REC Interv Cardiol. 20XX;XX(X):XX-XX
https://doi.org/10.24875/RECIC.M26000637

Artículo original

Momento de presentación hospitalaria y abordaje del SCASEST: resultados del registro IMPACT-TIMING-GO

Emilio Blanco-López[a,◊], Martín Negreira-Caamaño[a,b,c,◊], María Thiscal López-Lluva[d], Pedro Cepas-Guillén[e,f], Alfonso Jurado-Román[c,g,h], Pablo Bazal-Chacón[i], José Antonio Fernández-Sánchez[j], Pablo Salinas[k], Jessica Vaquero-Luna[l], Lucía Pérez-Cebey[m], Fernando Torres-Mezcua[n], Sebastián Aranda-Martínez[o], Ander Arteagoitia[p], David Aritza-Conty[i], Pablo Díez-Villanueva[q] y Felipe Diez-Delhoyo[r,s,*]

[a] *Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España*
[b] *Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España*
[c] *Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital La Paz (IdiPAZ), Madrid, España*
[d] *Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de León, León, España*
[e] *Servicio de Cardiología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España*
[f] *Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España*
[g] *Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España*
[h] *Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España*
[i] *Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España*
[j] *Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España*
[k] *Servicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España*
[l] *Servicio de Cardiología, Hospital Txagorritxu, Vitoria, Álava, España*
[m] *Servicio de Cardiología, Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España*
[n] *Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Alicante Doctor Balmis, Alicante, España*
[o] *Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*
[p] *Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España*
[q] *Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España*
[r] *Servicio de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España*
[s] *Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (imas12), Madrid, España*

RESUMEN

Introducción y objetivos: El momento de presentación hospitalaria en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) podría influir en la estrategia terapéutica inicial. El objetivo fue evaluar su relación con el manejo terapéutico y los resultados clínicos.
Métodos: Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico que incluyó a pacientes con SCASEST y enfermedad cardiovascular aterosclerótica culpable en la coronariografía no inmediata. Se clasificó a los pacientes según ingreso en horario laboral (HL) o no laboral (HNL), y día laborable (DL) o no laborable (DNL). Se analizaron las características clínicas, el manejo invasivo y la incidencia de episodios intrahospitalarios y en el seguimiento a 3 años.
Resultados: Se analizó a 982 pacientes (66,3 ± 12,7 años; 23,5% mujeres). Aunque la mayoría ingresaron en DL (68,2%), muchos lo hicieron en HNL (65,3%). La mediana hasta la coronariografía fue de 41 (20-74) horas, con mayor retraso en DNL (59 [32-78] frente a 29 [17-71]; p < 0,001). Se observaron diferencias en el tratamiento antitrombótico inicial según el momento de presentación hospitalaria, con mayores tasas de pretratamiento antiagregante plaquetario doble y anticoagulación en HNL (p < 0,001 y p = 0,036) y DNL (p = 0,047 y p = 0,016, respectivamente). Tras el ajuste multivariable, el ingreso en HNL no se asoció de forma independiente con un peor pronóstico intrahospitalario (OR ajustada = 0,95; IC95%, 0,58-1,56; p = 0,858) ni durante el seguimiento a 3 años (HR ajustada = 1,22; IC95%, 0,83-1,81; p = 0,313), con resultados concordantes al comparar DL y DNL.
Conclusiones: El momento de presentación hospitalaria no se relacionó con un peor pronóstico intrahospitalario ni durante el seguimiento, aunque se observaron diferencias en el manejo clínico inicial.

Palabras clave: Síndrome coronario agudo. SCASEST. Infarto de miocardio. Cardiopatía isquémica.

◊ Ambos firman conjuntamente como primeros autores.

*** Autor para correspondencia.**
Correo electrónico: felipediezdelhoyo@hotmail.com (F. Diez-Delhoyo).
𝕏 @emilioblanco96 @NegreiraMartin @MTLLluva @pedro_cepas @JuradoRomanAl @pablo_bazal @pabl0salinas @650Torres @ander_artea @diez_villanueva @Felipediezhoyo

Recibido 26 de mayo de 2026. Aceptado 29 de septiembre de 2026.
Full English text available from: https://www.recintervcardiol.org/en.
2604-7306 / © 2026 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.

Cómo citar este artículo: Blanco-López E, et al. Momento de presentación hospitalaria y abordaje del SCASEST: resultados del registro IMPACT-TIMING-GO. *REC Interv Cardiol*. 2026. https://doi.org/10.24875/RECIC.M26000637.

Hospital presentation timing and management of NSTEACS: results from the IMPACT-TIMING-GO registry

ABSTRACT

Introduction and objectives: Hospital presentation timing in patients with non–ST-segment elevation acute coronary syndrome (NSTEACS) may influence the initial therapeutic strategy. The aim of this study was to evaluate its association with therapeutic management and clinical outcomes.
Methods: This was an observational, prospective, multicenter study including patients with NSTEACS and culprit atherosclerotic disease identified on nonemergent coronary angiography. Patients were classified according to admission during working hours (WH) or non-working hours (NWH), and on working days (WD) or nonworking days (NWD). Clinical characteristics, invasive management and the incidence rate of in-hospital and 3-year follow-up events were analyzed.
Results: A total of 982 patients were analyzed (66.3 ± 12.7 years; 23.5% women). Most patients were admitted on WD (68.2%), although most admissions occurred during NWH (65.3%). The median time to coronary angiography was 41 hours (20–74), with a longer delay in patients admitted on NWD (59 [32-78] vs 29 [17-71] hours; $P < .001$). Differences were observed in initial antithrombotic management according to hospital presentation timing, with higher rates of pretreatment with dual antiplatelet therapy and anticoagulation in patients admitted during NWH ($P < .001$ and $P = .036$, repectively) and NWD ($P = .047$ and $P = .016$, respectively). After multivariable adjustment, admission during NWH was not independently associated with worse in-hospital outcomes (adjusted OR, 0.95; 95%CI, 0.58–1.56; $P = .858$) or 3-year outcomes [adjusted HR, 1.22; 95%CI, 0.83–1.81; $P = .313$], with consistent findings for the comparison between WD and NWD.
Conclusions: Hospital presentation timing was not associated with worse in-hospital or follow-up outcomes, although differences were observed in initial clinical management.

Keywords: Acute coronary syndrome. NSTEACS. Myocardial infarction. Ischemic heart disease.

Abreviaturas

DL: día laborable. **DNL:** día no laborable. **HL:** horario laboral. **HNL:** horario no laboral. **SCASEST:** síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST.

INTRODUCCIÓN

La cardiopatía isquémica es una de las principales causas de morbimortalidad en todo el mundo y la principal causa de muerte en los países desarrollados. Dentro de este síndrome cardiovascular, una de las formas más habituales de presentación es el síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST), cuya incidencia ha aumentado en los últimos años[1,2], en parte como consecuencia del envejecimiento poblacional[3].

Respecto al abordaje terapéutico del SCASEST, las guías clínicas actuales recomiendan una estrategia invasiva precoz mediante coronariografía con el objetivo de mejorar el pronóstico y reducir los eventos adversos, especialmente en pacientes con características de alto riesgo isquémico[4,5]. No obstante, continúa existiendo controversia en relación con el momento óptimo para realizar la intervención, debido, entre otros aspectos, a factores logísticos que dificultan la implementación sistemática de estrategias de reperfusión precoces en nuestra práctica cotidiana[6,7].

A diferencia del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, para el que los códigos de reperfusión tienen circuitos asistenciales bien establecidos, existe una gran variabilidad en cuanto al momento de realización de la estrategia invasiva precoz para el SCASEST[6,7]. Esta cuestión resulta relevante, ya que una estrategia de coronariografía temprana (< 24 h) supone un reto logístico-asistencial por factores de diferente índole: organizativos, disponibilidad de recursos personales y materiales, disparidades territoriales o incremento del coste sanitario.

El momento de presentación hospitalaria de cada paciente —horario laboral (HL), periodos nocturnos o fines de semana— resulta fundamental en la logística asistencial y podría influir sustancialmente en el abordaje terapéutico del SCASEST, incluyendo los tiempos hasta el cateterismo. Algunos estudios han apuntado que el ingreso fuera del horario habitual de funcionamiento de las salas de hemodinámica constituye un factor determinante en el retraso de la coronariografía[8]. Sin embargo, la evidencia específica sobre esta cuestión sigue siendo limitada y heterogénea, en especial aplicada en nuestro modelo sanitario.

En esta línea, el objetivo de este estudio es evaluar el impacto del momento de presentación hospitalaria sobre el manejo y los resultados clínicos en los pacientes con SCASEST.

MÉTODOS

Diseño del estudio y selección de los pacientes

El registro IMPACT-TIMING-GO es un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico, en el que participaron 23 centros con disponibilidad de hemodinámica las 24 horas del día, todos los días del año. Su diseño se ha publicado previamente[9]. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de SCASEST y enfermedad ateroesclerótica culpable confirmada mediante coronariografía invasiva. Se excluyeron aquellos con infarto agudo de miocardio tipo 2, disección coronaria espontánea, miocardiopatía de estrés, miocarditis o vasoespasmo. Para este subestudio se excluyeron también las coronariografías emergentes, esto es, con carácter inmediato según las indicaciones de la guía de práctica clínica[1].

El manejo clínico, incluido el momento de la coronariografía, se realizó según la práctica habitual de cada centro. Se realizaron visitas de seguimiento a los 12 y 36 meses desde el alta hospitalaria.

Cómo citar este artículo: Blanco-López E, et al. Momento de presentación hospitalaria y abordaje del SCASEST: resultados del registro IMPACT-TIMING-GO. *REC Interv Cardiol*. 2026. https://doi.org/10.24875/RECIC.M26000637.

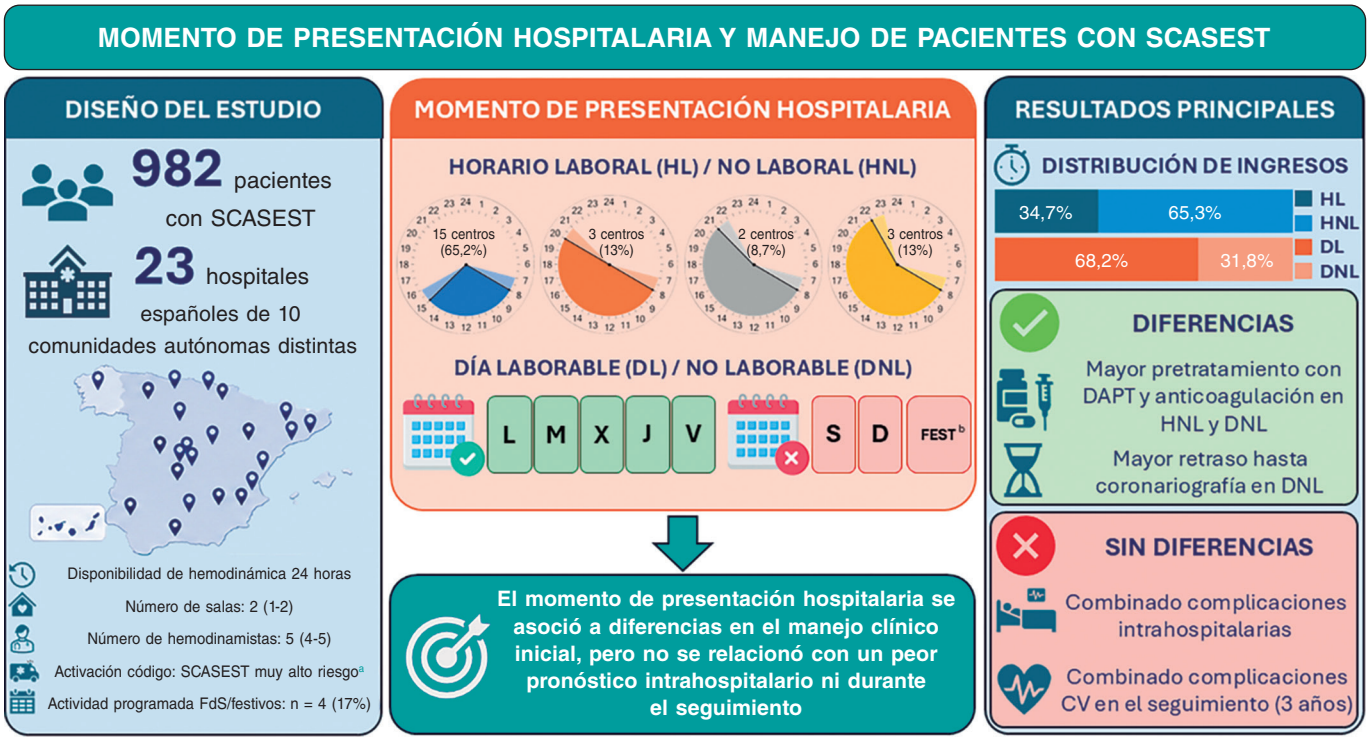


Figura 1. Figura central. Diseño del estudio y principales hallazgos sobre la relación entre el momento de presentación hospitalaria y el manejo de pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST). Panel izquierdo: características de los 23 hospitales participantes (mediana y rango intercuartílico). Panel central: clasificación de la presentación según el horario (laboral/no laboral) y el tipo de día (laborable/no laborable), según las características de cada centro. Panel derecho: distribución de los ingresos y principales diferencias en el manejo clínico y el pronóstico. CV: cardiovascular; DAPT: doble tratamiento antiagregante plaquetario; DL: día laborable; DNL: día no laborable; FdS: fines de semana; Fest: festivo; HL: horario laboral; HNL: horario no laboral.

[a] Solo algunos centros realizaban casos seleccionados de SCASEST de alto riesgo como código infarto/alerta.

[b] Días festivos locales, autonómicos y nacionales según la localización del centro.

El protocolo del estudio se elaboró en consonancia con la Declaración de Helsinki y fue aprobado por los comités éticos de las instituciones participantes. Todos los pacientes firmaron su consentimiento informado.

Objetivos

El objetivo principal fue analizar las diferencias en el abordaje clínico y en el pronóstico de los pacientes en función del momento de presentación hospitalaria.

El investigador principal de cada centro notificó las características asistenciales de su institución, incluido el HL habitual de las salas de intervencionismo.

Se consideraron dentro del HL aquellos casos cuya presentación hospitalaria ocurriera durante el HL habitual de la sala, sumando un margen de ± 1 hora para compensar tiempos de traslados, retrasos en la codificación informática-administrativa o transgresiones del horario, habituales en la práctica cotidiana. Los ingresos acontecidos fuera de ese margen se consideraron como horario no laboral (HNL). La consideración de día laborable (DL) o no laborable (DNL) se realizó según el calendario oficial de cada comunidad autónoma y cada ayuntamiento (figura 1).

Se analizaron las características clínicas y relacionadas con el abordaje invasivo durante el ingreso y la incidencia de eventos clínicos durante la hospitalización y en el seguimiento tras el alta. El diagrama de flujo se muestra en la figura 2.

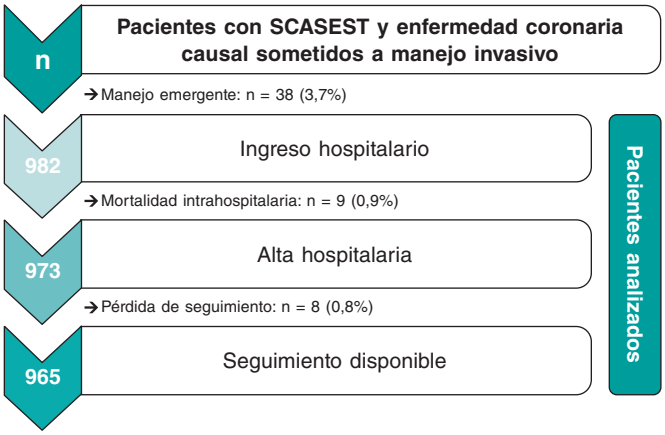


Figura 2. Diagrama de flujo de los pacientes incluidos en el estudio. SCASEST: síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST.

Como evento principal durante el ingreso se estableció un combinado de complicaciones hospitalarias, que incluyen aparición de arritmias ventriculares sostenidas, trombosis del *stent*-reinfarto, complicación mecánica del infarto, insuficiencia renal (aumento > 2,5 veces en las cifras de creatinina o necesidad de tratamiento de sustitución renal), implante de dispositivo de asistencia circulatoria o trasplante cardiaco, implante de marcapasos, sangrado grave (≥ 3 en la clasificación de la *Bleeding Academic Research Consortium*)[10] y muerte.

Cómo citar este artículo: Blanco-López E, et al. Momento de presentación hospitalaria y abordaje del SCASEST: resultados del registro IMPACT-TIMING-GO. *REC Interv Cardiol*. 2026. https://doi.org/10.24875/RECIC.M26000637.

Como evento principal durante el seguimiento tras el alta se consideró un combinado de hospitalización urgente por causa cardiovascular o mortalidad por causa cardiovascular.

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se expresan como media y desviación típica o como mediana (rango intercuartílico), y las categóricas como valor absoluto y porcentaje. Se empleó la prueba de Kolmogórov-Smirnov para evaluar el ajuste de las variables a la distribución normal. En el contraste de hipótesis se empleó la prueba de χ^2 o la prueba exacta de Fisher para comparar las variables cualitativas, mientras que la prueba t de Student se usó para comparaciones cuantitativas entre grupos.

El análisis de eventos intrahospitalarios se realizó de forma dicotómica y para los eventos tras el alta se empleó, además, un análisis de curvas de supervivencia con el método de Kaplan-Meier. Se excluyeron del análisis los casos con seguimiento < 12 meses. Se realizaron ajustes multivariables mediante regresión logística binaria para el evento intrahospitalario y mediante regresión de Cox para el evento extrahospitalario. Se incluyeron en el modelo aquellas covariables con distribución heterogénea (p < 0,1) y con relevancia por definir el carácter asistencial (como la actividad en programa de tarde). Se respetó una ratio máxima de 1 covariable por cada 10 eventos. Se evaluó la colinealidad entre variables mediante el factor de inflación de varianzas. La magnitud de asociación empleada para las variables dicotómicas fue la *odds ratio* (OR), y para el análisis de supervivencia, la *hazard ratio* (HR). Se asumió la significación estadística con valores de p < 0,05 bilateral. El análisis estadístico se realizó empleando el programa SPSS versión 25.0 (IBM, Estados Unidos).

RESULTADOS

De los 1.020 pacientes iniciales, en 38 (3,7%) se realizó la coronariografía de manera emergente, lo cual fue más frecuente entre los pacientes que ingresaron en HL que entre los que lo hicieron en HNL (5,8 y 2,6%; p = 0,009), y similar en DL y DNL (4,0 frente a 2,9%; p = 0,290).

Tras excluir los casos emergentes, se incluyeron 982 pacientes (edad media 66,3 ± 12,7 años; 23,5% mujeres), cuyas características basales se describen en la tabla 1. La mayoría de ellos (65,3%) ingresaron fuera del HL de las salas de intervencionismo, si bien la mayoría lo hicieron en DL (68,2%), tal como se representa en la figura 1. Las características basales de los pacientes que ingresaron durante el HL o el HNL resultaron similares, al igual que los pacientes que ingresaron en DL o DNL, salvo por una mayor proporción de mujeres en el grupo de ingreso en DNL (28,8 frente a 20,9%; p = 0,006).

Presentación clínica y tratamiento agudo de los pacientes

El perfil de las características de riesgo relacionadas con la situación en el momento del ingreso (cambios eléctricos, situación hemodinámica o arritmias ventriculares) resultó similar entre grupos, salvo por una mayor proporción de pacientes con criterios de IAMSEST en los que ingresaron en HNL (78,9 frente a 72,7%; p = 0,028) y en DNL (81,4 frente a 74,6%; p = 0,019).

Se observaron diferencias en el tratamiento antitrombótico inicial según el momento de presentación. Los pacientes que ingresaron en HNL o en DNL recibieron más frecuentemente pretratamiento con doble antiagregación antes de la coronariografía (74,4 frente a 60,4%; p < 0,001; y 74,7 frente a 67,2%; p = 0,047, respectivamente). No se apreciaron diferencias en el tipo de antiagregante empleado; el ticagrelor fue el más utilizado en todos los grupos. En cuanto al pretratamiento anticoagulante, se observó un mayor uso en los pacientes que ingresaban en HNL (78,9 frente a 72,1%; p = 0,036) y en DNL (79,9 frente a 66,9%; p = 0,016); el más empleado fue el fondaparinux (55,3%), de forma similar en todos los subgrupos.

La mediana de tiempo desde el ingreso hasta la coronariografía fue de 41 (20-74) horas, con tiempos mayores entre los ingresos en HNL, aunque sin alcanzar la significación estadística (42 [18-73] frente a 31 [23-75] horas; p = 0,2849). Sin embargo, se observó un mayor retraso hasta la coronariografía cuando el paciente ingresó en DNL (59 [32-78] frente a 29 [17-71] horas; p < 0,001). Asimismo, la realización de la coronariografía de forma muy precoz (< 12h) fue más habitual entre los que ingresaron en HL y DL (13,2 frente a 8,9%; p = 0,035; y 13,7 frente a 3,2%; p < 0,001, respectivamente).

Las características angiográficas y relacionadas con el procedimiento intervencionista se muestran en la tabla S1. Globalmente, no se observaron diferencias significativas entre la anatomía coronaria subyacente ni el tipo de revascularización, que fue similar en todos los subgrupos.

Eventos adversos intrahospitalarios

La mediana de días de ingreso fue de 5 (3-8), sin diferencias entre grupos. Un total de 96 pacientes (9,8%) experimentaron el evento combinado de complicaciones intrahospitalarias, siendo la insuficiencia renal la más frecuente (5,8%). Las características de los pacientes que presentaron el evento combinado intrahospitalario se muestran en la tabla S2. La mortalidad intrahospitalaria fue baja (0,9%) y no hubo diferencias en la tasa de complicaciones intrahospitalarias entre ingresos en HL y HNL ni entre DL y DNL (tabla 2). El momento de presentación en HL o HNL y en DL o DNL no se asoció con la aparición del combinado de complicaciones intrahospitalarias en el análisis univariable (figura 3A,B), y tampoco lo hizo la precocidad en la realización de la coronariografía.

En el análisis multivariable ajustado por variables relacionadas con la presentación clínica (IAMSEST, presencia de cambios electrocardiográficos o situación hemodinámica Killip-Kimball) y características asistenciales (actividad de tarde), y el momento de presentación hospitalaria en HNL o HL [OR ajustada: 0,95; IC95%, 0,58-1,56; p = 0,858] y en DNL o DL [OR ajustada: 0,76; IC95%,0,45-1,25; p = 0,279], no mostraron asociación con el evento combinado intrahospitalario. El modelo multivariable se muestra en la tabla S3.

El análisis estratificado en función de diferentes variables de interés (edad, sexo, criterios de SCASEST de alto riesgo, pretratamiento antiagregante o anticoagulante, situación hemodinámica Killip-Kimball > I y momento de la coronariografía) resultó concordante con los resultados de la cohorte general, al no apreciarse asociación con el evento intrahospitalario en ninguno de los subgrupos.

Eventos tras la hospitalización

Se dispuso de datos de seguimiento > 12 meses en 965 pacientes (99,2% de los dados de alta) y de seguimiento completo a 3 años en 942 (96,8%), con una mediana de seguimiento de 1.097 (1.092-1.100) días. Durante este periodo, 141 (14,5%) presentaron el evento combinado de complicaciones extrahospitalarias, en proporción similar entre los ingresos en HL y HNL, y entre DL y DNL. Las características de los pacientes que presentaron el evento combinado extrahospitalario se muestran en la tabla S4. La mortalidad

Cómo citar este artículo: Blanco-López E, et al. Momento de presentación hospitalaria y abordaje del SCASEST: resultados del registro IMPACT-TIMING-GO. *REC Interv Cardiol*. 2026. https://doi.org/10.24875/RECIC.M26000637.

Tabla 1. Características basales, presentación clínica y tratamiento de los pacientes en el momento del ingreso

Variables	Total (n = 982)	Ingreso en HL (n = 341)	Ingreso en HNL (n = 641)	p	Ingreso en DL (n = 670)	Ingreso en DNL (n = 312)	p
Edad (años)	66,3 ± 12,7	66,2 ± 12,0	66,4 ± 13,2	0,801	66,7 ± 12,8	65,5 ± 12,5	0,173
Sexo femenino (%)	230 (23,4)	84 (24,6)	146 (22,8)	0,513	140 (20,9)	90 (28,8)	0,006[a]
Índice de masa corporal (kg/m^2)	27,7 ± 5,8	27,7 ± 5,0	27,8 ± 4,6	0,646	27,7 ± 4,8	27,9 ± 4,5	0,701
Características basales, n (%)							
Hipertensión arterial	677 (68,9)	234 (68,6)	443 (69,1)	0,875	458 (68,4)	219 (70,2)	0,563
Diabetes mellitus	336 (34,2)	124 (36,4)	212 (33,1)	0,301	230 (34,3)	106 (34,0)	0,913
Tabaquismo	294 (30,5)	97 (29,1)	197 (31,3)	0,517	187 (28,6)	107 (34,5)	0,175
Enfermedad cerebrovascular	69 (7,0)	19 (5,6)	50 (7,8)	0,193	42 (6,3)	27 (8,7)	0,173
Enfermedad renal crónica	114 (11,6)	42 (12,3)	72 (11,2)	0,614	84 (12,5)	30 (9,6)	0,283
EPOC	100 (10,2)	32 (9,4)	68 (10,6)	0,546	69 (10,3)	31 (9,9)	0,861
*Fibrilación/*flutter *auricular*	75 (7,6)	28 (8,2)	47 (7,3)	0,622	52 (7,8)	23 (7,4)	0,831
Insuficiencia cardiaca	42 (4,3)	17 (5,0)	25 (3,9)	0,424	27 (4,0)	15 (4,8)	0,575
Infarto de miocardio previo	225 (22,9)	75 (22,0)	150 (23,4)	0,617	159 (23,7)	66 (21,2)	0,371
Situación al ingreso, n (%)							
IAMSEST al ingreso	754 (76,8)	248 (72,7)	506 (78,9)	0,028[a]	500 (74,6)	254 (81,4)	0,019[a]
Alteraciones de novo *en el ECG*	600 (61,1)	197 (57,8)	403 (62,9)	0,466	414 (61,8)	186 (59,6)	0,515
Killip-Kimball							
I	878 (89,4)	305 (89,4)	573 (89,4)	0,868	593 (88,5)	285 (91,3)	0,275
II	82 (8,4)	30 (8,8)	52 (8,2)		62 (9,3)	20 (6,4)	
III-IV	22 (2,1)	6 (1,8)	16 (2,4)		15 (2,2)	7 (2,3)	
Parada cardiorrespiratoria previa	3 (0,3)	1 (0,3)	2 (0,3)	0,959	2 (0,3)	1 (0,3)	0,999
Arritmias ventriculares previas	5 (0,5)	1 (0,3)	4 (0,6)	0,487	4 (0,6)	1 (0,3)	0,989
Tratamiento antitrombótico previo a coronariografía, n (%)							
Ácido acetilsalicílico	969 (98,7)	337 (98,8)	632 (98,6)	0,763	661 (98,7)	308 (98,7)	0,938
Pretratamiento con doble antiagregante	683 (69,6)	206 (60,4)	477 (74,4)	< 0,001[a]	450 (67,2)	233 (74,7)	0,047[a]
Clopidogrel	319 (46,7)	95 (46,1)	224 (46,9)	0,144	218 (48,4)	101 (43,3)	
Prasugrel	18 (2,6)	8 (3,9)	10 (2,2)		13 (2,9)	5 (2,1)	0,103
Ticagrelor	346 (50,7)	103 (50,0)	243 (50,9)		219 (48,7)	127 (54,5)	
Pretratamiento anticoagulante	746 (76,5)	245 (72,1)	501 (78,9)	0,036[a]	499 (66,9)	247 (79,9)	0,016[a]
HBPM	317 (42,3)	97 (40,0)	220 (43,9)	0,070	213 (42,7)	104 (42,1)	
Heparina sódica	16 (2,1)	5 (2,0)	11 (2,2)		9 (1,8)	7 (2,8)	0,283
Fondaparinux	413 (55,3)	143 (58,3)	270 (53,9)		277 (55,5)	136 (55,1)	
Coronariografía, n (%)							
Tiempo hasta coronariografía	41 (20-74)	31 (23-75)	42 (18-73)	0,284	29 (17-71)	59 (32-78)	< 0,001[a]
< 24 h	325 (33,1)	95 (27,9)	230 (35,9)	0,037[a]	267 (39,9)	58 (18,6)	< 0,001[a]
24-72 h	398 (40,5)	151 (44,2)	247 (38,5)		239 (35,7)	159 (51,0)	
> 72 h	259 (26,4)	95 (27,9)	164 (25,6)		164 (24,5)	95 (30,4)	
< 12 h	102 (10,4)	45 (13,2)	57 (8,9)	0,035[a]	92 (13,7)	10 (3,2)	< 0,001[a]
< 72 h	723 (73,6)	246 (72,1)	477 (74,4)	0,441	506 (75,5)	217 (69,6)	0,058
Test no invasivo previo	79 (8,0)	36 (10,6)	43 (6,7)	0,035[a]	57 (8,5)	22 (7,1)	0,435

DL: día laborable; DNL: día no laborable; ECG: electrocardiograma; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HBPM: heparina de bajo peso molecular; HL: horario laboral; HNL: horario no laboral; IAMSEST: infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST.

[a] p < 0,05.

Cómo citar este artículo: Blanco-López E, et al. Momento de presentación hospitalaria y abordaje del SCASEST: resultados del registro IMPACT-TIMING-GO. *REC Interv Cardiol*. 2026. https://doi.org/10.24875/RECIC.M26000637.

Tabla 2. Eventos clínicos adversos intrahospitalarios y tras la hospitalización

Eventos intrahospitalarios, n (%)	Total (n = 982)	Ingreso en HL (n = 341)	Ingreso en HNL (n = 641)	p	OR cruda HNL frente a HL (IC95%)	OR ajustada[a] HNL frente a HL (IC95%)	Ingreso en DL (n = 670)	Ingreso en DNL (n = 312)	p	OR cruda DNL frente a DL (IC95%)	OR ajustada[a] DNL frente a DL (IC95%)
Estancia hospitalaria, días	5 (3-8)	5 (3-8)	5 (3-9)	0,445			5 (3-8)	5 (4-8)	0,117		
Evento combinado de complicaciones intrahospitalarias	96 (9,8)	34 (10,0)	62 (9,7)	0,881	0,97 (0,62-1,50)	0,95 (0,58-1,56)	72 (10,7)	24 (7,7)	0,134	0,69 (0,43-1,23)	0,76 (0,45-1,25)
Trombosis de stent *o reinfarto*	7 (0,7)	1 (0,3)	6 (0,9)	0,432			4 (0,6)	3 (1,0)	0,686		
Complicación mecánica	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	n.a.			0 (0,0)	0 (0,0)	n.a		
Asistencia circulatoria o trasplante cardiaco	16 (1,6)	6 (1,8)	10 (1,6)	0,814			13 (1,9)	3 (1,0)	0,416		
Insuficiencia renal	57 (5,8)	19 (5,6)	38 (5,9)	0,820			43 (6,4)	14 (4,5)	0,228		
Arritmias ventriculares	6 (0,6)	3 (0,9)	3 (0,5)	0,424			5 (0,7)	1 (0,3)	0,671		
Implante de marcapasos	15 (1,5)	8 (2,3)	7 (1,1)	0,127			12 (1,8)	3 (1,0)	0,411		
Sangrado grave	18 (1,8)	6 (1,8)	12 (1,9)	0,900			12 (1,8)	6 (1,9)	0,886		
Mortalidad	9 (0,9)	3 (0,9)	6 (0,9)	0,930			7 (0,9)	2 (0,6)	0,727		
Eventos tras la hospitalización, n (%)	**Total (n = 973)**	**Ingreso en HL (n = 338)**	**Ingreso en HNL (n = 635)**	**p**	**HR cruda HNL frente a HL (IC95%)**	**HR ajustada[a] HNL frente a HL (IC95%)**	**Ingreso en DL (n = 663)**	**Ingreso en DNL (n = 310)**	**p**	**HR cruda DNL frente a DL (IC95%)**	**HR ajustada[a] DNL frente a DL (IC95%)**
Combinado de eventos durante el seguimiento	141 (14,5)	45 (13,3)	96 (15,1)	0,446	1,21 (0,84-1,74)	1,22 (0,83-1,81)	94 (14,2)	47 (15,1)	0,685	1,06 (0,74-1,52)	1,04 (0,71-1,52)
Hospitalización por causa cardiovascular	130 (13,4)	43 (12,7)	87 (13,7)	0,686			87 (13,1)	43 (13,9)	0,373		
Mortalidad por causa cardiovascular	26 (2,7)	9 (2,7)	17 (2,7)	0,989			18 (2,7)	8 (2,6)	0,904		
Mortalidad por cualquier causa	76 (7,8)	24 (7,1)	52 (8,2)	0,547			51 (7,7)	25 (8,1)	0,840		
Infarto de miocardio	77 (8,0)	23 (6,9)	54 (8,6)	0,355			47 (7,2)	30 (9,7)	0,171		
Nueva revascularización coronaria	114 (11,8)	40 (11,9)	74 (11,7)	0,922			74 (11,2)	40 (12,9)	0,450		
Ictus	12 (1,2)	3 (0,9)	9 (1,4)	0,559			9 (1,4)	3 (1,0)	0,761		
Sangrado grave	24 (2,5)	7 (2,1)	17 (2,7)	0,562			18 (2,7)	6 (1,9)	0,465		

DL: día laborable; DNL: día no laborable; HL: horario laboral; HNL: horario no laboral; HR: *hazard ratio;* IC95%: intervalo de confianza del 95%; n.a.: no aplicable; OR: o*dds ratio.*
[a] Modelos multivariables ajustados; las variables incluidas se detallan en la tabla S3 y la tabla S5.

por causa cardiovascular fue baja (2,7%) y similar en todos los perfiles de presentación (tabla 2; figura 3C y D y figura S1). Los análisis estratificados se muestran en la figura S2 y la figura S3.

Tras el ajuste por variables asociadas a la aparición del evento (edad, sexo, hipertensión arterial, enfermedad renal, infarto previo, insuficiencia cardiaca y fragilidad) y por existencia de actividad programada por las tardes, la presentación en HNL o HL [HR ajustada = 1,22; IC95%,0,83-1,81; p = 0,313] y en DNL o DL [HR ajustada = 1,04, IC95%,0,71-1,52; p = 0,821] no mostraron asociación con el evento combinado extrahospitalario (tabla 2; tabla S5).

Factores asistenciales de cada centro e impacto en la asistencia

Las principales características de los centros participantes se muestran en la tabla 3. Aquellos con actividad de tarde (n = 8; 34,8%) tuvieron menos ingresos en HNL (68,5 frente a 31,1%; p < 0,001) y presentaron menores tiempos hasta la coronariografía (31 [19-69] frente a 45 [20-85] horas; p = 0,001), sin diferencias en la duración total del ingreso (5 [3-9] frente a 5 [4-8] días; p = 0,245) respecto a los centros sin actividad de tarde. Tampoco se observaron diferencias en la incidencia del combinado de eventos intrahospitalarios (4,5 frente a 5,0%; p = 0,523).

Cuatro centros (17,4%) notificaron practicar coronariografías no emergentes en casos seleccionados en DNL, a criterio del equipo de guardia, si bien en este contexto solo se llevaron a cabo 17 procedimientos (1,7%).

DISCUSIÓN

Los principales hallazgos se resumen en la figura 1 y son los siguientes: *a)* casi dos tercios de los pacientes con SCASEST en

Cómo citar este artículo: Blanco-López E, et al. Momento de presentación hospitalaria y abordaje del SCASEST: resultados del registro IMPACT-TIMING-GO. *REC Interv Cardiol*. 2026. https://doi.org/10.24875/RECIC.M26000637.

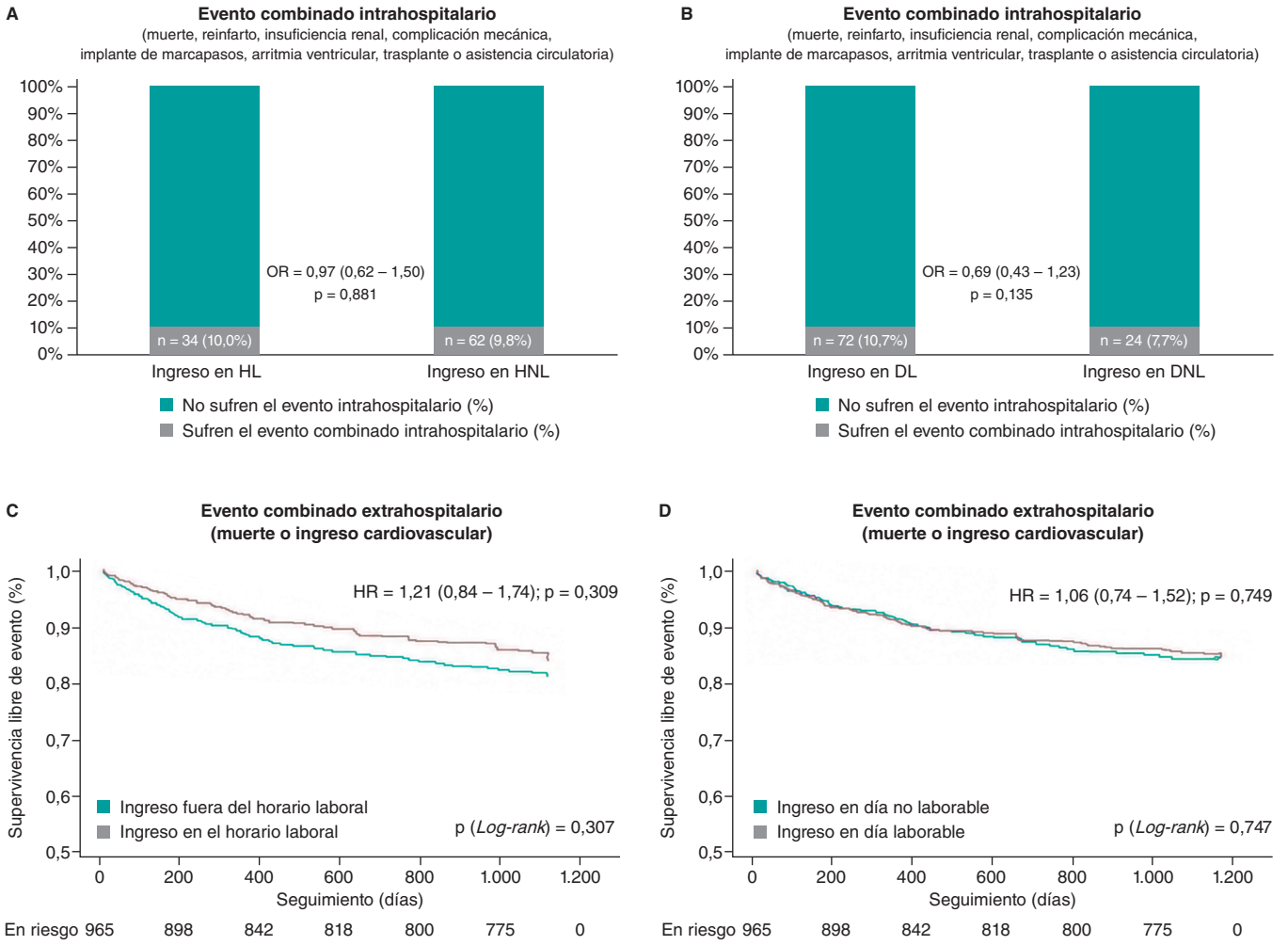


Figura 3. Eventos adversos intrahospitalarios (A y B) y extrahospitalarios (C y D) según ingreso en horario laboral (HL) o no laboral (HNL) y en día laborable (DL) o no laborable (DNL). HR: *hazard ratio;* OR: *odds ratio.*

Tabla 3. Características asistenciales de los centros participantes

Características logísticas	Centros (n = 23)
Horario laboral habitual	
08:00-15:00 horas	15 (65,2)
08:00-20:00 horas	3 (13,0)
08:00-21:00 horas	2 (8,7)
08:00-22:00 horas	3 (13,0)
Realización de actividad no emergente seleccionada en DNL	4 (17,4)
Salas de intervencionismo	
1	8 (34,8)
2	11 (47,8)
≥ 3	4 (17,4)
Facultativos dedicados al intervencionismo por centro	4,9 ± 1,3

DNL: día no laborable.
Los datos categóricos se expresan como n (%) y las variables continuas como media y desviación estándar.

nuestro medio ingresan fuera del HL habitual de las salas de hemodinámica; *b)* se observaron diferencias en el abordaje clínico según el momento de presentación, en particular en el tiempo hasta la coronariografía y el tratamiento antitrombótico; y *c)* pese a ello, el momento de presentación hospitalaria no se asocia en nuestro registro con mayor duración de la hospitalización ni con peor pronóstico intra- o extrahospitalario durante el seguimiento a 3 años.

El impacto del momento de presentación hospitalaria sobre la asistencia al SCASEST continúa siendo una cuestión controvertida. Los registros previos han asociado el ingreso en HNL con mayores retrasos hasta la coronariografía y una menor probabilidad de implementar estrategias invasivas precoces, pero el posible impacto pronóstico de dichos retrasos sigue sin estar claramente definido[6-8].

En nuestro estudio se excluyeron las coronariografías emergentes para evitar posibles sesgos al comparar con los casos de mayor riesgo, en los que el abordaje difiere de manera sustancial. Curiosamente, la mayoría de estos pacientes ingresaban en HL, lo cual podría sugerir cierta relación con factores organizativos o asistenciales.

Los pacientes incluidos presentaron características basales homogéneas, aunque se aprecia una mayor proporción de ingresos en DNL en

Cómo citar este artículo: Blanco-López E, et al. Momento de presentación hospitalaria y abordaje del SCASEST: resultados del registro IMPACT-TIMING-GO. *REC Interv Cardiol*. 2026. https://doi.org/10.24875/RECIC.M26000637.

las mujeres, en consonancia con estudios previos[11]. La presentación con síntomas atípicos, más habituales entre las mujeres, se ha asociado a un retraso en la consulta por infarto agudo de miocardio, lo que podría justificar esta observación[12,13].

Resulta interesante que hay una mayor proporción de pacientes con criterios de IAMSEST al ingreso en aquellos que ingresaron en HNL o DNL, ya que esta es una de las situaciones en las que las guías de práctica clínica[4,5] inciden en el beneficio de la coronariografía urgente (< 24 h). Teniendo en cuenta un perfil de riesgo similar entre grupos, posiblemente el ingreso fuera del HL se asocie a factores no evaluados, como mayores demoras en la asistencia prehospitalaria o en el tiempo de seriación de biomarcadores.

Aunque las guías recomiendan una estrategia invasiva precoz en los pacientes con SCASEST de alto riesgo[1,2,4,5], su beneficio pronóstico global continúa siendo objeto de debate, como sugieren los registros TIMACS[14], ISAR-COOL[15] y otros más recientes como OPTIMA-2[16] y SWEDEHEART[7]. En nuestra cohorte se encontraron diferencias en el tiempo hasta la coronariografía según el momento de presentación hospitalaria, especialmente entre DL y DNL (mediana de 29 frente a 59 horas), siendo infrecuente una demora superior a 72 horas (26,4%), sin diferencias según el momento de ingreso. Por su parte, el cateterismo muy precoz (< 12 h) resultó también infrecuente (10,4%), aunque fue más frecuente en los pacientes ingresados en HL y en DL.

También se hallaron diferencias en el tratamiento antitrombótico según el momento de presentación hospitalaria. Este es otro tema controvertido, ya que las recomendaciones actuales continúan evolucionando tras la evidencia aportada por estudios como el ACCOAST[17] y el ISAR-REACT 5[18]. En nuestro registro observamos un mayor uso de pretratamiento antiagregante y anticoagulante en los pacientes ingresados en HNL y en DNL. Este fenómeno podría responder a algunas diferencias clínicas entre los grupos (como la proporción de IAMSEST) o bien podría ser reflejo de la percepción clínica de un mayor retraso hasta la coronariografía en estas situaciones.

A pesar de las diferencias clínicas observadas, nuestro estudio no identificó diferencias pronósticas durante la hospitalización ni en el seguimiento. Este hallazgo reafirma el resultado principal de la cohorte completa del registro IMPACT-TIMING-GO, que ya señaló la ausencia de beneficio pronóstico observada en la realización de una estrategia invasiva precoz o en el uso de pretratamiento antitrombótico[19].

La comparación de los aspectos asistenciales resulta compleja debido a las diferencias existentes entre los sistemas sanitarios. Esta heterogeneidad se pone de manifiesto en nuestro trabajo, en el que participaron 23 centros de 10 comunidades autónomas. Aproximadamente dos terceras partes utilizan como HL el horario de mañana, mientras que un tercio prolonga su actividad al turno de tarde. Los centros con actividad de tarde presentaron menor tasa de ingresos en HNL y menores tiempos hasta la coronariografía, aunque esto no se tradujo en menor estancia hospitalaria ni menor tasa de eventos pronósticos.

En conjunto, nuestros resultados reafirman la complejidad del abordaje y del tratamiento óptimo del SCASEST, y la necesidad de individualizar las decisiones terapéuticas, lejos de la aplicación de protocolos rígidos basados en criterios temporales[4,20]. La ausencia de diferencias pronósticas podría reflejar, al menos en parte, la selección clínica individualizada realizada por los equipos asistenciales, en un contexto de disponibilidad relativamente precoz de estrategias invasivas.

Desde una perspectiva práctica, estos hallazgos apoyan modelos asistenciales flexibles que permitan adaptar el momento de la coronariografía al perfil de riesgo del paciente y no únicamente a unos objetivos temporales predefinidos. No obstante, en consonancia con lo descrito en otros registros[6-8,21], esta interpretación es hipotética y no permite establecer una relación causal.

Limitaciones

La principal limitación radica en la naturaleza observacional del estudio, que impide establecer causalidad. La variabilidad en el momento de presentación clínica de cada paciente, así como la complejidad en el análisis de factores asistenciales, constituyen otras posibles fuentes de sesgo. Además, no se realizaron análisis multivariables específicos para identificar los factores independientemente asociados con el tratamiento antitrombótico o el tiempo hasta la coronariografía, por lo que las diferencias observadas en estos aspectos deben interpretarse con cautela. Existen también factores inherentes a la variabilidad asistencial de cada centro, así como diferencias geográficas en nuestro país, que podrían no reflejarse en los datos.

CONCLUSIONES

Dos tercios de los pacientes con SCASEST en nuestro medio ingresan fuera del HL. Aunque se observaron diferencias en algunos aspectos del abordaje clínico inicial según el momento de presentación hospitalaria, no se encontró asociación con un peor pronóstico intrahospitalario ni durante el seguimiento a 3 años.

INVESTIGADORES PRINCIPALES Y CENTROS PARTICIPANTES

Los autores garantizan que los siguientes investigadores se hacen responsables de los datos contenidos en este trabajo: F. Diez-Delhoyo y S. Aranda Martínez (Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid), M.T. López-Lluva (Hospital Universitario de León), P. Cepas-Guillén (Hospital Clínic de Barcelona), A. Jurado-Román (Hospital Universitario La Paz, Madrid), P. Bazal-Chacón (Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona), M. Negreira-Caamaño y E. Blanco-López (Hospital General Universitario de Ciudad Real), I. Olavarri-Miguel (Hospital Universitario de Valdecilla, Santander), A. Elorriaga (Hospital de Basurto, Bilbao), R. Rivera-López (Hospital Virgen de las Nieves, Granada), D. Escribano (Hospital de San Juan de Alicante), P. Salinas (Hospital Clínico San Carlos, Madrid), J. Vaquero-Luna (Hospital Txagorritxu, Vitoria), A. Prieto-Lobato (Hospital Universitario de Albacete), L. Pérez-Cebey (Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña), A. Carrasquer (Hospital Joan XXIII, Tarragona), I. Llaó (Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona), F.J. Torres-Mezcúa (Hospital Universitario de Alicante Doctor Balmis), T. Giralt-Borrell (Hospital del Mar, Barcelona), M. Abellas (Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid), S. García-Blas (Hospital Clínico Universitario de Valencia), L. Matute-Blanco (Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida), C. Robles-Gamboa (Hospital Universitario de Toledo) y P. Díez-Villanueva (Hospital Universitario de La Princesa, Madrid).

FINANCIACIÓN

No se ha recibido financiación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El protocolo del estudio fue aprobado por los comités éticos de cada

centro participante y se elaboró en consonancia con la Declaración de Helsinki. Todos los pacientes firmaron el consentimiento informado. Se han tenido en cuenta los posibles sesgos de sexo y género siguiendo las guías SAGER.

DECLARACIÓN SOBRE EL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

No se ha empleado inteligencia artificial para el desarrollo de este artículo.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

F. Diez-Delhoyo, M. Thiscal López-Lluva y P. Díez-Villanueva han contribuido al diseño del estudio. Todos los autores han contribuido a la recogida de datos. E. Blanco López y M. Negreira-Caamaño han contribuido con la revisión bibliográfica y la redacción del texto inicial. Todos los autores han realizado una revisión crítica del documento final y lo han aprobado.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno de los autores participantes tiene conflictos de intereses que declarar.

¿QUÉ SE SABE DEL TEMA?

- El SCASEST requiere una estratificación precoz del riesgo y un manejo invasivo adaptado a las recomendaciones de las guías.
- Sin embargo, existe controversia sobre el impacto que puede tener el momento de presentación hospitalaria (HL o HNL y DL o DNL) en la implementación de estas estrategias y su posible repercusión clínica y pronóstica.

¿QUÉ APORTA DE NUEVO?

- En una cohorte prospectiva multicéntrica de pacientes con SCASEST atendidos en 23 hospitales españoles y sometidos a coronariografía no emergente se encontraron diferencias en algunos aspectos del manejo inicial según el momento de presentación hospitalaria, en particular en el tratamiento antitrombótico y en los tiempos hasta la coronariografía.
- Sin embargo, estas diferencias no se tradujeron en un peor pronóstico intrahospitalario ni durante el seguimiento, lo que podría sugerir un efecto amortiguador de la atención individualizada predominante en la práctica actual.

MATERIAL ADICIONAL

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en https://doi.org/10.24875/RECIC.M26000637.

BIBLIOGRAFÍA

1. Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 2021;42:1289-1367.
2. Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines. *Circulation*. 2014;130:e344-e426.
3. Díez-Villanueva P, Jiménez-Méndez C, Cepas-Guillén P, et al. Current Management of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndrome. *Biomedicines*. 2024;12:1-16.
4. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, Barbato E, Berry C, Chieffo A. Guía ESC 2023 sobre el diagnóstico y tratamiento de los síndromes coronarios agudos. *Rev Esp Cardiol*. 2024;77:201-205.
5. Rao SV, O'Donoghue ML, Ruel M, et al. 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes. *Circulation*. 2025;151:e771-e862.
6. Borovac JA, Schwarz K, Qureshi AI, et al. Timing of invasive coronary angiography, management, and in-hospital outcomes among patients with non-ST-segment elevation myocardial infarction: A comprehensive nationwide analysis. *Cardiovasc Revascularization Med*. 2025;75:98-104.
7. Eggers KM, James SK, Jernberg T, Lindahl B. Timing of coronary angiography in patients with non-ST-elevation acute coronary syndrome: long-term clinical outcomes from the nationwide SWEDEHEART registry. *EuroIntervention*. 2022;18:582-589.
8. Mahendiran T, Nanchen D, Meier D, et al. Optimal Timing of Invasive Coronary Angiography following NSTEMI. *J Interv Cardiol*. 2020;2020:1-9.
9. Díez-Delhoyo F, Díez-Villanueva P, Lluva MTL, et al. Impact of time of intervention in patients with NSTEMI. The IMPACT-TIMING-GO trial design. *REC Interv Cardiol*. 2023;5:14-19.
10. Hicks KA, Stockbridge NL, Targum SL, Temple RJ. Bleeding academic research consortium consensus report: The food and drug administration perspective. *Circulation*. 2011;123:2664-2665.
11. Philips H, Remmen R, De Paepe P, Buylaert W, Van Royen P. Out of hours care: A profile analysis of patients attending the emergency department and the general practitioner on call. *BMC Fam Pract*. 2010;11:88.
12. García-García C, Molina L, Subirana I, et al. Sex-based differences in clinical features, management, and 28-day and 7-year prognosis of first acute myocardial infarction. RESCATE II Study. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:28-35.
13. Solola Nussbaum S, Henry S, Yong CM, Daugherty SL, Mehran R, Poppas A. Sex-Specific Considerations in the Presentation, Diagnosis, and Management of Ischemic Heart Disease. *J Am Coll Cardiol*. 2022;79:1398-1406.
14. Mehta SR, Granger CB, Boden WE, Steg PG, Bassand J-P, Faxon DP. Early versus Delayed Invasive Intervention in Acute Coronary Syndromes. *N Engl J Med*. 2009;360:11-20.
15. Neumann FJ, Kastrati A, Pogatsa-Murray G, et al. Evaluation of Prolonged Antithrombotic Pretreatment ("Cooling-off" Strategy) before Intervention in Patients with Unstable Coronary Syndromes: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2003;290:1593-1599.
16. Fagel ND, Amoroso G, Vink MA, et al. An immediate or early invasive strategy in non-ST-elevation acute coronary syndrome: The OPTIMA-2 randomized controlled trial. *Am Heart J*. 2021;234:42-50.
17. Montalescot G, Bolognese L, Dudek D, et al. Pretreatment with Prasugrel in Non–ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes. *N Engl J Med*. 2013;369:999-1010.
18. Schüpke S, Neumann F-J, Menichelli M, et al. Ticagrelor or Prasugrel in Patients with Acute Coronary Syndromes. *N Engl J Med*. 2019;381:1524-1534.
19. Díez-Delhoyo F, López Lluva MT, Cepas-Guillén P, et al. Timing of coronary angiography and use of antiplatelet pretreatment in patients with NSTEACS in Spain. *Rev Esp Cardiol*. 2024;77:234-242.
20. Díez-Villanueva P, Jiménez-Méndez C, Cepas-Guillén P, et al. Personalized management and decision-making for non-ST-segment elevation acute coronary syndrome in vulnerable populations. *Expert Rev Cardiovasc Ther*. 2025;23:809-820.
21. Jobs A, Mehta SR, Montalescot G, et al. Optimal timing of an invasive strategy in patients with non-ST-elevation acute coronary syndrome: a meta-analysis of randomised trials. *Lancet*. 2017;390:737-746.

Cómo citar este artículo: Blanco-López E, et al. Momento de presentación hospitalaria y abordaje del SCASEST: resultados del registro IMPACT-TIMING-GO. *REC Interv Cardiol*. 2026. https://doi.org/10.24875/RECIC.M26000637.