

## **7. Acceso radial versus femoral en la intervención coronaria percutánea del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST con shock cardiogénico. Factibilidad y resultados de mortalidad**

Ignacio Batista<sup>1</sup>  
Gustavo Vignolo<sup>1</sup>  
Pablo Vázquez<sup>1</sup>  
Jorge Mayol<sup>1</sup>  
Santiago Alonso<sup>1</sup>  
Rodrigo Abreu<sup>1</sup>  
Mariana Dieste<sup>1</sup>  
Tomás Dieste<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Cardiológico Americano

### **Resumen**

**Antecedentes:** existe una evidencia creciente en el mayor beneficio del acceso radial (AR) frente al acceso femoral (AF) en los pacientes con IAMcST. Son pocos los estudios que valoran el papel del AR en pacientes con shock cardiogénico (SC). Nuestro objetivo fue evaluar la viabilidad e influencia del sitio de acceso vascular sobre la mortalidad en el IAMcST en SC a la admisión hospitalaria.

**Objetivo:** valorar la factibilidad de realizar el AR como primera opción y comparar la mortalidad global entre el AR y AF en los pacientes con IAMcST y SC al ingreso a nuestro servicio.

**Material y método:** estudio prospectivo, observacional, de pacientes sometidos a ATC1 entre enero de 2006 y diciembre de 2015. De un total de 1.270 pacientes que ingresaron con diagnóstico de IAMcST y tratados con ATC1 en nuestro servicio (centro de gran volumen de acceso radial, 95% de todos los procedimientos), se incluyeron los pacientes que se presentaron al ingreso y durante la ATC1 en SC. El AR fue nuestra primera intención, de no poder realizarlo se cambiaba a AF. Se utilizó un análisis de regresión múltiple para ajustar las diferencias potenciales entre los grupos.

**Resultados:** se incluyeron 102 pacientes con edad media de 65,3 años ( $\pm 1,2$ ), 67% eran hombres. De estos pacientes, 80 (78,4%) se realizó AR. La razón para elegir el AF fue la ausencia de pulso radial. La demografía de los pacientes fue la misma en ambos grupos. La mortalidad por todas las causas con AR fue de 53,75% (43/80) y de 77,8% (18/22) para el AF. La supervivencia para el AF fue de  $36,7 \pm 11,3$  meses en promedio, mientras que para el AR,  $56,6 \pm 6,6$  meses, con una diferencia estadística significativa entre ambos grupos,  $p=0,035$ . No hubo diferencias estadísticamente significativas

entre la mortalidad y el acceso empleado con: edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, número de arterias con estenosis severas asociadas, angioplastia de TCI, tiempo de inicio y angioplastia, CRM previa, angioplastia previa.

**Conclusiones:** la ATC1 es factible por AR en la mayoría de los pacientes en shock cardiogénico. El sitio de acceso vascular debe de ser tomado en cuenta como predictor de mortalidad en los pacientes con shock cardiogénico durante una ATC1.