



6016-197. PAPEL DE LA FIBRINÓLISIS EN LA ERA DE LA REPERFUSIÓN CORONARIA MEDIANTE ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Pablo Villar Calle, Beatriz Lorenzo López, Néstor García González, Manuel García del Río, Iria Ruth Martínez Primoy, Tania Seoane García, Manuel Iglesias Blanco, Juan Carlos García Rubira, Rafael J. Hidalgo Urbano y Manuel Almendro Delia, del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: En la última década con la puesta en marcha de protocolos Código Infarto (CI) para la atención precoz del síndrome coronario agudo con elevación de ST (SCACEST), la angioplastia primaria (ICPp) se ha convertido en la técnica de reperfusión mayoritaria. A pesar de ello, existen zonas geográficas donde la fibrinólisis continua teniendo un papel importante dentro de protocolos CI.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de 4 centros incluidos en un programa autonómico CI entre 2013-15. Se analizó la mortalidad por cualquier causa y la incidencia de sangrados (TIMI) a 30 días en función de la técnica de reperfusión en SCACEST (ICPp frente a fibrinólisis) y las características de los pacientes que recibieron fibrinólisis.

Resultados: Del total de 1.695 pacientes con SCACEST; 1.286 pacientes (76%) fueron a ICPp, 310 (18%) a fibrinólisis y en 99 (6%) no se realizó ninguna reperfusión inicial. La tasa de fibrinólisis pasó de un 31,6% en 2013 a un 10,6% en el año 2015 ($p < 0,0001$). La fibrinólisis se realizó en el ámbito extrahospitalario en un 37% de casos. Tras la fibrinólisis un 49,4% de casos necesitó ICP rescate, un 48,4% fue a estrategia farmacoinvasiva en 39 (22-67) horas (mediana [P25-75]) y en 7 pacientes (2,2%) no se realizó corononariografía. Características basales grupo fibrinolisis (tabla). El grupo con fibrinolisis presentó menor puntuación GRACE y CRUSADE, pero similar tasa de parada extrahospitalaria, *shock* cardiogénico y complicación mecánica. La mayoría de pacientes (61,5%) fueron dados de alta con clopidogrel + ácido acetilsalicílico. La mortalidad a 30 días (Kaplan-Meier) fue del 12% en el grupo de no reperfusión. Sin embargo no se encontraron diferencias significativas entre el grupo fibrinólisis y el grupo ICPp (3,5 frente a 4,5%; $\log rank p = 0,497$). Del mismo modo no se encontraron diferencias en cuanto al sangrado total entre ambos grupos (1,9 frente a 2,4%; $\log rank p = 0,445$).

Variable	SCACEST fibrinolizados (n = 310)
FEVI (%)	53 $\pm$ 9
Escala GRACE	136 (122-153)

Escala CRUSADE	16 (8-27)
Infarto cara anterior	107 (34,5%)
<i>Shock</i> cardiogénico	6 (2%)
Complicación mecánica	2 (0,6%)
Estancia hospitalaria (días)	4 (3-8)
Tiempo síntomas-lisis (min)	120 (70-180)
Tiempo ECG-lisis (min)	30 (15-65)
Coronariografía	303 (97,7%)
ICP	272 (93%)
Acceso radial	171 (55%)
Multivazo (? 2 vasos)	107 (35,3%)

Conclusiones: Tras la puesta en marcha de un programa Código Infarto la mayoría de pacientes con SCACEST se reperfundieron mediante ICPp. A pesar de ello la fibrinólisis continúa teniendo un papel importante en aquellos pacientes que no tienen acceso temprano a una sala de hemodinámica. No encontramos diferencias significativas en la mortalidad ni el sangrado a corto plazo entre ambos grupos.