



6016-7. GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SIS SCORE EN LA DECISIÓN DE INICIO DE ESTRATEGIA TERAPÉUTICA TRAS TC DE CORONARIAS

José Antonio Parada Barcia, Manuel Barreiro Pérez, Pablo Pazos López, Tatiana Mallely Matajira Chía, Paula Rodríguez Fernández, Andrea Lizancos Castro, Luis Manuel Domínguez Rodríguez, Pablo Domínguez Erquicia y Andrés Íñiguez Romo

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo.

Resumen

Introducción y objetivos: La detección de calcio coronario mediante tomografía computarizada (TC) permite una medición directa de la carga aterosclerótica, y con ello, una estimación del riesgo cardiovascular de futuros eventos. El SIS (segment involvement score), medida semicuantitativa de la extensión de la carga aterosclerótica, representa el número total de segmentos con presencia de placa aterosclerótica. Está descrito como predictor independiente de eventos cardíacos. El grado de aplicación de estrategia farmacológica tras su detección en la práctica clínica en España es desconocido.

Métodos: Registro transversal y unicéntrico, de julio de 2021 a febrero de 2022. Incluye 305 pacientes consecutivos sometidos a TC de coronarias. La clasificación del SIS se dividió en bajo riesgo (0 a 3 segmentos) y alto riesgo (4 o más segmentos). Se excluyeron los pacientes con lesiones coronarias de > 50% de estenosis (CADRADS 3 o superior), estudios no concluyentes y pacientes con indicación de anticoagulación (96 pacientes), evaluando 209 pacientes. En un segundo análisis se excluyen los pacientes con calcificación coronaria significativa (> 100 UA (Unidades Agatson)), analizando 168 pacientes.

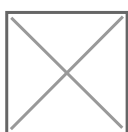
Resultados: Incluyendo pacientes con score de más de 100 UA, de 209, 39 (18,66%) presentaban un SIS de alto riesgo. De ellos, 14 (35,90%) iniciaron estatina. Otros 14 (35,90%) se encontraban ya bajo estatinas, resultando un total de 28 (71,80%) con estatina tras TC. 10 (25,64%) pacientes con SIS de alto riesgo iniciaron aspirina. Tras excluir en un segundo análisis aquellos con score de > 100 UA, de 168 pacientes, 12 (7,14%) presentaban un SIS de alto riesgo. En ningún paciente con SIS de alto riesgo se inició estatina y en solo un paciente se inició aspirina (8,33%). El SIS no se encuentra asociado en nuestra muestra, ni al inicio de aspirina (OR 0,70 (0,084-5,72; p = 0,737), ni al inicio de estatina (OR 0,50 (0,062-4,05; p = 0,516).

Estrategia farmacológica en función del SIS en pacientes CADRADS menor o igual a 2 y score de menos o igual a 100 UA

		SIS bajo riesgo (0-3)	SIS alto riesgo (4-8)
Inicio de aspirina	Sí	18 (11,54)	1 (8,33)

No	138 (88,46)	11 (91,67)	
	Estatina previa	28 (17,95)	6 (50,00)
Estatina	Inicio de estatina	24 (15,38)	0 (0,00)
	No	104 (66,67)	6 (50,00)

Test exacto de Fisher para AAS $p = 1$. Test exacto de Fisher para estatina $p = 0,023$. Las medidas se dan en N (%). SIS = segment involvement score.



Pauta de prevención secundaria en función del SIS.

Conclusiones: En pacientes con enfermedad arterial coronaria no obstructiva extensa (SIS igual o mayor a 4), no se modificó en nuestra muestra la terapia de prevención secundaria tras TC de coronarias, especialmente en aquellos con ≥ 100 UA. La extensión de la carga aterosclerótica medida mediante la escala SIS, es una medida sencilla, reproducible, que permite optimizar la estimación de riesgo de los pacientes.