



5009-5. SEGURIDAD DEL PRETRATAMIENTO ANTIAGREGANTE EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Gabriel Torres Ruiz, Paola Rojas Flores, Carlos Roca Guerrero, Fadwa Taibi Hajjami, Nuria Mallofré Vila, Pablo Carrión Montaner, Meritxell Lloreda Surribas, Marcelo Rizzo, Mario Sutil Vega, Francesca Castaldo, José Pablo del Castillo Vázquez, Daniel Valcárcel Paz, Mario Díaz Nuila, Eduard Bosch Peligero y Antonio Martínez Rubio

Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell (Barcelona).

Resumen

Introducción y objetivos: El pretratamiento en el síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) se asocia a reducción de eventos isquémicos, pero también a aumento de hemorragias, retraso de la cirugía de revascularización coronaria (CRC) y a mayor riesgo de complicaciones en caso de diagnóstico erróneo. Determinar la incidencia de eventos hemorrágicos en pacientes con SCASEST, evaluar la incidencia de pacientes con SCASEST que reciben pretratamiento y finalmente se diagnostican de síndrome aórtico agudo (SAA), tromboembolia pulmonar (TEP) o ictus y evaluar el retraso de la CRC en relación con el pretratamiento.

Métodos: Estudio observacional prospectivo unicéntrico, entre junio/2021 y febrero/2022, de pacientes con SCASEST en los que se planea coronariografía. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos. Seguimiento hospitalario para monitorizar hemorragias -criterios de sangrado TIMI (Thrombolysis in Myocardial Infarction) y/o ISHT (International Society on Thrombosis and Haemostasis)- SAA, TEP e ictus. La indicación de CRC emergente y su retraso en relación con el pretratamiento también fue monitorizada. Análisis de regresión logística para buscar variables asociadas con hemorragias.

Resultados: 172 pacientes con SCASEST. Edad media 68,7 años. Un 76,6% recibió pretratamiento y todos inhibidores de la bomba de protones. Acceso arterial radial en 96,5%. 39% cumplían criterios del score High Bleeding Risk (HBR). No se registró ninguna hemorragia mayor y solo cuatro pacientes (2,3%) sufrieron hemorragias menores. Estos cuatro cumplían criterios de HBR y tres de ellos eran pacientes oncológicos recibiendo tratamiento. Cumplir criterios de HBR, padecer una neoplasia activa y los bajos niveles de hemoglobina al ingreso se asociaron con eventos hemorrágicos (odds ratio 0,45 [IC95% 0,25-0,82], p 0,05). No se registró ningún SAA, TEP ni ictus. Once pacientes precisaron CRC y ninguno de estos requirió cirugía emergente. El pretratamiento no retrasó ninguna CRC.

Características de la población

Edad

68,7

Sexo (mujeres)	24,4%
IRC	23,8%
Neoplasia	
Libre de enfermedad	8,1%
Activa	4,1%
HBR score	39%
Crussade score	31,9
Grace score	111,9
Hemoglobina ingreso	13,6 mg/dl
Plaquetopenia	2,9%
Acceso coronariografía	
Radial	96,5%
Femoral	1,8%
Humeral	1,8%
Horas carga iP2Y12-coronariografía	
24h	49,1%
> 24h	50,9%
Omeprazol	100%

Carga iP2Y12

No carga	22,2%
----------	-------

TAPS AAS	1,2%
----------	------

Carga iP2Y12	76,6%
--------------	-------

Inhibidores IIb/IIIa	10%
----------------------	-----

IRC: insuficiencia renal crónica; HBR: High Bleeding Risk; TAPS: tratamiento antiplaquetario simple.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes con SCASEST con acceso arterial radial mayoritario las hemorragias fueron muy infrecuentes. Padecer cáncer, cumplir criterios de HBR y la baja hemoglobina al ingreso se asociaron con hemorragias. El pretratamiento resultó seguro y no retrasó la CRC. La incidencia de diagnóstico erróneo (confusión con SAA, TEP o ictus) fue cero.