



## 6043-9. IMPACTO EN LA EVOLUCIÓN HOSPITALARIA DE LA NO ADMINISTRACIÓN DE PRETRATAMIENTO ANTIAGREGANTE EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Carmen Martín Domínguez<sup>1</sup>, Jesús Martín Martínez<sup>2</sup>, David Galán Gil<sup>3</sup>, Diego Iglesias Álvarez<sup>2</sup>, Rosa Agra Bermejo<sup>2</sup>, Pedro Rigueiro Veloso<sup>2</sup>, Federico García Rodeja Arias<sup>2</sup>, Víctor Jiménez Ramos<sup>2</sup>, Ana Belén Cid Álvarez<sup>2</sup>, Ramiro Trillo Nouche<sup>2</sup>, José Ramón González Juanatey<sup>2</sup> y José María García Acuña<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. <sup>2</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña. <sup>3</sup>Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Las recientes guías Europeas de práctica clínica sobre el síndrome coronario agudo sin elevación del ST (NSTEMI) establecen la administración de rutina del pretratamiento con inhibidores del receptor P2Y12 (iP2Y12) antes de la realización de coronariografía como nivel de indicación IIB, si esta no se realizara como estrategia precoz o III si se realizara de forma precoz.

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo en el que se analizan pacientes consecutivos ingresados en la unidad coronaria de un hospital terciario con NSTEMI de alto o muy alto riesgo entre octubre de 2020-marzo de 2021. Se llevó a cabo un protocolo antiagregante en el que solo se administraba aspirina 300 mg antes de la coronariografía y tras conocer el árbol coronario, se administraba dosis de carga y mantenimiento con clopidogrel, ticagrelor o prasugrel según las morbilidad. Se analizan las complicaciones trombóticas o hemorrágicas intrahospitalarias. Se excluyeron los pacientes con MINOCA y NSTEMI de origen embólico.

**Resultados:** Se analizan un total de 90 pacientes. 75 de ellos (85%) solo recibieron aspirina desde el momento del ingreso y 15 (15%) se administró el segundo antiagregante antes de la coronariografía por decisión de su clínico. Las características basales se muestran en la tabla, sin diferencias entre grupos. La mediana de retraso en realizar la coronariografía fue de 8h (1-36). Tras la coronariografía, el 40% recibieron clopidogrel, 40% prasugrel y 6% ticagrelor. Únicamente en el 7% de los pacientes se realizó *switch* del antiagregante debido a necesidad de administración de triple terapia. En cuanto a los eventos, en el grupo sin pretratamiento se observó que el 1,3% tuvo episodio de reinfarto agudo de miocardio intrahospitalario y el 18,5% fenómenos de *no-reflow*. No se observaron episodios de trombosis del *stent*. En cuanto a los eventos hemorrágicos, la incidencia de hemorragia menor fue menos frecuente en el grupo sin pretratamiento (4 vs 7,7% en grupo con pretratamiento; p 0,001), sin ningún caso de hemorragia mayor. La mortalidad intrahospitalaria fue de 3,4% sin diferencias entre grupos.

Características basales de los pacientes n = 90

Edad (años)

67 (45-82)

Sexo (% Hombre)	75%
HTA (%)	43%
Dislipemia (%)	37%
DM tipo 2 (%)	30%
Fumador activo (%)	15%
Cardiopatía isquémica previa (%)	35%
Enfermedad cerebrovascular previa (%)	8%
Arteriopatía periférica (%)	6%
Fibrilación auricular (%)	5%
Arteria coronaria afectada	
Tronco común izquierdo	13%
Descendente anterior	30%
Circunfleja	27%
Coronaria derecha	27%
Clase Killip-Kimball al ingreso	
Clase I	69,7%
Clase II	12,4%
Clase III	16,9%

Clase IV

1,1%

**Conclusiones:** El empleo de una estrategia antiagregante plaquetaria sin pretratamiento en los pacientes NSTEMI fue segura cuando la coronariografía se realiza de forma precoz en menos de 12 horas. Se evidenció una disminución significativa de hemorragias menores en el grupo sin pretratamiento.