



7009-5. REGISTRO NACIONAL DE ANTICOAGULACIÓN EN LA ANGIOPLASTIA DE RESCATE

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

Resumen

Introducción y objetivos: El 30-40% de los pacientes a los que se realiza trombolisis (Tx) necesitan una angioplastia de rescate (AR). El tratamiento antitrombótico durante la AR no está bien estandarizado.

Métodos: El objetivo de este estudio observacional es evaluar los diferentes tratamientos antitrombóticos durante la Tx y la AR, y su relación con eventos isquémicos, sangrados y mortalidad. 417 pacientes consecutivos de 8 hospitales a los que se realizó una AR. El periodo de inclusión fue de enero de 2012 a diciembre de 2013. Análisis estadístico: SPSS 15.0.

Resultados: El 88,5% de los pacientes tenía un riesgo Crusade 40. El acceso femoral fue del 52,2%. La antiagregación antes de la AR fue 97,3% AAS + clopidogrel. La anticoagulación antes de la AR fue TNK + enoxaparina en el 93%. La anticoagulación en la AR fue: 38,6% nada, 37,7% heNa 70 u/kg, 10,5% HeNa 100 u/kg, 6,6% bivalirudina y enoxaparina el 5,2%. En un 28,8% se utilizaron inhibidores de la GP IIb/IIIa. La tasa de sangrado fue el 14,7%, BARC 1 el 5,7%, BARC > 1 el 9%. El sangrado BARC > 1 en pacientes con acceso femoral fue significativamente mayor que con el acceso radial 13,7% frente a 4,3% $p = 0,001$. La escala Crusade no se relacionó con la incidencia de sangrados BARC > 1. El 27,8% de los pacientes recibieron abciximab (20,1% bolo y perfusión y el 7,7% solo bolo). Los sangrados BARC > 1 en los pacientes que recibieron bolo y perfusión fue significativamente mayor que en el resto (15,9% frente a 7,4% $p = 0,018$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en los sangrados BARC > 1 en relación al tipo de anticoagulación durante la AR. En el análisis multivariado, los factores relacionados con los sangrados BARC > 1 fueron la perfusión de abciximab (OR 2,26, IC95% 1,02-5,02, $p = 0,05$) y el acceso femoral (OR 3,30, IC95% 1,36-8,33, $p = 0,004$). Mortalidad. La mortalidad durante la hospitalización fue del 7,4%. El tratamiento antitrombótico no se relacionó con la mortalidad. En el análisis multivariado, las variables relacionadas con la mortalidad fueron el *shock* cardiogénico (OR 60,73, IC95% 13-272, > 75 años (OR 6,58, IC95% 1,8-23,3, $p = 0,003$) y el infarto anterior (OR 6,2, IC95% 1,5-24,8, $p = 0,005$).

Eventos isquémicos y hemorrágicos al ingreso	
MACEs (T, ReIAM, <i>exitus</i>)	9,4%(39)
Trombosis de <i>stent</i>	4,1% (17)

Definitiva	2,2% (9)
Probable	1,9% (8)
Reinfarto	1,7% (8)
<i>Exitus</i>	7,2 (30)
Insuficiencia cardiaca	14,1% (59)
Complicación estructural	1,9% (8)
<i>Shock</i> cardiogénico	11% (46)
Sangrados BARC	
BARC 0	82% (342)
BARC 1	5,5% (23)
BARC 2	6% (25)
BARC 3	2% (8)
BARC 4	0,2% (1)
BARC 5	0,5% (2)

Conclusiones: El tratamiento antitrombótico durante la AR es muy variable. En este estudio, el tratamiento antitrombótico durante la AR no se relacionó con la mortalidad, pero el uso de abciximab en perfusión y el acceso femoral se relacionó significativamente con sangrados BARC > 1.