



6034-6. TRATAMIENTO AL ALTA DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST. RESULTADOS DEL REGISTRO MULTICÉNTRICO IMPACT-TIMING-GO

Felipe Díez-del Hoyo¹, Antonio Martínez-Guisado², Pablo Díez-Villanueva³, María Thiscal López-Lluva⁴, Clara Fernández-Cordón¹, Aritz Gil Ongay⁵, Eduardo Luján Valencia⁵, Martín Negreira Caamaño⁶, Pablo Bazal Chacón⁷, Leire Goñi Blanco⁷, María Fernández-González⁴, Ricardo Rivera-López⁸, María Abellas-Sequeiros⁹, Diego Cazorla-Morallón¹⁰, Pilar Roquero-Giménez³, Elena Viosta Gil¹¹, Fernando Torres Mezcuá¹², Teresa Giralt Borrell¹³, Lucía Pérez Cebey¹⁴, Anna Carrasquer Cucarella¹⁵, Ignacio Amat Santos¹⁶ y Pedro Cepas Guillén²

¹Hospital Gregorio Marañón, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, CIBERCV, Madrid, ²Hospital Clínic, Barcelona, ³Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, ⁴Complejo Asistencial Universitario, León, ⁵Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, ⁶Hospital General Universitario de Ciudad Real, ⁷Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, ⁸Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, ⁹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, ¹⁰Hospital Universitario de San Juan, Alicante, ¹¹Hospital Txagorritxu, Vitoria, ¹²Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante, ¹³Hospital del Mar, Barcelona, ¹⁴Hospital Universitario A Coruña, ¹⁵Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona y ¹⁶Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) es un motivo frecuente de ingreso en nuestro medio. El tratamiento farmacológico al alta, incluyendo doble antiagregación plaquetaria (DAPT), hipolipemiantes, bloqueadores beta (BB), inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECAs), inhibidores del receptor angiotensina-neprilisina (ARNi) o inhibidores del cotransportador Na-Glucosa tipo 2 (iSGLT2) ha demostrado mejorar el pronóstico de estos pacientes, aunque este no siempre es uniforme y se desconoce la evolución temporal en España.

Métodos: Análisis descriptivo de los pacientes con SCASEST incluidos en el registro IMPACT of Time of Intervention in patients with Myocardial Infarction with Non-ST segment elevation. ManaGement and Outcomes (IMPACT-TIMING-GO), registro multicéntrico, observacional y prospectivo en 22 centros españoles. Se analizaron los datos del ingreso recogidos en el primer mes de inclusión, abril de 2022. Todos los pacientes fueron sometidos a manejo invasivo y tenían enfermedad coronaria causal. Comparamos nuestros datos con los registros nacionales DIOCLES (2012) y MASCARA (2005).

Resultados: Se incluyeron 444 pacientes consecutivos con SCASEST, de los que 333 fueron analizados por disponer de datos completos al alta. La tabla resume el tratamiento farmacológico. De los pacientes sin indicación de anticoagulación, el 97,6% fueron dados de alta con DAPT, siendo el antiagregante más utilizado el ticagrelor (53%) seguido de clopidogrel (35%). El uso de estatinas al alta llega al 98% en nuestro registro, de los que un 92,5% son de alta potencia; y un 36% recibieron ezetimiba. Un elevado porcentaje de los pacientes fueron dados de alta con bloqueadores beta (72%) o IECA/ARNi (75,3%), aumentando su uso en caso de FEVI 50% al 80%. Temporalmente el uso de DAPT, estatinas e IECA/ARA2/ARNi ha aumentado progresivamente, aunque la prescripción de BB permanece estable. Un 11% de los pacientes fueron dados de alta bajo tratamiento anticoagulante, siendo el más frecuente el apixabán (43%), y un 20,3% recibieron iSGLT2, el 87% en pacientes diabéticos.

Tratamiento al alta de los pacientes con SCASEST en el registro IMPACT-TIMING-GO y diferencias con los registros previos DIOCLES y MASCARA

Variable	IMPACT-TIMING-GO 2022 (n = 333)	DIOCLES 2012 (n = 1602)	MASCARA 2005 (n = 4431)
Edad	65,1 ± 16 años	68 años	69 ± 12 años
Sexo (varón)	77,6%	74,3%	69%
AAS	93,7%	72,2%	56,5%
P2Y12	96,1%	70,5%	65,7%
Tipo de P2Y12			
Clopidogrel	35%	-	100%
Prasugrel	12%	-	
Ticagrelor	53%	-	
Anticoagulación	11%		
Antagonista vitamina k	37,8%		
Apixabán	43,2%	12%	8,1%
Rivaroxabán	13,5%		
Edoxabán	5,4%		
Inhibidores bomba protones	92,6%	73,4%	-
Estatinas	97,9%	91,4%	70%

Otros hipolipemiantes	39,4%	8%	-
Ezetimiba	91,5%	-	-
Bloqueadores beta	72%	78,1%	67,5%
IECA ARNi	75,3%	71,8%	53,2%
Antagonistas receptor mineralocorticoide	5,8%	6,6%	-
iSGLT2	20,3%	-	-
Diuréticos	25%	-	18%

AAS (ácido acetil salicílico); IECAS (inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina); ARNi (inhibidor del receptor angiotensina-neprilisina); iSGLT2 (inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2).

Conclusiones: Actualmente el uso de DAPT y estatinas de alta potencia en pacientes con SCASEST es prácticamente uniforme. El antiagregante más usado es el ticagrelor y el anticoagulante el apixabán. Más de 2/3 de los pacientes reciben BB e IECAS/ARNi y un 20% iSGLT2.