



## 6034-2. EFICACIA Y SEGURIDAD EN LA VIDA REAL DE NO PRETRATAR CON IP2Y12 EN EL INFARTO SIN ELEVACIÓN DEL ST: SIGUIENDO LAS GUÍAS

Ander Arteagoitia Bolumburu<sup>1</sup>, Marcelo Sanmartín Fernández<sup>1</sup>, Inés Gómez Sánchez<sup>2</sup>, Alejandra González Leal<sup>1</sup>, Sonia Antoñana Ugalde<sup>1</sup>, Rodrigo Ortega Pérez<sup>1</sup>, Juan Diego Sánchez Vega<sup>1</sup>, Asunción Camino López<sup>1</sup>, Manuel Jiménez Mena<sup>1</sup>, José Luis Zamorano Gómez<sup>1</sup> y José Luis Zamorano Gómez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid y <sup>2</sup>Hospital Militar Gómez Ulla, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Las últimas guías clínicas no recomiendan el pretratamiento con inhibidores P2Y12 en el infarto sin elevación del ST (IAMSEST). Sin embargo, un número importante de Centros mantiene la estrategia de utilizar doble antiagregación lo antes posible, por una percepción de mayor riesgo de (re)infarto durante la espera para el cateterismo, o mayores tasas de trombosis aguda de *stent*. El objetivo de este estudio es analizar la tasa de reinfarto antes o después del cateterismo, hemorragias mayores y el impacto sobre la estrategia de revascularización, aplicando una estrategia de no pretratamiento con iP2Y12 en SCASEST de alto riesgo.

**Métodos:** Estudio observacional, ambispectivo, unicéntrico, con una población consecutiva ingresada por IAMSEST tipo 1 y elevación de troponina o cambios dinámicos del ST, con intención de estrategia invasiva precoz. Se excluyeron pacientes que estaban pretratados con iP2Y12 antes del ingreso. Por protocolo, los pacientes recibían únicamente aspirina y enoxaparina 1 mg/kg/12 h hasta el cateterismo, que debía estar realizado lo antes posible, siempre en 24 horas. En caso de anticoagulación previa, recibían aspirina y el fármaco anticoagulante oral. Una vez conocida la anatomía coronaria y con la decisión de ICP, se administraba una solución de comprimidos machacados de ticagrelor (180 mg) o prasugrel (60 mg) por vía oral, generalmente antes del paso de la guía.

**Resultados:** Se analizaron 386 pacientes entre enero/2018 y enero/2022 (72% varones, edad  $68 \pm 14$  años y 32% diabéticos). Un total de 42 pacientes (11%) tenía fibrilación auricular previa y 43 pacientes tomaban anticoagulantes orales antes del ingreso. La mediana de tiempo hasta el cateterismo fue de 13,3 horas. Solamente un paciente (0,25%) presentó elevación del ST durante la espera para el cateterismo y necesitó ICP primaria. Un paciente presentó reinfarto debido a trombosis subaguda de *stent*, pero no hubo casos de trombosis de *stent* en las primeras horas del implante. Se registraron 2 ictus isquémicos y 6 hemorragias graves (BARC > 3). Un total de 44 pacientes se derivaron a cirugía, 3 en las primeras 24 horas poscateterismo y 11 a la mañana siguiente.

**Conclusiones:** Nuestros datos apoyan la seguridad y eficacia de la estrategia de no pretratamiento con iP2Y12 en el IAMSEST, con una aproximación invasiva precoz realizada en 12 horas en aproximadamente la mitad de los pacientes.