



6015-280. ¿CUÁNDO DEBEMOS DAR EL SEGUNDO ANTIAGREGANTE EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST?

Marta López Serna, Lucía Rodríguez Estévez, Alejandro Diego Nieto, Elisabete Alzola Martínez de Antoñana, Alfredo Barrio Rodríguez, Marta Alonso Fernández de Gatta, Pablo Luengo Mondéjar, David González Calle y Pedro Luis Sánchez Fernández, del Servicio de Cardiología, Complejo Universitario de Salamanca, IBSAL, CIBER-CV, Salamanca.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes que sufren un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) que van a someterse a intervencionismo coronario primario (ICPp) deben recibir doble antiagregación. Sin embargo, la evidencia acerca de cuándo se deben administrar los inhibidores de P2Y12 es limitada. El objetivo de este estudio es evaluar cuándo reciben los pacientes el segundo antiagregante, cuál es el más usado y si el pretratamiento podría influir en el flujo TIMI inicial.

Métodos: Se analizaron de manera retrospectiva cuándo se administraba carga de doble antiagregación en 81 pacientes con SCACEST, en los que se realizó estrategia de reperfusión mediante ICPp. Posteriormente se evaluó si administrar estos fármacos antes del procedimiento invasivo podría relacionarse con un mejor flujo TIMI. Para el análisis de los resultados se utilizó el programa estadístico SPSS mediante análisis de regresión logística (significación estadística $p < 0,05$).

Resultados: El 100% de los pacientes habían recibido pretratamiento con ácido acetilsalicílico, sin embargo solo el 38,3% (31) habían recibido inhibidores P2Y12 antes de llegar a la sala de hemodinámica. El ticagrelor y el clopidogrel son usados como pretratamiento en prácticamente la misma proporción, sin embargo, una vez revascularizada la arteria culpable (AC), el ticagrelor es el más administrado, seguido del prasugrel. En 9 pacientes se realizó *switch*, siendo el cambio más frecuente de clopidogrel a prasugrel. Las arterias más frecuentemente revascularizadas fueron la coronaria derecha (40,7%) y la descendente anterior (40,7%), seguida de la circunfleja (14,8%). La mediana de *stents* implantados fue de 1,5 y solo se realizó trombectomía en 21 pacientes. En el estudio de regresión logística hubo una asociación entre los pacientes que recibieron doble antiagregación previa a la llegada a la sala de hemodinámica y un flujo TIMI más alto con una $p < 0,05$.

Carga de doble antiagregación

	Pre-ICP (n = 31; 38,3%)	Post-ICP (n = 50; 61,7%)
Clopidogrel	16 (51,6%)	11 (22%)

Ticagrelor	15 (48,4%)	31 (62%)
Prasugrel	0	17 (34%)

Conclusiones: Los resultados obtenidos apoyan la importancia de la administración precoz de doble antiagregación en pacientes con SCACEST, puesto que mejoran el flujo coronario previo a la revascularización.