



12. EN EL DILEMA DEL PRETRATAMIENTO, TAMBIÉN DEBEMOS PREGUNTAR POR LOS PACIENTES DE EDAD AVANZADA

Manuel Tapia Martínez, Elena Basabe Velasco, Juan Duarte Torres, Carmen Ramos Alejos Pita, Belén Biscotti Rodil, Freddy Andrés Delgado Calva, Alexander Felix Marschall, Edurne López Soberón, María de Fátima Gonçalves Sánchez, Alfonso Suárez Cuervo, Salvador Álvarez Antón y David Martí Sánchez

Cardiología. Hospital Militar Gómez Ulla, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Un aspecto controvertido de la Guía ESC 2020 del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) es el posicionamiento contrario a una estrategia de pretratamiento sistemático. El debate es aún más intenso en la población de edad avanzada, más propensa tanto al sangrado como a la trombosis. Nuestro objetivo fue comparar las características clínicas y la tasa de sangrado en función de la estrategia de pretratamiento en pacientes mayores.

Métodos: Registro observacional prospectivo de todos los pacientes ≥ 75 años con SCASEST y manejo invasivo en un hospital universitario del 2012-2018. Analizamos características basales y resultados en grupos de pretratamiento (PT) o no pretratamiento (NPT) con cualquier inhibidor del receptor P2Y₁₂, excluyendo pacientes en tratamiento previo con estos fármacos. El evento de valoración principal fue incidencia acumulada de sangrado BARC 3 o 5 a los 30 días. Como variables secundarias se analizó la incidencia de muerte cardiovascular, infarto o ictus.

Resultados: Incluimos 259 pacientes consecutivos (edad media 82 ± 4 años, 36% mujeres, GRACE promedio 165 puntos). La mayoría de los procedimientos se realizaron por vía radial (77%) usando *stents* farmacoactivos (80%). La proporción de pacientes NPT fue del 19,6%, sin diferencias en variables demográficas, factores de riesgo o características técnicas. Los pacientes NPT presentaron mayores antecedentes de insuficiencia cardíaca y anticoagulación oral crónica, así como mayor puntaje de la escala PRECISE-DAPT (41 frente a 33 puntos, $p = 0,005$), a expensas de sangrado previo. A 30 días, la incidencia del evento principal de sangrado fue del 5,2%, sin diferencias entre los grupos PT y NPT ($p = 0,58$). En el 45%, el sangrado estuvo relacionado con el propio procedimiento. Durante ese periodo, el evento isquémico combinado se produjo en el 7,0% de los pacientes, sin encontrarse diferencias entre los grupos PT y NPT ($p = 0,44$).

Conclusiones: La incidencia de sangrado tras un SCASEST es elevada en población mayor de la práctica clínica real. En nuestra serie, el NPT mostró unas tasas de sangrado inferiores a las esperadas en el subgrupo de mayor complejidad clínica, sin un incremento de eventos isquémicos. Este hallazgo avalaría la recomendación de NPT como estrategia de manejo rutinaria aún en presencia de riesgo isquémico asociado.