



#### 4. TIEMPOS DE CATETERISMO Y USO DE PRETRATAMIENTO ANTIPLAQUETARIO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST EN ESPAÑA

Felipe Díez-Delhoyo<sup>1</sup>, María Thiscal López Lluva<sup>2</sup>, María Fernández-González<sup>3</sup>, Martín Negreira Caamaño<sup>4</sup>, Paula Mendoza Cuartero<sup>5</sup>, David Aritza-Conty<sup>6</sup>, Jessica Vaquero-Luna<sup>7</sup>, Alicia Prieto Lobato<sup>8</sup>, Eduardo Luján Valencia<sup>9</sup>, Clara Fernández-Cordón<sup>10</sup>, Alfonso Jurado-Román<sup>11</sup>, Jessika González D' Gregorio<sup>12</sup>, Antonio Martínez-Guisado<sup>13</sup>, Ander Arteagoitia Bolumburu<sup>14</sup>, Anna Gálvez-García<sup>15</sup>, Jesús Diz-Díaz<sup>16</sup>, José Carreras Mora<sup>17</sup>, Ricardo Rivera<sup>18</sup>, Fernando Torres-Mezcua<sup>19</sup>, Lucía Matute-Blanco<sup>20</sup>, Lucía Pérez-Cebey<sup>21</sup> y Pablo Díez-Villanueva<sup>22</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. CIBERCV, Madrid, España, <sup>2</sup>Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de León, León, España, <sup>3</sup>Complejo Asistencial Universitario de León, León, España, <sup>4</sup>Cardiología. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España, <sup>5</sup>Cardiología. Hospital Universitario de Basurto, Bilbao (Vizcaya), España, <sup>6</sup>Cardiología. Hospital Universitario Navarra, Pamplona/Iruña (Navarra), España, <sup>7</sup>Cardiología. Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava), España, <sup>8</sup>Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, España, <sup>9</sup>Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), España, <sup>10</sup>Cardiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España, <sup>11</sup>Cardiología. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España, <sup>12</sup>Cardiología. Fundación de Investigación del Hospital Clínico de Valencia-INCLIVA, Valencia, España, <sup>13</sup>Cardiología. Hospital Clínic, CNIC, Barcelona, España, <sup>14</sup>Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España, <sup>15</sup>Cardiología. Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), España, <sup>16</sup>Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, <sup>17</sup>Cardiología. Hospital del Mar, Barcelona, España, <sup>18</sup>Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España, <sup>19</sup>Cardiología. Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España, <sup>20</sup>Cardiología. Hospital Universitari de Lleida, Lleida, España, <sup>21</sup>Cardiología. Hospital Universitario de A Coruña A Coruña, España y <sup>22</sup>Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El momento óptimo para la realización de un cateterismo en el síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) así como la necesidad de pretratamiento son motivo de controversia. La indicación de Guías vigentes con un nivel de evidencia y recomendación IA es la realización de cateterismo precoz (0-24 horas), sin doble antiagregación con un inhibidor de la P2y12 (estrategia no pretratamiento) en sujetos de alto riesgo.

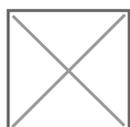
**Métodos:** El estudio IMPACT-TIMING-GO es un registro observacional, prospectivo y multicéntrico realizado en 23 centros españoles. Se incluyeron de forma consecutiva, todos los [ ]pacientes con diagnóstico de SCASEST sometidos a manejo invasivo con evidencia de enfermedad coronaria causal.

**Resultados:** Entre abril y mayo de 2022 se incluyeron 1021 pacientes con una edad media fue de  $67,1 \pm 12$  años (23,6% mujeres). El 86,8% de los pacientes cumplían criterios de alto riesgo y eran candidatos a una estrategia invasiva precoz sin pretratamiento, que se realizó en el 37,8% y 30,3% de los casos respectivamente. Globalmente, solo el 13,6% de los pacientes fueron sometidos a una estrategia invasiva precoz sin un segundo antiagregante, siendo la estrategia diferida con pretratamiento, la más utilizada (46%). Globalmente, los pacientes sometidos a cateterismo precoz y aquellos pretratados tenían un riesgo isquémico mayor. La mortalidad intrahospitalaria fue del 0,9% y la incidencia de sangrados graves del 3,3%. No hubo diferencias en eventos en función del momento de cateterismo, aunque sí un aumento de mortalidad en pacientes no pretratados (1,9 vs 0,4%;  $p = 0,02$ ). En el análisis multivariado identificamos como predictores independientes de mortalidad intrahospitalaria una puntuación GRACE  $> 140$  [OR 5,7 (1,1-28,7);  $p = 0,03$ ],



ICP	831 (81,6)	311 (81)	520 (81,9)		229 (74,4)	602 (84,7)	
				<b>0,01</b>			
Cirugía	98 (9,6)	46 (12)	52 (8,2)		50 (16,2)	48 (6,8)	
Eventos Cardiovasculares	15 (1,5)	6 (1,6)	9 (1,4)	0,86	8 (2,6)	7 (1)	<b>0,05</b>
Reinfarto	7 (0,7)	4 (1)	3 (0,5)	0,43	3 (1)	4 (0,6)	0,43
Mortalidad	9 (0,9)	3 (0,8)	6 (0,9)	0,78	6 (1,9)	3 (0,4)	<b>0,02</b>
Sangrado BARC 3-5	34 (3,3)	16 (4,1)	18 (2,8)	0,26	8 (2,6)	26 (3,7)	0,38
Estancia mediana (días)	5 (3-8)	4 (3-7)	6 (4-9)	<b>0,001</b>	5 (3-10)	5 (3-8)	0,95

IAM: infarto de miocardio; ICP: intervencionismo coronario percutáneo; BARC: *bleeding academic research consortium*. Los valores expresan n (%) y mediana (intervalo intercuartil).



**Conclusiones:** En España, solo un 13,6% de los pacientes con SCASEST sometidos a cateterismo reciben una estrategia invasiva precoz (37,8%) sin pretratamiento (30,3%). La incidencia de eventos cardiovasculares y sangrados en el ingreso es baja, aunque los pacientes sin pretratamiento presentaron más mortalidad.