Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 954

Revista Española de Cardiología

4026-3. BENEFICIOS OBSERVADOS DE ADMINISTRAR HEPARINA SÓDICA PRECOZMENTE EN LOS PACIENTES CON IAMCEST

Francisca Ramis Barceló[1], Yolanda Rico Ramírez[1], Jaume Maristany Daunert[1], Pedro Kristian Rivera Aguilar[2], Diego Fernández Rodríguez[2], Marcos Pascual Sastre[1], M. del Mar Alameda Ortiz[1], Raúl Millán Segovia[1], Tania Rodríguez Gabella[1], Alfredo Gómez Jaume[1], Antonio Morcuende González[1], Xavier Rossello Lozano[1], Juan Manuel Casanova Sandoval[2] y Vicente Peral Disdier[1]

[1]Hospital Son Espases, Palma de Mallorca. Fundació Insititut d´Investigació Sanitària Illes Balears (IDISBA) y[2]Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLLEIDA).

Resumen

Introducción y objetivos: La heparina no fraccionada (HNF) es el tratamiento anticoagulante de elección en la mayoría de IAMCEST tratados mediante intervención coronaria percutánea (ICP) primaria. En las guías no se indica el momento idóneo para la administración de HNF y, la mayoría de pacientes la reciben al iniciar la ICP primaria. El objetivo del estudio es evaluar los efectos de la administración precoz de HNF en el IAMCEST comparado con la administración solo en hemodinámica.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo en 2 centros con código infarto 24h. Se incluyeron pacientes con IAMCEST de febrero 2020 a agosto 2021. Se excluyeron pacientes con anticoagulación oral permanente y que recibieron un anticoagulante diferente a la HNF. Se realizaron 3 mediciones de tiempo de coagulación activado (ACT): basalmente (previo a la coronariografía), a los 20 minutos de la dosis administrada para la ICP y al final de la ICP. Los pacientes que habían recibido HNF prehospitalaria recibieron dosis suplementaria en sala para conseguir un ACT final de 300 segundos según recomendaciones de guías.

Resultados: Se incluyeron 303 pacientes, 75 recibieron 5.000 UI de HNF endovenosa prehospitalaria y 228 recibieron HNF exclusivamente en hemodinámica. Se realizó el análisis estadístico mediante regresión logística y regresión de Cox, incluyendo en el análisis multivariante las variables con p 0,10 en el univariante. Los datos se resumen en la tabla. El seguimiento medio fue de 14,3 meses. En el grupo de tratamiento prehospitalario, la HNF se administró en mediana de tiempo 44 minutos (RIQ = 34-60) antes de llegar a la sala. El grupo HNF prehospitalaria presentó un ACT basal mayor y recibió una dosis de HNF ajustada por peso final mayor. La administración prehospitalaria de HNF se asoció a una mayor proporción de flujo TIMI 2-3 de inicio (p = 0,004, OR 2,6), a un menor uso de tirofiban y a una menor estancia hospitalaria, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Características basales y resultados

	Heparina prehospitalaria (N = 75)	Sin heparina prehospitalaria (N = 228)	p	OR	IC95%

Edad (media) (DE)	61 (12)	63 (12)	NS		
Sexo Femenino/Diabetes (%)	20/24	16/22	NS		
Tabaquismo/HTA/Dislipemia (%)	47/43/61	45/56/51	NS		
Localización infarto Anterior/Killip máximo II o superior (%)	44/17	41/19	NS		
Tiempo entre diagnóstico y apertura arteria en minutos mediana (RIQ)	184 (143-263)	215 (133-380)	0,03	0,99	0,99-1,00
Fracción eyección previa al alta% media (DE)	51 (9)	52 (12)	NS		
Se administró dosis carga de DAPT* prehospitalaria/Acceso radial (%)	92/99	95/96	NS		
Se empleó tirofibán en sala de hemodinámica (%)	2	33	0,006	0,023	0,002-0,34
Flujo TIMI inicial 2 o 3 (%)	31	16	0,004	2,6	1,4-4,9
Flujo TIMI final 0/1/2/3 (%)	3/1/4/92	1/0/7/92	NS		
ACT basal segundos mediana (RIQ)	182 (165-205)	140 (128-153)	0,001	1,05	1,04-1,07
ACT final segundos mediana (RIQ)	323 (293-380)	294 (280-316)	NS		
Dosis HNF UI/Kg peso en sala de hemodinámica mediana (RIQ)	83 (53-114)	129 (101-147)	0,001	0,82	0,73-0,91
Dosis HNF UI/Kg peso total mediana (RIQ)	138 (111-177)	129 (101-147)	0,001	1,25	1,12-1,39

Días estancia hospitalaria media (DE)	4,2 (2,4)	5,5 (4,8)	0,04	0,88	0,77-0,99
Trombosis *stent* aguda (24h)/subaguda(1-30 días) (%)	1,3/2,7	2,2/0	NS		
Mortalidad ingreso/seguimiento (%)	2,7/1,4	3,1/3,1	NS		
Combinado muerte, reinfarto o ictus en seguimiento (%)	9,3	9,2	NS		
Sangrado ingreso índice (%)/Sangrado grave (BARC III o V) (%)	4/1	3,5/3,1	NS		

*Doble antiagregación plaquetar

Conclusiones: En nuestro estudio, la administración de HNF prehospitalaria en pacientes con IAMCEST se asoció de forma estadísticamente significativa a una mayor permeabilidad inicial de la arteria responsable del infarto (ARI) y a una menor estancia hospitalaria. Un inicio temprano de la HNF podría ser sinérgico con la antiagregación, reducir la carga trombótica y mejorar la permeabilidad inicial de la ARI con potenciales beneficios asociados.