



6025-296. INFLUENCIA DEL TAMAÑO DE LA PANTALLA EN EL INTERVENCIONISMO CORONARIO

Juan Rondán Murillo, Iñigo Lozano Martínez-Luengas, José M. Vegas Valle, Beatriz Samaniego Lampón, Ernesto Hernández Martín, Irene Valverde André, Teresa González Sánchez y Eduardo Segovia Martínez-Salinas del Hospital de Cabueñes, Gijón (Asturias).

Resumen

Introducción: En la práctica clínica habitual la angiografía coronaria cuantitativa (QCA) está en desuso, eligiéndose el tamaño de los *stents* por referencia visual. Los nuevos equipos radiológicos de intervencionismo coronario permiten crear diseños de pantalla de visualización personalizados con diferentes tamaños.

Objetivos: Determinar la influencia del tamaño de la pantalla en el tamaño y número de *stents* utilizados, la necesidad de posdilatación y la presencia de disección intimal.

Métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron 200 pacientes consecutivos sometidos a intervencionismo coronario (266 lesiones). Se aleatorizaron a dos grupos: Grupo P (pequeña) con pantalla de 45 × 56 cm y grupo G (grande) con pantalla de 70 × 87 cm. No se incluyeron aquellas lesiones no medibles con QCA, como oclusiones crónicas o lesiones ostiales, la restenosis intrastent y pacientes con inestabilidad clínica o hemodinámica.

Resultados: Las características basales de los pacientes y del procedimiento fueron equiparables en ambos grupos, P (n = 139) y G (n = 127): edad (66,1 vs 65,9; p = ns), sexo (varones 74,8% vs 76,4%; p = ns), DM (25,2% vs 17,3%; p = ns), HTA (61,9% vs 59,1%; p = ns), dislipemia (38,8% vs 50,4%; p = ns), tabaquismo (28,1% vs 37,8%; p = ns), IAM previo (22,3% vs 17,3%; p = ns), ICP primaria (12,9% vs 12,6%; p = ns), predilatación (36,7% vs 40,9%; p = ns), diámetro de referencia QCA (2,85 vs 2,92; p = ns) y longitud de la lesión QCA (15,75 vs 16,43; p = ns). No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas al comparar el grupo P con el G: longitud de *stent* (17,59 vs 17,91; p = ns), diámetro de *stent* (3,06 vs 3,08; p = ns), necesidad de implantar más de un *stent* (7,9% vs 8,7%; p = ns), posdilatación (24,5% vs 25,2%; p = ns) y presencia de disección intimal (4,3% vs 4,7%; p = ns). Tampoco se encontraron diferencias en la dosis de contraste empleado (199,2 vs 194,9; p = ns) ni en el tiempo de escopia (12,09 vs 11,05; p = ns).

Conclusiones: El tamaño de la pantalla de visualización no influye en la elección del tamaño del *stent* por parte del hemodinamista ni en el resultado inmediato del implante.