



6034-8. PRETRATAMIENTO EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Luis López Flores, Alejandro Gómez González, Carmen López Flores, Margarita Montero Parrilla, Francisco Javier Cortés Cortés y Juan Carlos García Rubira

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: En el síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST), existen dos estrategias respecto a la antiagregación: administrar de forma rutinaria un segundo antiagregante una vez establecido el diagnóstico clínico (“pretratamiento”) o añadirlo una vez conocida la anatomía coronaria. Las guías de 2020 de la ESC sobre SCASEST se decantan por la segunda opción cuando se va a optar por una estrategia invasiva temprana.

Métodos: El objetivo de nuestro trabajo, observacional y retrospectivo, es comparar resultados clínicos tras adoptar un protocolo en el que se indica no pretratar de forma rutinaria (a partir de marzo del 2021).

Resultados: Se incluyen 191 pacientes (90 en el grupo de pretratamiento y 110 en no pretratamiento del año anterior al inicio del nuevo protocolo). No hubo diferencias en las características basales, en las escalas GRACE, TIMI y CRUSADE al ingreso, ni en la necesidad de inotrópicos. En el grupo de no pretratados hubo una mayor frecuencia de Killip III/IV (7,8 vs 19,8%). En ambos grupos, la mortalidad total durante el ingreso hospitalario, el riesgo de reinfarto y de ictus fueron similares. En el grupo de no pretratamiento hubo una menor incidencia de hemorragias relevantes, aunque no se alcanzó una diferencia estadísticamente significativa (10 vs 6%). La revascularización quirúrgica fue mayor en el grupo de no pretratamiento de forma significativa (1,1 vs 7,9%, $p = 0,026$).

Características basales. $n = 190$

Características	Pretratamiento (n = 90; 47,1%)	No pretratamiento (n = 101; 52,9%)	p
Edad, años	66,0 ± 11,4	65,2 ± 13,4	0,735
Sexo mujer	17 (18,9%)	24 (23,8%)	0,413

Tabaquismo

Fumador	30 (33,3%)	36 (35,6%)	0,762
Exfumador	30 (33,3%)	25 (24,8%)	0,191
Hipertensión arterial	65 (72,2%)	75 (74,3%)	0,751
Diabetes mellitus	31 (34,4%)	37 (36,6%)	0,752
Dislipemia	50 (55,6%)	54 (53,5%)	0,772
Obesidad	17 (18,9%)	25 (24,8%)	0,329
AF cardiopatía isquémica precoz	5 (5,6%)	9 (8,9%)	0,374
IAM previo	13 (14,4%)	19 (18,8%)	0,450
Intervencionismo cardiaco percutáneo previo	15 (16,9%)	26 (26,0%)	0,189
Cirugía de revascularización coronaria previa	3 (3,4%)	4 (4,0%)	0,621
Insuficiencia cardiaca	6 (6,7%)	9 (8,9%)	0,535
Sangrado previo	1 (1,1%)	2 (2,0%)	0,566
Enfermedad renal crónica	8 (8,9%)	15 (14,9%)	0,278
EPOC	4 (4,4%)	9 (8,9%)	0,295
AVC previo	11 (12,2%)	10 (9,9%)	0,567
Enfermedad vascular periférica	4 (4,4%)	10 (9,9%)	0,219
Tratamiento antiagregante previo	33 (36,7%)	39 (38,6%)	0,377

AF: antecedentes familiares; AVC: accidente vascular cerebral; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IAM: infarto agudo de miocardio.



Principales resultados.

Conclusiones: La estrategia de no pretratar se asoció a una mortalidad y resultados isquémicos similares, con una tendencia a la reducción de sangrados, y a una mayor revascularización quirúrgica.