



## 6015-276. PAPEL DEL PRETRATAMIENTO CON INHIBIDORES DEL RECEPTOR P2Y12 EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST: ANÁLISIS DE 5 AÑOS DE EXPERIENCIA

Alejandro Travieso González<sup>1</sup>, Pablo Martínez Vives<sup>1</sup>, Pedro Martínez Losas<sup>2</sup>, Daniel Enríquez Vázquez<sup>1</sup>, Francisco Javier Noriega Sanz<sup>1</sup>, María Jesús Pérez-Vizcayno<sup>1</sup>, Antonio Fernández Ortiz<sup>1</sup> y Ana Viana Tejedor<sup>1</sup>, del <sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid y <sup>2</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La doble antiagregación es un componente fundamental en el tratamiento del síndrome coronario agudo. Sin embargo, el papel del pretratamiento con inhibidores de P2Y12 antes de conocer la anatomía coronaria en el síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) es aún controvertido. El objetivo de nuestro estudio fue analizar las situaciones clínicas que conducen al pretratamiento y su influencia en el pronóstico del SCASEST.

**Métodos:** Desde mayo de 2013 hasta enero de 2018, 644 pacientes consecutivos que acudieron a urgencias con diagnóstico de SCASEST y elevación de marcadores de necrosis miocárdica, sobre los que se decidió la realización de una coronariografía, fueron incluidos en el análisis. Se compararon las características de los pacientes a los que se decidió pretratar con inhibidores del receptor P2Y12 antes de la coronariografía frente a los que no, analizándose los eventos adversos isquémicos y hemorrágicos a 30 días.

**Resultados:** De los 644 pacientes incluidos en el análisis, 556 fueron pretratados con inhibidores del P2Y12 mientras que 88 no lo recibieron. El inhibidor del P2Y12 más empleado fue el clopidogrel (73,47%) frente a ticagrelor o prasugrel (25,45% y 1,08% respectivamente). En la Tabla se muestra la comparación de las características de ambos grupos, destacando que los pacientes que no recibieron pretratamiento presentan mayores comorbilidades. Para el evento primario combinado de muerte cardiovascular, reinfarto, revascularización urgente o accidente cerebrovascular, el pretratamiento con inhibidores del P2Y12 antes de la coronariografía no se asoció a una disminución significativa de la incidencia (RR 0,81; IC95% 0,34-1,86;  $p = 0,61$ ) después de ajustar por las variables con distinta distribución en ambos grupos. Asimismo, el pretratamiento se asoció con una tendencia no significativa a un mayor número de sangrados frente al grupo no pretratado (RR 1,43; IC95% 0,7-2,9;  $p = 0,32$ ), destacando los sangrados con riesgo vital y mayores (escala TIMI) (3,1 frente a 1,1%,  $p = 0,31$ ).



*Pretratamiento con inhibidores de P2Y12.*

## Características de ambos grupos comparados

	Sin pretratamiento (N = 88)	Con pretratamiento (N = 556)	p
Edad	72,6 ± 13,6	68,1 ± 13,4	0,01
Mujeres	33 (37,5)	167 (30,0)	0,16
Hipertensión arterial	67 (76,1)	390 (70,1)	0,25
Diabetes mellitus tipo II	37 (42,5)	183 (32,9)	0,09
Enfermedad renal crónica	16 (18,2)	54 (9,7)	0,02
Antecedentes de sangrado	11 (12,5)	33 (5,94)	0,02
ICP previo	20 (22,7)	77 (13,9)	0,03
CABG previa	8 (9,1)	29 (5,2)	0,15
Fibrilación auricular	21 (23,9)	59 (10,6)	0,01
Killip ? 2	22 (25)	66 (11,9)	0,01
Escala GRACE	125,8 ± 34,4	114,7 ± 31,9	0,01
Escala CRUSADE	35,6 ± 13,5	29,4 ± 14,3	0,01
Coronariografía 24h	30 (34,1)	289 (52)	0,01

Los datos se expresan en n (%) y media ± DE. ICP: intervencionismo coronario percutáneo. CABG: *coronary artery bypass grafting*;

**Conclusiones:** En nuestra cohorte de pacientes con SCASEST, el pretratamiento con inhibidores del receptor P2Y12 no disminuyó los eventos isquémicos a 30 días de seguimiento, observándose una tendencia no significativa a un mayor riesgo de sangrado relevante.