



6025-254. BIVALIRUDINA FRENTE A HEPARINA MÁS INHIBIDORES DE LA GLUCOPROTEÍNA IIB/IIIA EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN CARTAGENA. ESTUDIO COMPARATIVO

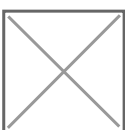
José Domingo Cascón Pérez, José Abellán Huerta, Guillermo Clavel Ruipérez, Pablo Ramos Ruiz, Irene Azenaia García-Escribano García, Yaiza Isabel Bonilla Pacheco, Santiago Sánchez Argente del Castillo y Juan Antonio Castillo Moreno del Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia).

Resumen

Introducción y objetivos: El papel de la anticoagulación durante el intervencionismo precoz en el síndrome coronario agudo (SCA) presenta una importancia creciente. El estudio CARTAGOMAX pretende evaluar la eficacia y seguridad de bivalirudina (BIVA) durante el intervencionismo cardiaco frente al uso de heparina no fraccionada (HNF) asociada a un inhibidor de la glucoproteína IIb-IIIa (IGP).

Métodos: Estudio prospectivo unicéntrico. Todo paciente diagnosticado de SCA, con y sin elevación del segmento ST, sometido a intervencionismo coronario desde enero 2010 hasta diciembre 2014 fue susceptible de ser incluido. Todos firmaron el consentimiento informado. Tras dosis de carga de aspirina y clopidogrel, se administró BIVA o HNF+IGP (abciximab o eptifibatide), alternando a razón de 2:1. El objetivo principal fue comparar las tasas de mortalidad global y sangrado mayor en ambos grupos a los 1, 6 y 12 meses. El objetivo secundario fue comparar la incidencia de ictus, reinfarto y trombosis del *stent* en ambos brazos. El análisis de supervivencia se realizó con método de Kaplan-Meier con test de *log-rank*, que se expresa seguido del riesgo relativo con su IC95%.

Resultados: Se incluyeron en el registro 1.800 pacientes. El 31,6% fue diagnosticado de SCACEST y el 68,4% restante de SCASEST. Recibieron BIVA 1183 (65,7%) y se trató con HNF+IGP a 617 (34,3%). Las características basales de la muestra figuran en la tabla. No hubo diferencias significativas de mortalidad entre grupos a los 30 días ($p = 0,231$; RR 0,8-2,2) ni a los 6 meses de seguimiento ($p = 0,12$; RR 0,9-2,1). Se apreció una tendencia no significativa de menor mortalidad en el grupo de BIVA ($p = 0,042$; RR 1,01-2,15). La incidencia de sangrado mayor fue inferior en el grupo de BIVA al mes ($p = 0,001$; RR 1,7-9,3), a los 6 meses ($p = 0,001$; RR 1,2-5,05) y al año ($p = 0,014$; RR 0,9-3,3). Se detectó una menor tasa de ictus en el brazo de BIVA al mes ($p = 0,015$; RR 1,4-40,9), a los 6 meses ($p = 0,003$; RR 1,6-24,6) y al año ($p = 0,032$; RR 1,03-7,8). La tasa de reinfarto fue similar en ambos grupos. Se observó una tendencia no significativa a más trombosis del *stent* en el grupo de BIVA.



Características basales de la muestra

	Heparina + IGP	Bivalirudina	Total	Valor de p
Edad, años	66,18 ± 12,2	67,14 ± 12,5	66,61 ± 12,49	0,119
Sexo femenino	129 (20,9)	327 (27,7)	456 (25,3)	0,002
Dislipemia	280 (45,4)	620 (53,4)	900 (50)	0,005
Hipertensión	339 (54,9)	754 (63,7)	1093 (60,7)	0,001
Diabetes	211 (34,2)	513 (43,4)	724 (40,2)	0,001
Tabaquismo	286 (46,4)	537 (45,4)	823 (45,7)	0,698
AF Cardiopatía isquémica	62 (10)	96 (8,1)	158 (8,8)	0,169
IRC	36 (5,9)	60 (5,1)	96 (5,4)	0,464
ACVA previo	26 (4,2)	5,2 (4,4)	78 (4,3)	0,857
Acceso radial	278 (45,2)	723 (61,6)	1001 (56)	0,001
Fracción eyección	54,36 ± 11	54,38 ± 11	59,41 ± 14,76	0,971
IMC, Kg/m ²	22,1 ± 7,15	28,3 ± 5,69	28,3 ± 6,22	0,471
Nº vasos enfermos	1,73 ± 0,76	1,76 ± 0,81	1,75 ± 0,8	0,527
Nº vasos tratados	1,15 ± 0,39	1,24 ± 0,46	1,21 ± 0,44	0,001
Nº <i>stents</i> implantados	1,8 ± 1,06	1,77 ± 1,04	1,78 ± 1,05	0,654
FGe, ml/min/1,73 m ²	87,9 ± 44,57	87,7 ± 42,52	87,8 ± 43,17	0,925
Plaquetas, mcL	217.610 ± 64.750	221.380 ± 91.120	220.200 ± 83.773	0,405
Contraste, ml.	340 ± 178,68	286 ± 128,18	305,1 ± 149,53	0,001

Los datos expresan n(%), media $\pm$ desviación estándar. ACVA: accidente cerebrovascular agudo; AF: antecedentes familiares; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FGe: filtrado glomerular estimado; IMC: índice de masa corporal; IRC: insuficiencia renal crónica.

Conclusiones: En el estudio CARTAGOMAX el tratamiento anticoagulante durante el intervencionismo coronario con BIVA se presenta como opción eficaz y segura, con una menor tasa de sangrado e ictus, y cifras similares de mortalidad y trombosis del *stent* frente al uso de HNF e IGP IIb-IIIa.