



8. RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA DE "NO PRETRATAMIENTO" EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST

Luis López Flores, Alejandro Gómez González, Rocío Martínez Núñez, Carlos Barea González, Carmen López Flores y Juan Carlos García Rubira

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Se pueden considerar dos estrategias diferentes para la terapia antiagregante en el síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST): administrar de forma rutinaria un segundo antiagregante una vez establecido el diagnóstico clínico (pretratamiento) o agregarlo cuando se conoce la anatomía coronaria. Las guías ESC 2020 sobre SCASEST apoyan la segunda opción cuando se elige una estrategia invasiva temprana. El objetivo de este estudio fue valorar los resultados en términos de eventos isquémicos, hemorrágicos, y mortalidad tras la adopción de un protocolo de manejo del SCASEST en el que se indica no pretratar de forma rutinaria.

Métodos: Se incluyen los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Agudos Cardiovasculares de un hospital terciario desde un año y medio antes de adoptar el nuevo protocolo (marzo 2021) hasta un año y medio después. Se analizan las características clínicas, analíticas, forma de presentación y eventos isquémicos y hemorrágicos durante el ingreso, comparando el periodo previo a la adopción del nuevo protocolo con el periodo posterior.

Resultados: Se analizaron 386 pacientes (158 en el grupo de pretratamiento y 228 en el grupo de no pretratamiento en el año y medio previo al inicio del nuevo protocolo). No hubo diferencias en las características basales, ni en las escalas GRACE y TIMI al ingreso. La mortalidad total durante el ingreso hospitalario y el riesgo de reinfarto fueron similares en ambos grupos. Hubo una menor incidencia de sangrado relevante en el grupo sin pretratamiento, aunque no se alcanzó una diferencia estadísticamente significativa (9,4 vs 6,6%). La revascularización quirúrgica fue mayor en el grupo sin pretratamiento (5,1 vs 10,0%), sin alcanzar significación estática.

Características basales. n = 386

Variables	Pretratamiento (n = 158; 40,9%)	No pretratamiento (n = 228; 59,1)
Edad media– años $\pm$ DE	65,9 $\pm$ 11,4	65,7 $\pm$ 12,9

Sexo femenino-nº. (%)	45 (28,5)	66 (28,9)
Factores de riesgo CV– nº. (%)		
Hipertensión	111 (70,3)	163 (71,5)
Diabetes mellitus	62 (39,2)	95 (41,7)
Hipercolesterolemia	44 (28,8)	55 (24,1)
Fumador	55 (34,8)	76 (33,3)
Exfumador	62 (39,2)	55 (24,1)
Antecedentes médicos-nº. (%)		
Insuficiencia cardiaca	11 (7,0)	26 (11,5)
Ictus	19 (12,0)	20 (8,8)
Infarto de miocardio	27 (17,1)	43 (18,9)
Enfermedad arterial periférica	10 (6,3)	17 (7,5)
Sangrado	1 (0,006)	3 (0,013)
IMC ? 30-nº. (%)	38 (24,1)	60 (26,3)
GRACE score ± DE	137,5 ± 38,5	139,7 ± 40,1
TIMI score ± DE	1,31 ± 1,07	1,13 ± 1,02
Necesidad de ventilación mecánica	20 (13,2)	35 (16,6)



Objetivos *clínicos*.

Conclusiones: La estrategia de no pretratamiento se asoció con una mortalidad y eventos isquémicos similares, con una tendencia hacia la reducción del sangrado y una mayor revascularización quirúrgica.