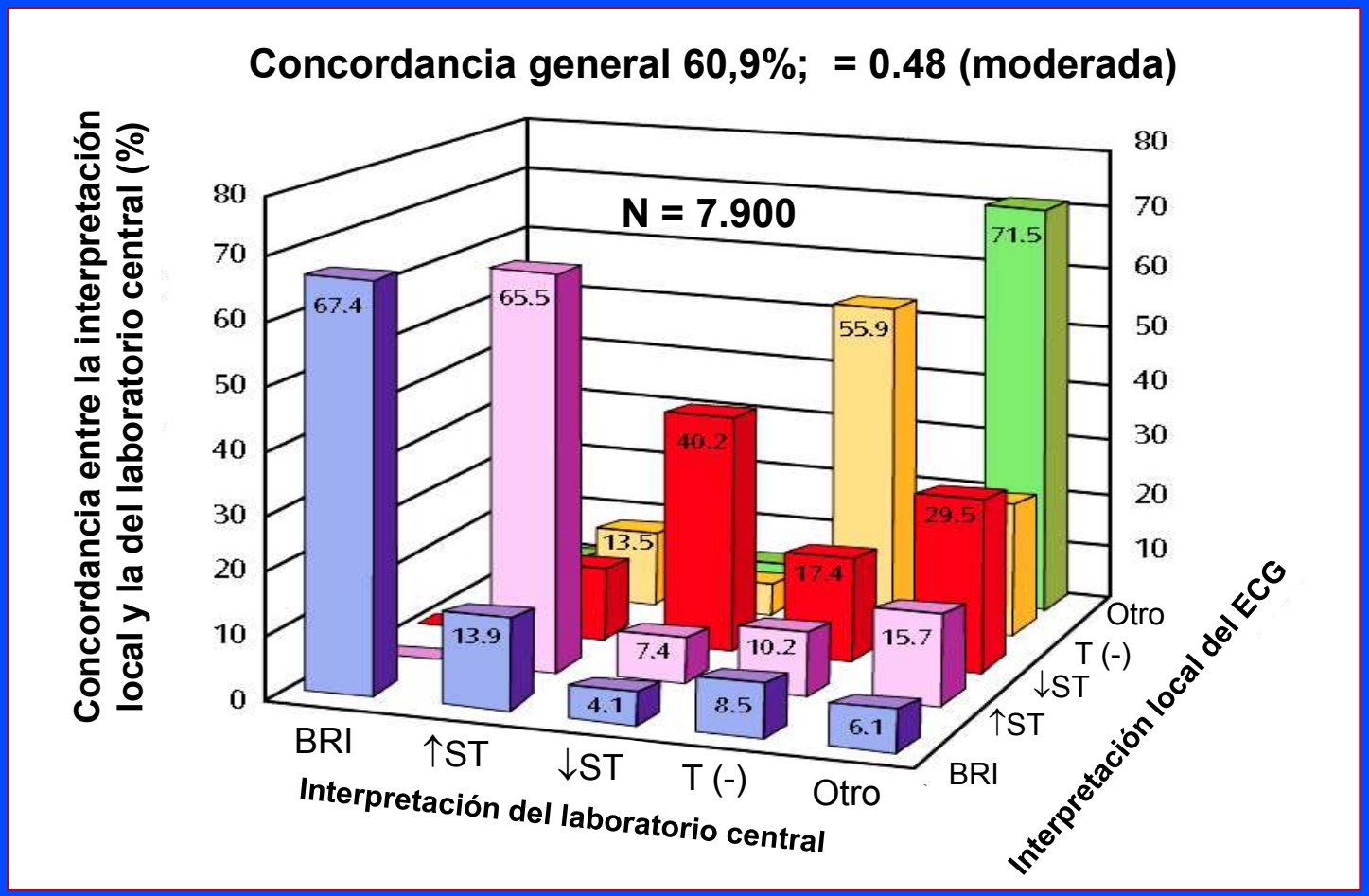
Estratificación del riesgo

Dolor torácico o equivalente de posible origen isquémico

Breve Hª Clin. + Expl. F + ECG < 10 minutos

- **Elevación ST / BRI nuevo** → **Código infarto**
- **Depresión ST / Inversión T** → **Ingreso Nueva estratificación**
- **ECG normal o No diagnóstico** → **Continuar eval. cTn, ECG seriados**

Discordancias en la interpretación del ECG

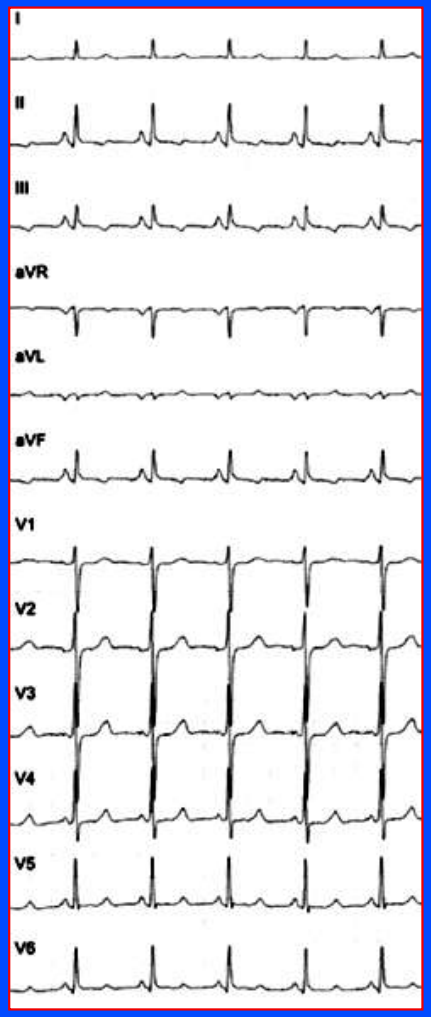


GRACE. ***ACC 2005*** **(Am J Cardiol 2007;100:169)**

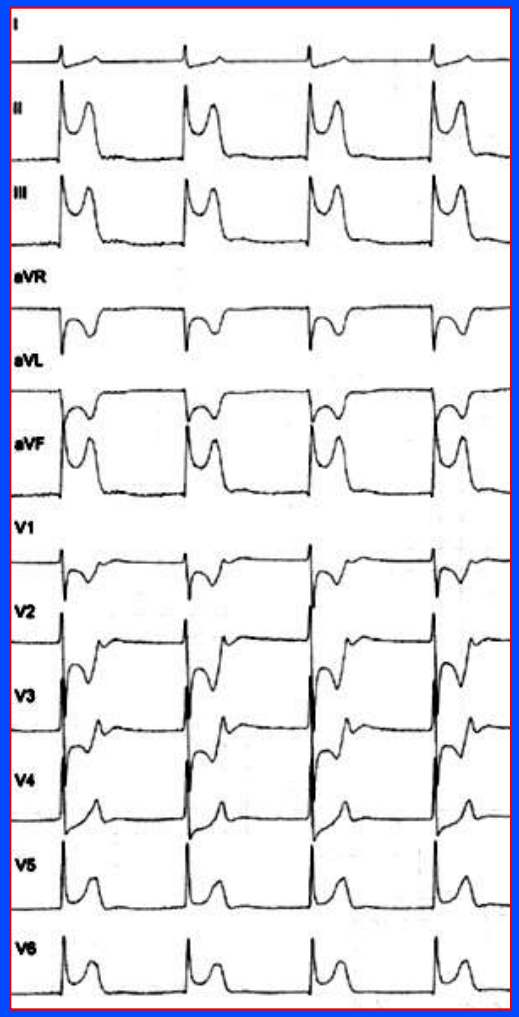
Estratificación del riesgo

Médico: Mujer 51 años, dolores torácicos de reposo

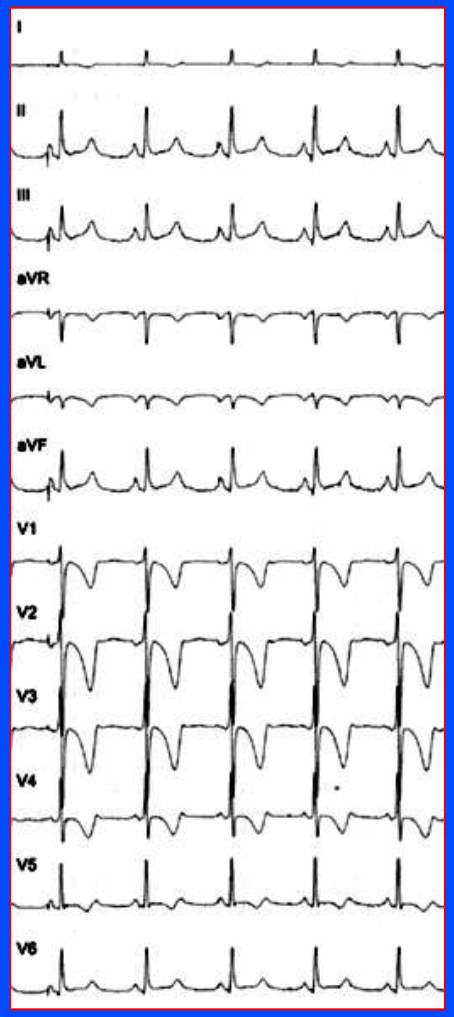
Llegada sin dolor



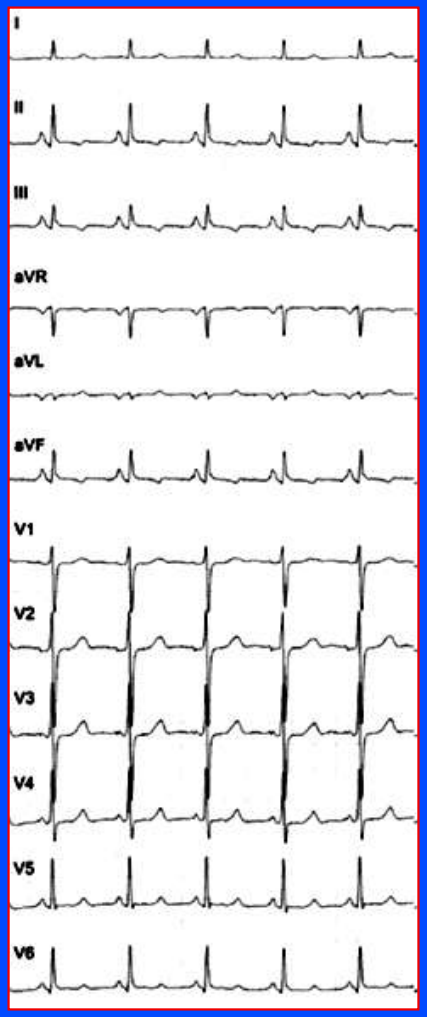
Dolor torácico 8 min



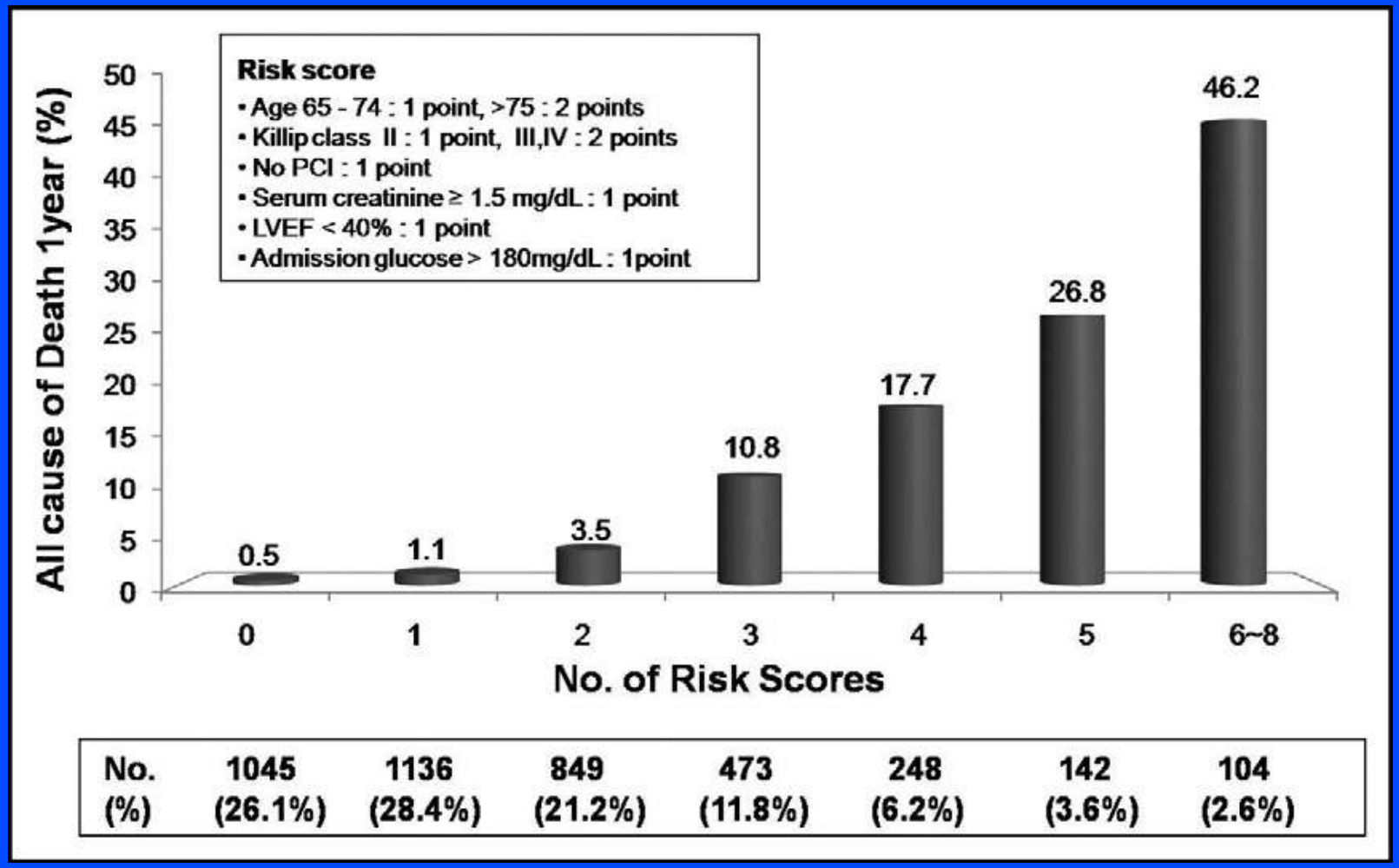
Sin dolor 5' después



Sin dolor 20' después

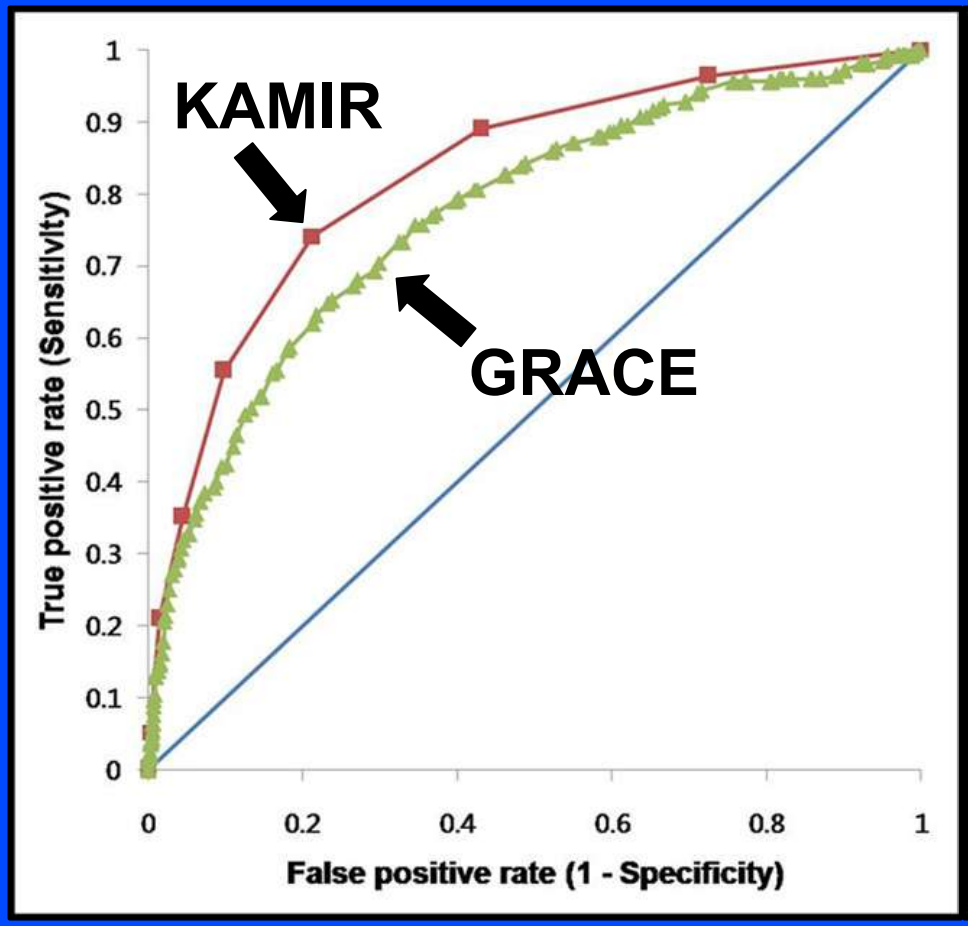


KAMIR Score

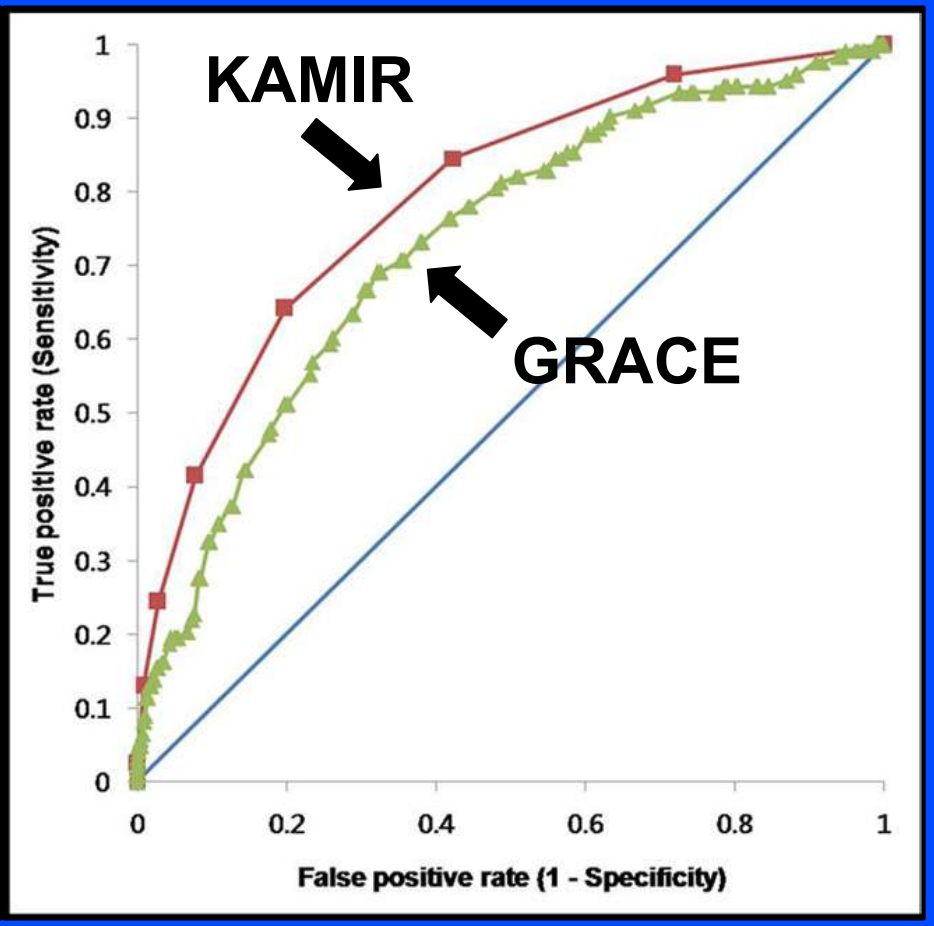


Am J Cardiol 2011;107:965–971

KAMIR Score



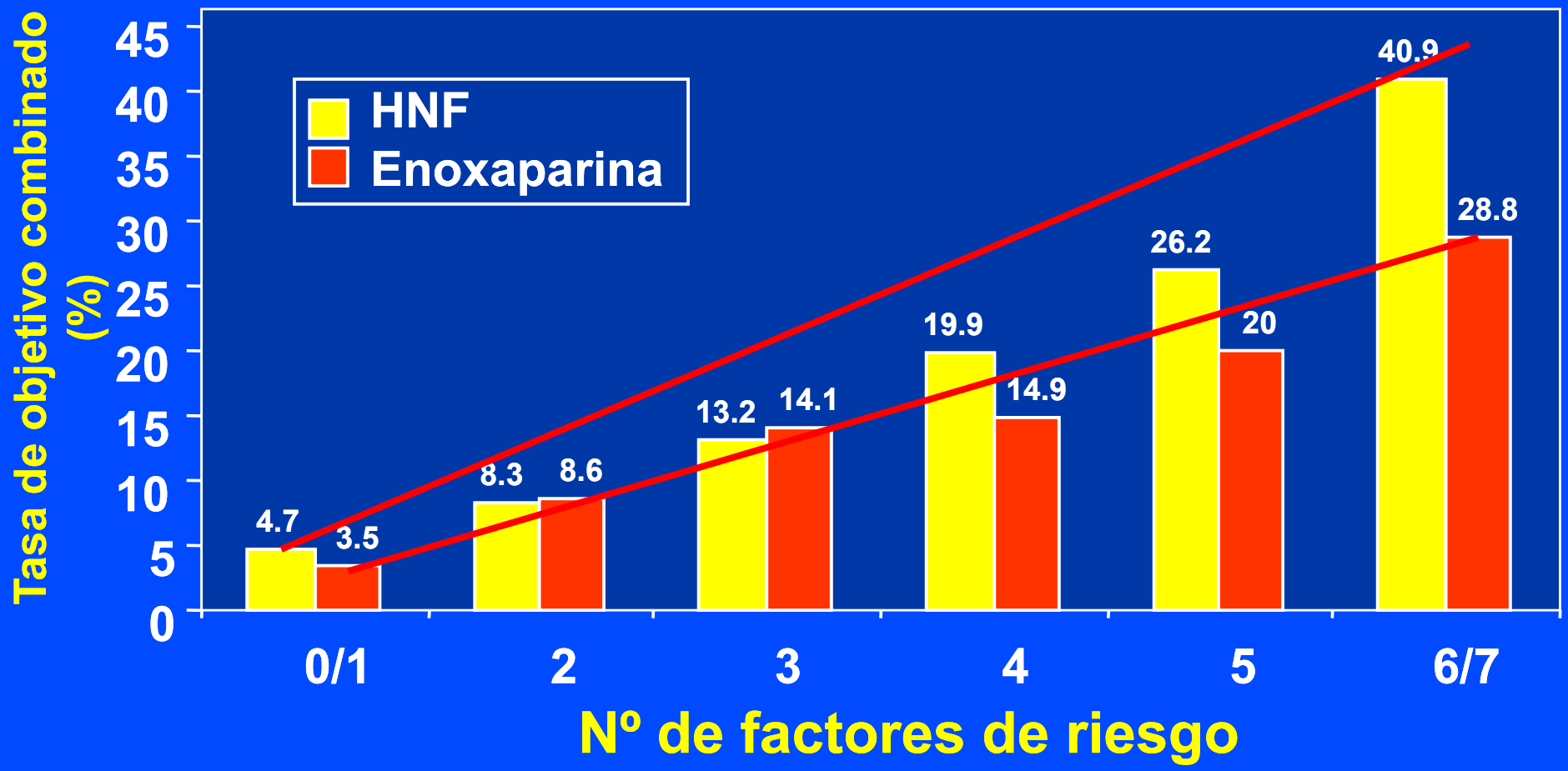
IAM



IAM-CEST

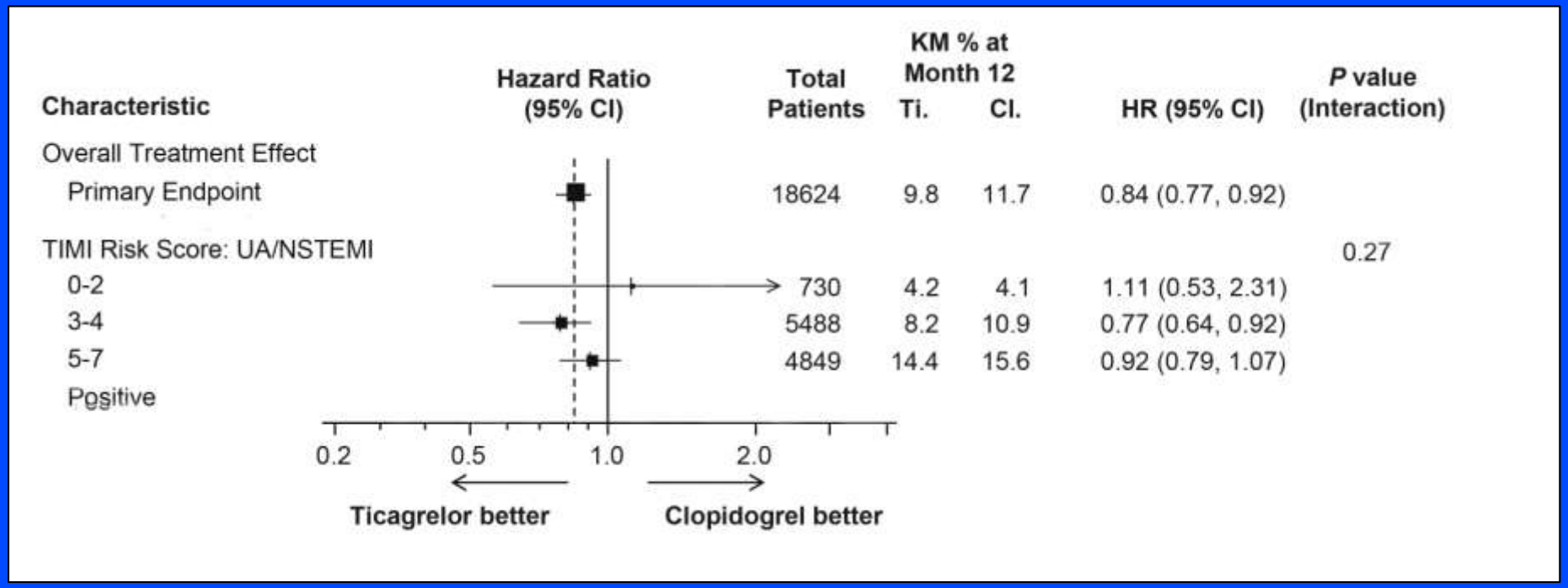
Am J Cardiol 2011;107:965–971

HBPM EN AI / IAM SIN Q: TIMI 11b



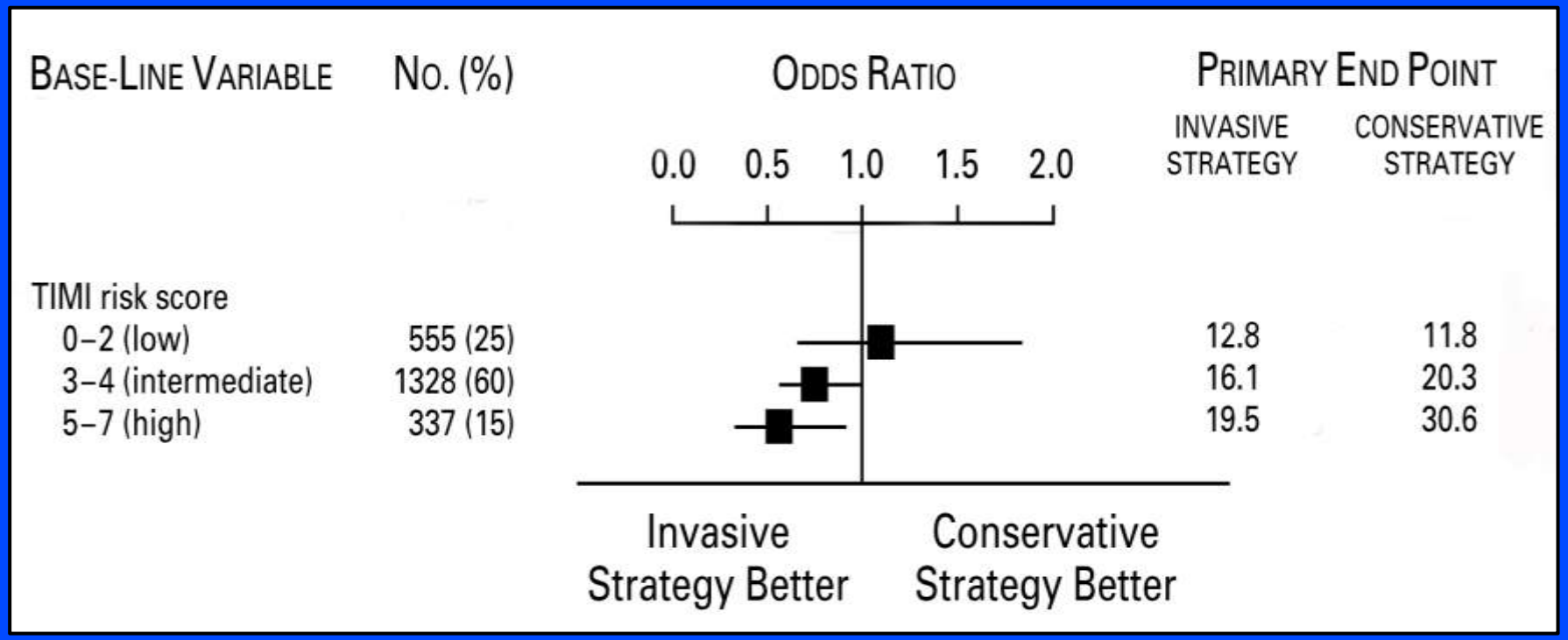
Antman EM, et al. JAMA 2000; 284: 835

Beneficio de nuevos Antiagregantes según riesgo en SCA (PLATO)



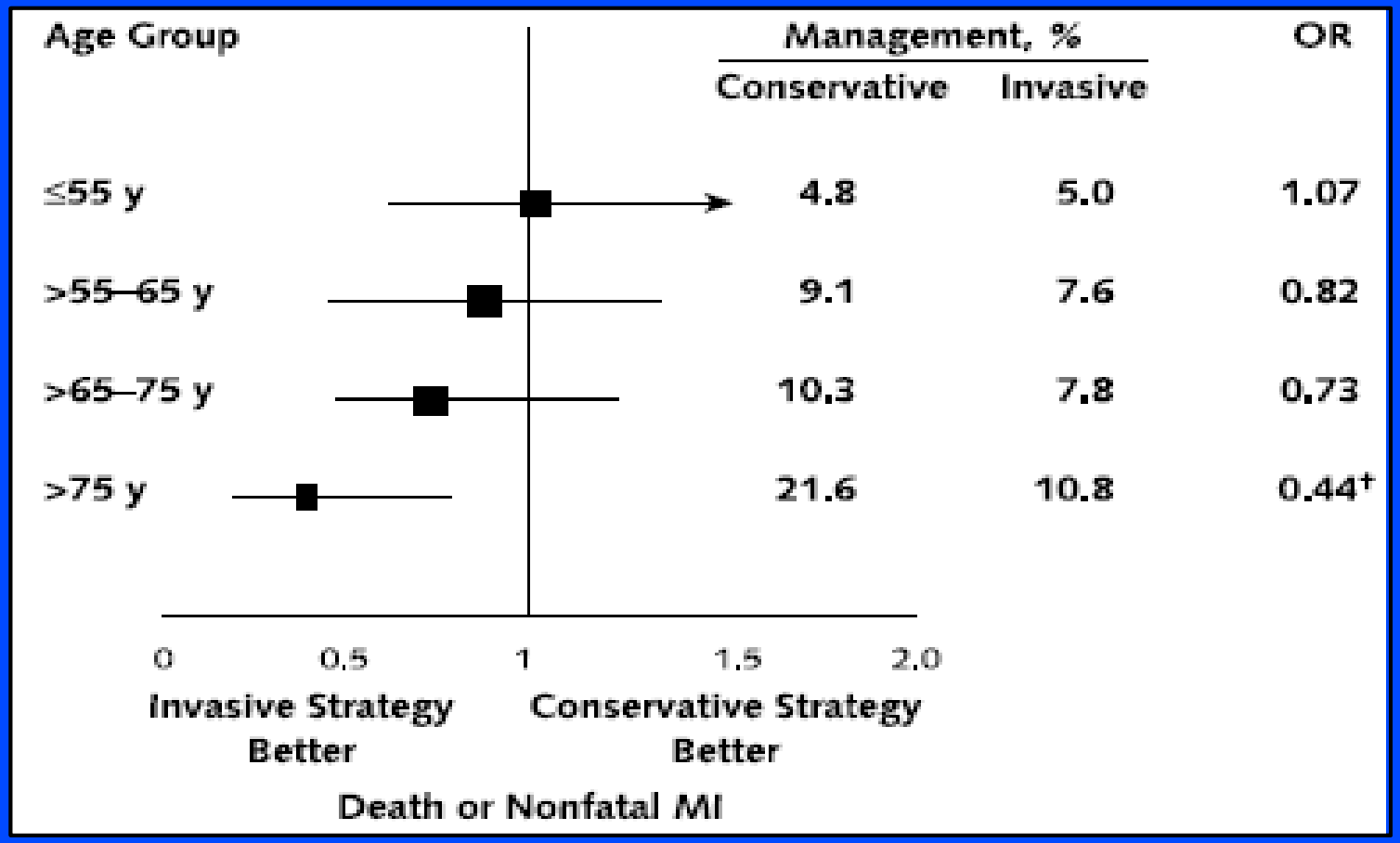
Wallentin L, et al. N Engl J Med 2009;361:1045-57.

Estrategia invasiva precoz vs Estrategia conservadora en el SCA-SEST: (TACTICS)



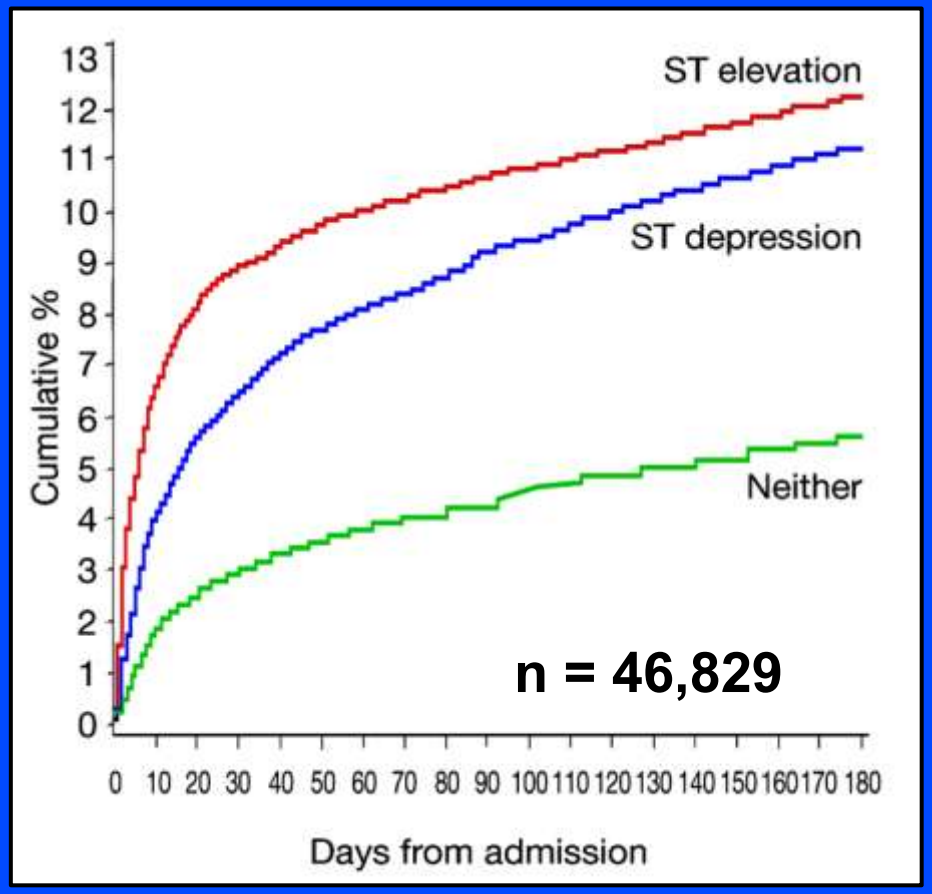
Cannon C. N Engl J Med 2001;344:1879-87.

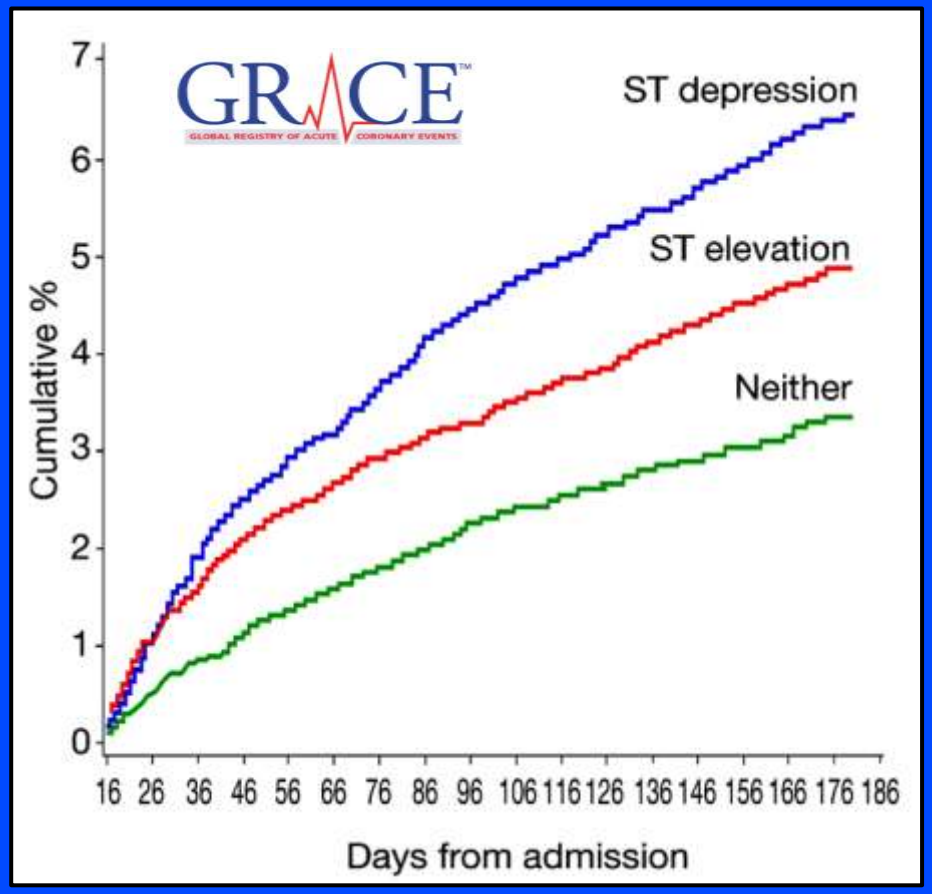
Estrategia invasiva precoz vs Estrategia conservadora en el SCA-SEST: (TACTICS)



Bach R. Ann Intern Med 2004;141:186-95.

Mortalidad a 6 meses en el SCA





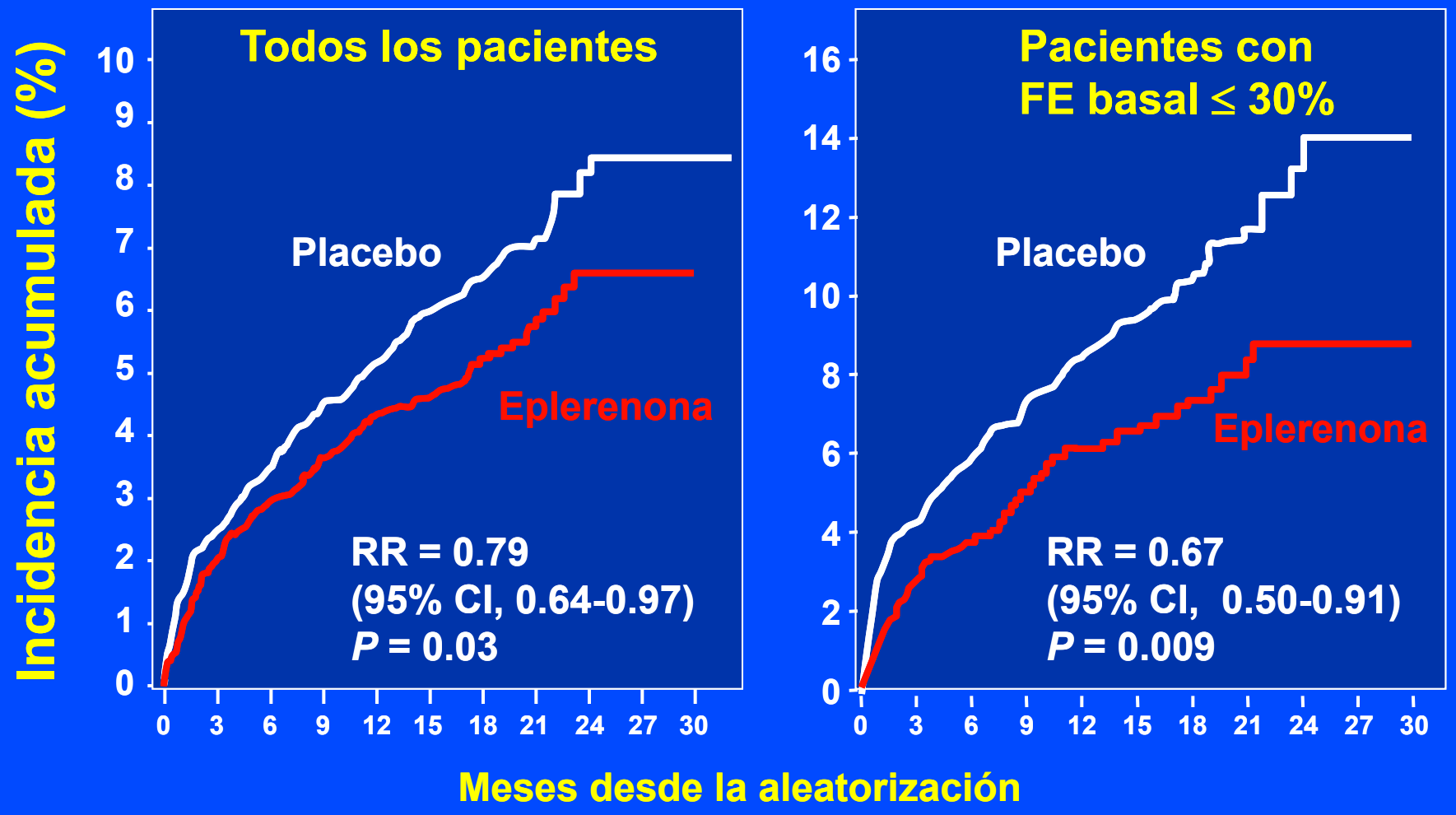
Nat Clin Pract Cardiovasc Med. 2008; 5: 580-9.

Exploraciones pre-alta

Recomendaciones	Clase	Nivel
Determinar el tamaño del IAM y FE	I	B
Ergometria en pacientes con enf. Multivaso cuando se considera la revasc. de otro vaso	I	A

Eur Heart J 2012; 33: 2569–2619

Riesgo de muerte súbita



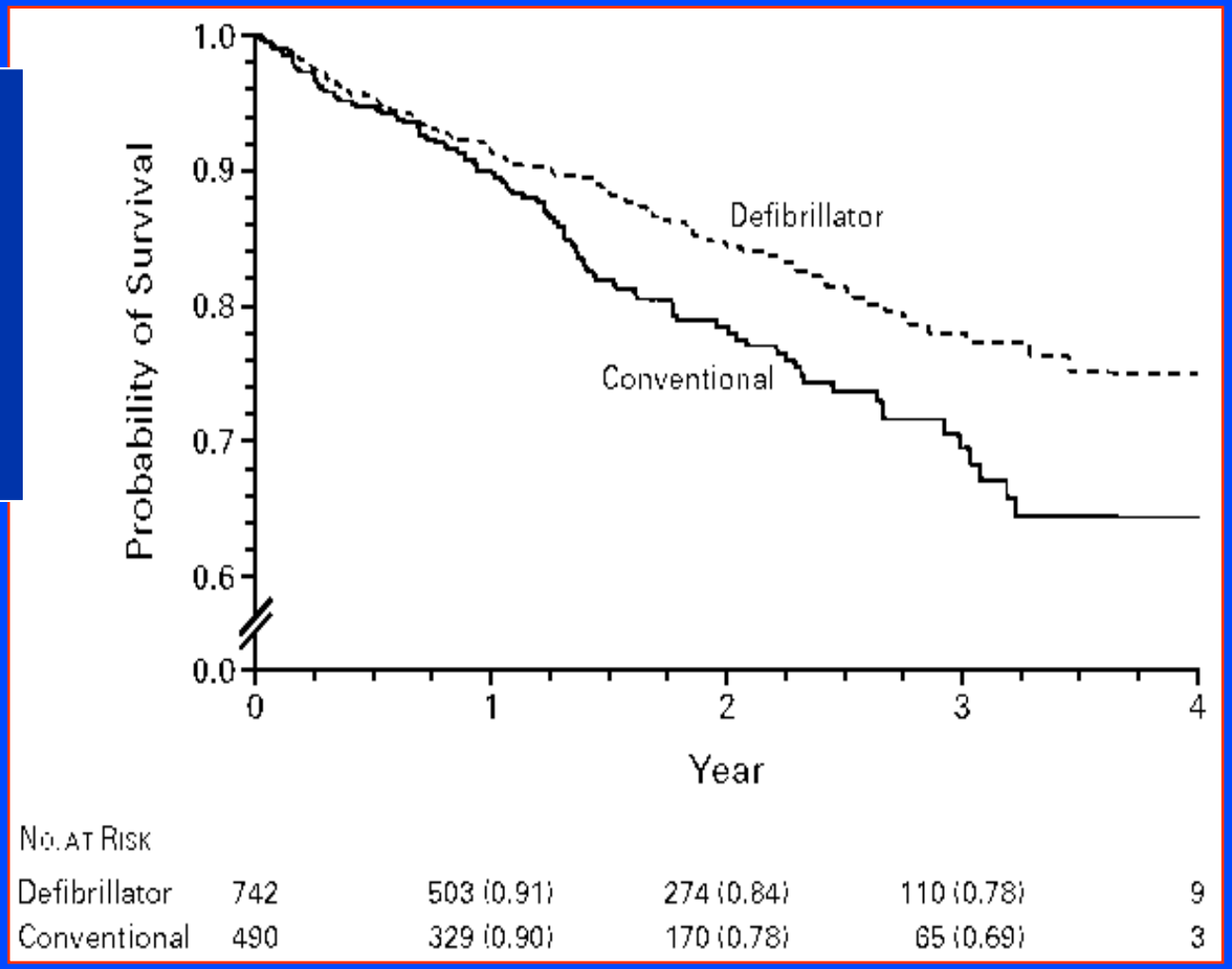
EPHESUS *N Engl J Med. 2003; 348: 1309-21.*

Uso profilactico de DAI en IAM con FE < 30%

MADIT-2

Supervivencia

Pacientes: n = 1232
- IAM > 4 semanas
- FE≤ 30
- **Exclusion:**
- Clase IV NYHA
- Revasc < 3 meses
- IAM < 1 mes



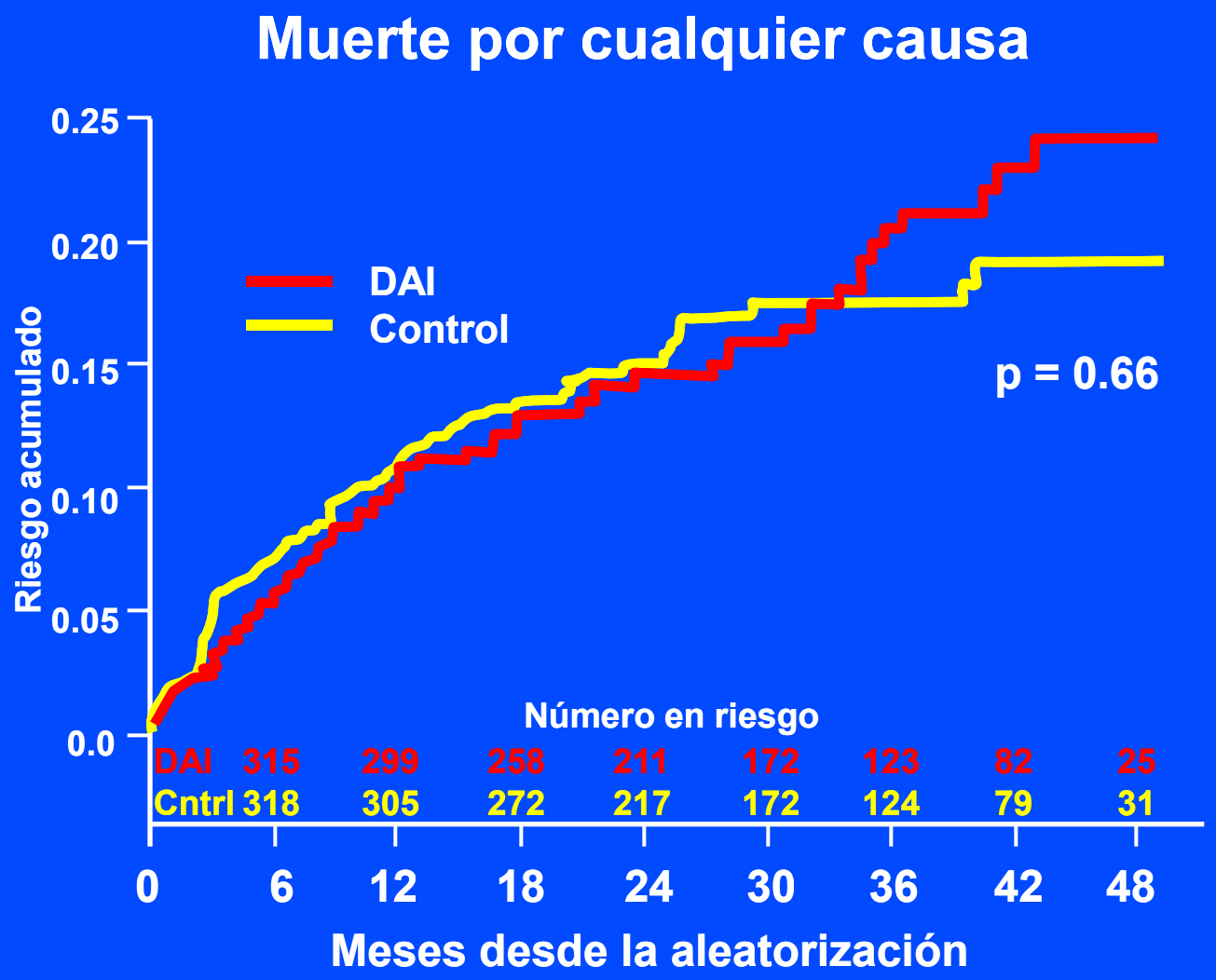
MADIT-2

N Engl J Med 2002;346:877

DAI Profiláctico post-AMI < 40 días

Pacientes: n = 674
-IAM < 40 días
- FEVI ≤ 35
- Holter variab. FC
IPC 60%
I-ECAS 95%
BB 87%
Estatinas 75%
Diuréticos 75%

Exclusión:
• Clase IV NYHA
• CABG



DINAMIT

N Engl J Med 2004;351:2481

Resumen

1. Algún tipo de estratificación es necesaria ante las decisiones
2. Especialmente útiles en terapias que conllevan riesgos
3. Se utilizan parámetros sencillos
4. Es necesario acostubrarse para poder comparar resultados