



## 6011-175. PRONÓSTICO INTRAHOSPITALARIO Y A 5 AÑOS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A ICP PRIMARIA POR ACCESO RADIAL EN COMPARACIÓN CON ACCESO FEMORAL

María Isabel Barrionuevo Sánchez, Juan Gabriel Córdoba Soriano, Jesús María Jiménez Mazuecos, Antonio Gutiérrez Díez, Arsenio Gallardo López, Gonzalo Gallego Sánchez, Cristina Ramírez Guijarro y Sofía Calero Núñez del Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Los beneficios aportados por las mejoras técnicas y farmacológicas en el tratamiento invasivo precoz del IAMCEST pueden reducirse debido a los eventos hemorrágicos, que en muchas ocasiones, tienen relación con el acceso vascular utilizado. Evaluamos el impacto pronóstico intrahospitalario y a largo plazo (1, 3 y 5 años) del acceso radial (AR) en la angioplastia primaria (ICPP) frente al acceso femoral (AF).

**Métodos:** Analizamos, según la intención de acceso, la mortalidad global, muerte cardiovascular y un objetivo combinado de mortalidad global + necesidad de nueva revascularización + SCA en una cohorte de pacientes sometidos a ICPP por IAMCEST entre 2005 y 2012.

**Resultados:** Entre 971 pacientes incluidos de forma consecutiva se usó el AR en 744 (82%). En las características basales hubo diferencias de acceso según la edad siendo el AF más usado en pacientes más mayores (68,4 frente a 64,9,  $p = 0,03$ ), según el sexo, más usado en mujeres (29,5 frente a 18,8%,  $p = 0,02$ ) y según la función renal, peor en el grupo de AF (aclaramiento de creatinina 75 ml/min frente a 91 ml/min,  $p = 0,001$ ). La tasa de cruce radial-femoral fue 4,2% y no hubo diferencias en el tiempo puerta-balón (114 (AF) frente a 98 (AR) minutos;  $p$ : NS). Los pacientes con AF evolucionaron de forma más frecuente a *shock* (28 frente a 4,7%,  $p = 0,001$ ) con mayor necesidad de soporte inotropeo y ventilación mecánica y presentaron mayor estancia media en UCI y global (10,4 frente a 8,4 días,  $p = 0,001$ ). En el análisis intrahospitalario existió, de forma significativa, una mayor mortalidad (17,9 frente a 2,2%,  $p = 0,0001$ ) y también de ictus (2,5 frente a 0,4%,  $p = 0,02$ ) en el AF. En el análisis a 1, 3 y 5 años no se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a mortalidad (respectivamente 7,4 frente a 6,6-11,5 frente a 11,1-22,4, frente a 24,7%  $p =$  NS) del AF frente al AR. Tampoco existieron diferencias en el análisis del objetivo combinado definido como mortalidad + necesidad de nueva revascularización + SCA.

**Conclusiones:** Podemos concluir que, en la cohorte analizada, el AR se asocia a una menor mortalidad intrahospitalaria pero este beneficio no se mantiene en el análisis a largo plazo. Probablemente, el uso del acceso femoral en pacientes de mayor gravedad con una elevada mortalidad intrahospitalaria condiciona estos resultados.