



## EV-15. - IMPORTANCIA DEL ACCESO VASCULAR EN LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA Y SU RELACIÓN CON LA APARICIÓN DE EVENTOS CLÍNICOS MAYORES DURANTE EL INGRESO

F. Salmerón Martínez<sup>1</sup>, J. Navarro Cuartero<sup>1</sup>, J. Córdoba Soriano<sup>1</sup>, R. del Valle Apasegui<sup>2</sup>, J. Jiménez Mazuecos<sup>1</sup>, M. Corbí Pascual<sup>1</sup>, D. Prieto Mateos<sup>1</sup>, A. Tercero Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

### Resumen

**Objetivos:** Se recomienda ampliamente la utilización del acceso radial en la angioplastia primaria en el contexto del infarto agudo de miocardio para la disminución de complicaciones. Este abordaje arterial necesita una preparación y aprendizaje específico, y se reconocen las importantes diferencias de utilización según zonas y hospitales. El objetivo de este estudio es analizar la influencia del acceso arterial con la aparición de eventos adversos mayores (EAM) en un hospital de nuestro medio.

**Métodos:** Se incluyeron todos los pacientes remitidos a nuestro centro con SCACEST, de forma consecutiva, y que fueron sometidos a angioplastia primaria, desde el año 2005 hasta el año 2013. Se ha realizado análisis univariante y multivariante de factores relacionados con la aparición de EAM (muerte, reinfarto, ACV y sangrados mayores según criterios Acuyti), según si se trataron por intención de acceso arterial radial (grupo A) o acceso arterial femoral (grupo B).

**Resultados:** Se incluyeron un total de 588 pacientes. 93,3% en el grupo A y el resto en el B. En un 5,1% fue preciso realizar crossover radial-femoral. Un 81,4% fueron varones, un 43,9% diabéticos y un 58,8% hipertensos. El 14,1% presentaba historia previa de cardiopatía isquémica. El 85,8% cursó como Killip (I y II). Durante el ingreso se produjeron un 5,6% de exitus y un 9,9% de EAM. El tiempo puerta-balón fue similar en ambos grupos, al igual que el tiempo de ingreso hospitalario. El acceso radial presentó 6,7% de eventos frente a un 24,8% del acceso femoral, con un riesgo relativo de 3,7 ( $p < 0,001$  e IC 2,28-5,93) mayor para el abordaje arterial femoral. En el análisis univariante se encontraron diferencias significativas según sexo (mujeres  $p < 0,01$ ), HTA ( $p < 0,009$ ), Tabaquismo (no fumadores  $p < 0,011$ ), crossover ( $p < 0,021$ ), clase killip al ingreso 3-4 ( $p < 0,001$ ) y edad ( $p < 0,001$ ). En el análisis multivariante se encontraron diferencias significativas a favor del acceso vascular por intención de radial en la angioplastia en el SCACEST con OR 0,42 (IC 0,186-0,982), la clase killip 1-2 con OR 0,098 (IC 0,044-0,218) y en contra de la edad con OR 1,08 (IC 1,042-1,124).

**Discusión:** Se obtuvieron muy buenos resultados en cuanto a la utilización del abordaje radial en la angioplastia primaria, superiores a la media nacional, así como un número de complicaciones aceptable, probablemente en relación a este mayor uso del acceso radial.

*Conclusiones:* El uso del acceso radial en la angioplastia primaria es un factor predictor independiente de la aparición de eventos clínicos adversos graves. A la vista de los datos probablemente sería conveniente fomentar más el uso de este acceso vascular.