



5001-5. ¿PRETRATAMOS A LOS PACIENTES CON SCASEST COMO RECOMIENDAN LAS GUÍAS? ANÁLISIS DEL REGISTRO IMPACT-TIMING-GO

Felipe Díez-del Hoyo¹, Pablo Díez-Villanueva², María Thiscal López-Lluva³, Antonio Martínez-Guisado⁴, Clara Fernández-Cordón¹, Iván Olavarri Miguel⁵, Martín Quintas Guzmán⁵, Martín Negreira Caamaño⁶, Pablo Bazal Chacón⁷, David Aritza Conty Cardona⁷, Clea González Maniega³, Joan Isaac Llaó Ferrando⁸, José Antonio Fernández-Sánchez⁹, Alfonso Jurado Román¹⁰, Ander Arteagoitia Bolumburu¹¹, David Escribano Alarcón¹², Ane Elorriaga Madariaga¹³, María Martínez-Avial Silva¹⁴, Laura Fuentes Kenneally¹⁵, Carolina Robles Gamboa¹⁶, Ignacio Amat Santos¹⁷ y Sergio García Blas¹⁸

¹Hospital Gregorio Marañón, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, CIBERCV, Madrid, ²Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, ³Complejo Asistencial Universitario, León, ⁴Hospital Clínic, Barcelona, ⁵Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, ⁶Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, ⁷Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, ⁸Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, ⁹Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, ¹⁰Hospital Universitario La Paz, Madrid, ¹¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, ¹²Hospital Universitario San Juan de Alicante, ¹³Hospital Universitario Basurto, Vizcaya, ¹⁴Hospital Universitario La Princesa, Madrid, ¹⁵Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante, ¹⁶Hospital Universitario de Toledo, ¹⁷Hospital Clínico Universitario, Valladolid y ¹⁸Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías de práctica clínica de 2020 de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) sobre el manejo del síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) desaconsejan el pretratamiento rutinario con doble antiagregación plaquetaria (DAPT). Se desconoce el grado de implementación en nuestro país y sus implicaciones a corto plazo.

Características en el ingreso de los pacientes SCASEST en función del pretratamiento con DAPT

Variable	Pretratamiento (n = 278)	No pretratamiento (n = 107)	p
Edad	64,7 ± 15,8 años	66 ± 15,5 años	0,48
Sexo (varón)	76,3%	82,1%	0,22
Diabetes	33,2%	32,1%	0,83
Anticoagulación basal	6,9%	8,6%	0,66

Anticoagulación precateterismo	76,8%	70,8%	0,22
Infarto de miocardio previo	23,9%	18,9%	0,29
Tiempo hasta cateterismo	59,8 ± 60,5 horas	43,6 ± 48,3 horas	0,002
IAMSEST	83,5%	78,5%	0,25
Cambios ECG	61,3%	53,8%	0,18
Dolor de reposo	74,4%	69,2%	0,30
Hospital con hemodinámica	70,1%	91,5%	0,001
Arteria responsable ocluida	17,2%	12%	0,22
Revascularización			
No	8,4%	9,5%	0,026
ICP	86,5%	78,1%	
Cirugía Coronaria	5,1%	10,5%	
Uso de cangrelor	0,9%	7,1%	0,002
Uso de anti Gp IIb-IIIa	3,8%	2,4%	0,73
FEVI	55,1 ± 8,8%	55,1 ± 11%	0,96
DAPT al alta			
No	3,4%	6%	0,09
Clopidogrel	33,6%	36,9%	

Prasugrel	9,2%	16,7%	
Ticagrelor	53,8%	40,5%	
Complicaciones ingreso	12,3%	10,3%	0,62
Mortalidad ingreso	0,36%	0%	0,99

DAPT (doble antiagregación plaquetaria); IAMSEST (infarto sin elevación del ST); ICP (intervención coronaria percutánea); FEVI (fracción de eyección del ventrículo izquierdo)

Métodos: Análisis descriptivo de los pacientes con SCASEST incluidos en el registro IMPACT of Time of Intervention in patients with Myocardial Infarction with Non-ST segment elevation. ManaGement and Outcomes (IMPACT-TIMING-GO), registro multicéntrico, observacional y prospectivo en 22 centros españoles. Se analizaron los datos del ingreso recogidos a en el primer mes de inclusión, abril de 2022. Todos los pacientes fueron sometidos a manejo invasivo y tenían enfermedad coronaria causal.

Resultados: Se incluyeron 444 pacientes (edad media $65,1 \pm 16$ años, 77,5% varones) consecutivos con SCASEST, de los que 385 se analizaron finalmente por disponer de datos completos al ingreso. Únicamente un 27,8% de los pacientes no recibieron pretratamiento con DAPT de acuerdo a la recomendación de guías ESC. De los que sí, un 43,5% recibió clopidogrel y un 52,2% ticagrelor. La tabla recoge las principales variables en función de esta estrategia. Los pacientes no pretratados fueron sometidos a coronariografía diagnóstica más precozmente (44 ± 48 vs 60 ± 61 horas; $p = 0,002$), en hospitales con sala de hemodinámica (91,5 vs 70,1%; $p = 0,001$), con mayor uso de cangrelor (7,1 vs 0,9%; $p = 0,002$) y se intervinieron más quirúrgicamente (10,5 vs 5,1%; $p = 0,02$). No hubo diferencias en otras variables basales, angiográficas o pronósticas durante el ingreso. Únicamente un paciente que recibió pretratamiento falleció en el ingreso.

Conclusiones: Más de dos tercios de los pacientes con SCASEST reciben aún pretratamiento con DAPT en nuestro medio. La estrategia de no pre-tratamiento se realiza más frecuentemente en hospitales con sala de hemodinámica, con tiempos hasta cateterismo menores y usando más frecuentemente cangrelor y prasugrel. Es posible que el no pretratamiento favorezca una estrategia de revascularización quirúrgica.