



6011-152. REGISTRO ESPAÑOL DE ANTICOAGULACIÓN EN LA ANGIOPLASTIA DE RESCATE (RESPIRE). ANÁLISIS DESCRIPTIVO-DATOS PRELIMINARES

Mario Sadaba Sagredo, Miren Tellería Arrieta, Federico Gimeno de Carlos, Elena Sánchez Lacuesta, José María de la Torre Hernández, Juan Antonio Bullones Ramírez, Javier Pineda Rocamora y Victoria Martín Yuste del RESPIRE, Bilbao (Vizcaya).

Resumen

Introducción: La trombolisis (Tx) es un tratamiento eficaz en el infarto agudo de miocardio. De los pacientes a los que se realiza Tx, aproximadamente un 1/3 necesitan una angioplastia de rescate (AR). Durante la AR, se utiliza medicación antiagregante y anticoagulante, con lo que hay un riesgo de sangrado alto.

Métodos: Este registro de AR pretende ver las diferentes pautas de antiagregación y anticoagulación durante el procedimiento y la tasa de hemorragias, según los criterios BARC. El objetivo primario es evaluar la seguridad de las pautas de anticoagulación y antiagregación en la AR. El registro es un estudio nacional observacional retrospectivo-prospectivo, donde han participado 8 hospitales, incluyendo 417 pacientes con una mediana de edad de 61 años (86% varones). La prevalencia de tabaquismo, HTA y dislipemia es alta (58%, 50% y 46% respectivamente), mientras que la diabetes es del 21%. La mediana de tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la Tx es de 120 minutos y desde la Tx hasta la AR de 167 minutos. La vía de acceso en el 52,2% es femoral. Antes del cateterismo la antiagregación es Adiro + clopidogrel 300 en el 86% y la Tx-anticoagulación es TNK+HBPM en el 99% de los pacientes. La anticoagulación en el procedimiento es variable, en el 38,8% no se administra anticoagulante, el 37,8% se administra heparina Na 70 u/kg, el 10,6% HeNa 100 u/kg y un 6,6% bivalirudina. Los inhibidores de los receptores IIbIIIa se usan en un 27%. El 60% de los pacientes tienen enfermedad de 1 vaso, siendo la arteria responsable la DA en el 46% de los casos. Un 57% tienen flujo TIMI 0 o 1 al inicio del procedimiento.

Resultados: Durante el procedimiento la complicación más frecuente fue el *no-reflow* (8,4%) y una mortalidad durante el procedimiento del 2,4%. Durante el ingreso hay 11,4% de *shocks* cardiogénicos y una mortalidad del 7,4%. La tasa de sangrados es del 14,7%, de los cuales el 80,9% son sangrados BARC 1 o 2. En el análisis inicial de sangrados, el riesgo de sangrado por vía femoral es significativamente mayor a la vía radial (18,8% vs 10,4%, p 0,02). El grupo de pacientes con más tasa de sangrado es aquel con acceso femoral y uso de abciximab (24% de sangrados).

Conclusiones: Las pautas de tratamiento antitrombótico antes de la AR están bien estandarizadas, pero la pauta anticoagulante y antiagregante durante el procedimiento de rescate es muy variable. El acceso femoral se relaciona con mayor incidencia de sangrados.