

6028-156. INFLUENCIA DEL PRETRATAMIENTO ANTIPLAQUETARIO EN LA ESTRATEGIA DE REVASCULARIZACIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Felipe Díez-Delhoyo¹, María Thiscal López Lluva², Antonio Martínez Guisado³, Clea González Maniega², Emilio Arbas Redondo⁴, Leire Goñi Blanco⁵, Martín Negreira Caamaño¹, Eduardo Luján Valencia⁶, Ane Elorriaga Madariaga⁷, José Antonio Fernández Sánchez⁸, David Escribano Alarcón⁹, Pablo Salinas Sanguino¹⁰, Jessica Vaquero Luna¹¹, Alicia Prieto Lobato¹² y Pablo Díez Villanueva¹³

¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España, ²Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de León, León, España, ³Servicio de Cardiología. Hospital Clínic, Barcelona, España, ⁴Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España, ⁵Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra), España, ⁶Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), España, ⁷Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Basurto, Bilbao (Vizcaya), España, ⁸Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España, ⁹Hospital Universitario. Sant Joan Alicante. Hospital Universitario de San Juan, San Juan de Alicante (Alicante), España, ¹⁰Servicio de Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ¹¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava), España, ¹²Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, España y ¹³Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España.

Resumen

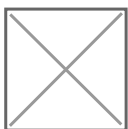
Introducción y objetivos: La influencia del pretratamiento antiplaquetario con inhibidores del receptor P2Y₁₂ en la estrategia de revascularización en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) se desconoce.

Métodos: Registro prospectivo y multicéntrico de ámbito nacional que incluyó 1020 pacientes consecutivos con SCASEST que fueron sometidos a cateterismo entre abril y mayo de 2022. Para este análisis, los pacientes fueron divididos en dos grupos de acuerdo con su estrategia de revascularización: intervención coronaria percutánea (ICP); o cirugía de revascularización coronaria (CABG), y se estudió el posible impacto en la toma de decisiones del pretratamiento antiplaquetario con doble antiagregación (DAPT).

Resultados: De los 1.020 pacientes incluidos, 934 (91,6%) fueron revascularizados durante el ingreso e incluidos en el análisis final (edad media 67,1 ± 12 años; 23,6% mujeres). De estos, 835 fueron sometidos a ICP y 99 a CABG. Los pacientes sometidos a CABG fueron más frecuentemente diabéticos (44,4 vs 32,6%; p = 0,01), recibieron menos frecuentemente pretratamiento con DAPT (48,5 vs 72,5%; p 0,001), y tuvieron una anatomía coronaria más compleja, incluyendo enfermedad de tres vasos (71,7 vs 14,3%; p 0,001) y de tronco coronario izquierdo (46,5 vs 9%; p 0,001). Asimismo, se revascularizó mediante CABG menos frecuentemente a pacientes que recibieron pretratamiento, tanto de manera global (7,4 vs 18,1%; p 0,001), como en pacientes con enfermedad de tres vasos (28,1% vs 51,3%; p = 0,001; figura). En el análisis multivariado (tabla), el número de vasos con estenosis [odds ratio (OR), 6,5; 95% intervalo de confianza (IC) 4,3-9,9], la enfermedad del tronco coronario izquierdo (OR 6,6; IC95% 3,7-11,7), la CABG previa (OR 0,04; IC95% 0,005-0,34), y no haber recibido pretratamiento (OR 2,5; IC95% 1,5-4,4) fueron predictores independientes de derivar a los pacientes a CABG.

	Univariado	p	Multivariado	p
OR (IC95%)		OR (IC95%)		
Diabetes	1,6 (1,08-2,5)	0,02	-	
Número de vasos con estenosis	7,1 (4,9-10,3)	0,001	6,5 (4,3-9,9)	0,001
No pretratamiento	2,8 (1,8-4,2)	0,001	2,5 (1,5-4,4)	0,001
Enfermedad de tronco coronario izquierdo	8,7 (5,5-13,9)	0,001	6,6 (3,7-11,7)	0,001
Oclusión crónica total	3,2 (2-5,3)	0,001	-	
Cirugía de revascularización previa	0,2 (0,02-1,4)	0,10	0,04 (0,005-0,34)	0,003
Tratamiento anticoagulante previo	0,36 (0,11-1,1)	0,09	-	
Tabaquismo activo	0,65 (0,4-1,07)	0,09	-	
Frecuencia cardiaca al ingreso	1,01 (1-1,02)	0,03	-	

OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza.



Conclusiones: En pacientes con SCASEST, el pretratamiento con DAPT influye de manera independiente en la estrategia de revascularización, favoreciendo el intervencionismo coronario percutáneo.