



Revista Española de Cardiología



6034-7. EL PARADIGMA DEL PRETRATAMIENTO EN SCASEST

Claudia Santos García, Carlos Galán Fariña, Enrique Sánchez Muñoz, Carlos Minguito Carazo, María Fernández Vázquez, Paula Cano García, Irene Toribio García, Clea González Maniega, Rubén Bergel García, Itsaso Larrabide Eguren, Julio Echarte-Morales, Javier Maíllo Seco, Paula Menéndez Suárez, Alba Martín Centellas y Felipe Fernández Vázquez

Complejo Asistencial Universitario, León.

Resumen

Introducción y objetivos: Las nuevas guías de práctica clínica europeas de SCASEST definen el pretratamiento como la estrategia de inhibición plaquetaria antes de la coronariografía a pesar de no existir una clara evidencia sobre el beneficio isquémico. En estas guías se pone en entredicho este paradigma establecido sobre pretratar a todos los pacientes con SCASEST. El presente estudio pretende analizar la actuación diaria en la práctica clínica en un centro hospitalario.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo, unicéntrico y prospectivo de pacientes ingresados por SCASEST desde el 1 de noviembre de 2020 hasta el 5 de marzo de 2021. Los pacientes incluidos se han dividido en dos cohortes en función de si habían recibido o no inhibidores de P2Y12 y analizando posteriormente las características basales para valorar su posible asociación en la elección de la actitud terapéutica.

Resultados: Durante el período de estudio se incluyeron 54 pacientes sin elevación del ST en los cuales 41 pacientes recibieron pretratamiento (75,9%). En el grupo de pretratamiento la edad fue de 70,2 (70,7% varones), mientras que en el grupo de no pretratados fue de 68,9 (46,2% varones). En cuanto a característica basal con implicación pronóstica a corto-medio plazo más recomendada en las guías (GRACE) los resultados fueron similares en ambos grupos (108 en grupo pretratamiento frente a 105 en grupo no pretratado). No se detectaron diferencias significativas en pacientes anticoagulados con sintrom (7,3 en pretratamiento y 15,4 en no pretratamiento) ni hemorragia previa (9,8 en pretratamiento y 7,7 en no pretratados). Se valoró la presencia de ACV previo para la decisión de iniciar o no pretratamiento con una $p = 1,00$. La enfermedad COVID-19 tampoco implicó un cambio a la hora de elegir pretratamiento en pacientes con SCASEST (4,9 en pretratamiento frente a 7,7 en no pretratamiento).

Características basales en pacientes pretratados y no pretratados en SCASEST

	Pretratamiento Sí, n = 41 (76%)	Pretratamiento No, n = 13 (24%)	p
Edad	70,2 ± 12	68,9 ± 8	0,739

Sexo (varón)	70,7	46,2	0,181
HTA	70,7	84,6	0,475
DM	29,3	30,8	1,00
Enf. vasc perif	14,6	7,7	1,00
ACV previo	4,9	7,7	1,00
FA	14,6	7,7	1,00
ERC	12,2	15,4	1,00
COVID-19	4,9	7,7	1,00
Hemorragia previa	9,8	7,7	1,00
Sintrom	7,3	15,4	0,5584
Charlson	4,7	4,3	0,551
GRACE	108	105	0,862

Conclusiones: Las nuevas guías de SCASEST abogan por la cautela a la hora decidir o no el inicio de pretratamiento favoreciendo el no pretratar si se pretende realizar un abordaje precoz. Esta decisión sigue siendo difícil de adquirir y plasmar en la práctica clínica diaria, ya que varias características basales del paciente como tratamiento con sintrom, hemorragia previa o ACV no supusieron un cambio en la decisión de no pretratar. Extrapolar las recomendaciones de estas guías sigue suponiendo a día de hoy todo un reto en la práctica hospitalaria.