



## 6016-189. EL PAPEL DE LA FIBRINOLISIS EN LA ERA DEL CÓDIGO INFARTO

Sara Díaz Lancha<sup>1</sup>, Vicente Ferrer Bleda<sup>1</sup>, Laura Expósito Calamardo<sup>1</sup>, Raquel Ramos Martínez<sup>1</sup>, Alicia Prieto Lobato<sup>1</sup>, Marta Cubells Pastor<sup>1</sup>, María Isabel Barrionuevo Sánchez<sup>1</sup>, Sofía Calero Núñez<sup>1</sup>, Concepción Urraca Espejel<sup>1</sup>, Juan José Portero Portaz<sup>1</sup>, Miguel Ángel Simón García<sup>1</sup>, Francisco Manuel Salmerón Martínez<sup>1</sup>, Javier Navarro Cuartero<sup>2</sup>, Cristina Ramírez Guijarro<sup>3</sup> y Miguel José Corbi Pascual<sup>1</sup>, del <sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, <sup>2</sup>Hospital de Hellín, Albacete y <sup>3</sup>Hospital General de Villarobledo, Albacete.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El tratamiento de reperfusión preferido ante un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST), es la angioplastia primaria, siempre que pueda realizarse en los primeros 120 minutos desde el diagnóstico. En caso contrario, la estrategia de fibrinólisis precoz extrahospitalaria y traslado inmediato a un centro con capacidad para intervencionismo coronario percutáneo (ICP) está indicado. Nuestro objetivo es definir las características de los pacientes con SCACEST sometidos a fibrinólisis en nuestra área, valorar el uso de antiagregación concomitante y las complicaciones asociadas al tratamiento.

**Métodos:** Estudio prospectivo observacional, con la inclusión consecutiva de los pacientes ingresados en nuestra unidad coronaria por SCACEST, analizando aquellos sometidos a fibrinólisis desde enero 2012 a diciembre 2017.

**Resultados:** De 1.325 pacientes con SCACEST, 41 recibieron trombolisis extrahospitalaria por imposibilidad de traslado en tiempo a sala de hemodinámica. Sus características: 85% varones, edad media  $60 \pm 11$  años, hipertensión 48,8%, diabetes 14,6%, dislipemia 43,9%, fumadores 48,8%, 7,3% con antecedentes de cardiopatía isquémica y ninguno con fibrilación auricular ni arteriopatía periférica previas. Localización del SCACEST, anterior el 36,5% e inferior 58,5%. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo media  $48,5\% \pm 11,1$ . El tratamiento antiagregante plaquetario fue ácido acetilsalicílico en el 100% de los pacientes. Como segundo antiagregante recibieron clopidogrel 20 (48,7%), 13 (31,7%) prasugrel y 8 (19,5%) ticagrelor, debido a la administración precoz previa al contacto telefónico con el cardiólogo intervencionista. En todos los pacientes se realizó coronariografía en las primeras 24 horas, 20 (48,7%) urgentes por ausencia de reperfusión y 82,9% de revascularizaciones percutáneas. No hubo complicaciones mecánicas, hemorrágicas mayores ni muerte durante su estancia en la unidad. Un fallecimiento en seguimiento posterior por nuevo evento coronario.

**Conclusiones:** En nuestra área de salud, con la existencia del código infarto, existe un pequeño porcentaje de pacientes (3%) sometidos a fibrinólisis, siempre por una cuestión de tiempos. Casi el 50% de ellos, precisó de ICP de rescate por ausencia de reperfusión. No se observaron complicaciones hemorrágicas, incluso en los casos de tratamiento concomitante con antiagregantes potentes.