



## 6035-449. INTERVENCIONISMO PERCUTÁNEO CORONARIO AMBULANTE EN PACIENTE COMPLEJO: ¿HASTA DÓNDE PODEMOS LLEGAR?

Jesús Jiménez Mazuecos<sup>1</sup>, Cristina Ramírez Guijarro<sup>1</sup>, Juan Gabriel Córdoba-Soriano<sup>1</sup>, Enrique Gutiérrez-Ibañes<sup>2</sup>, Íñigo Lozano<sup>3</sup>, Maite Iglesias Mier<sup>1</sup>, Dolores Galdón Muñoz<sup>1</sup> y Antonio Gutiérrez-Díez<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, <sup>2</sup>Hospital General Gregorio Marañón, Madrid, y <sup>3</sup>Hospital de Cabueñes, Gijón (Asturias).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El intervencionismo coronario ambulante (ICPa) se ha desarrollado como forma de mejora en la atención del intervencionismo coronario. Aunque se conoce su aplicabilidad y seguridad en un perfil de paciente “sencillo” no conocemos esos datos aplicados a pacientes más “complejos”.

**Métodos:** Estudiamos una serie de pacientes de 3 hospitales de nuestro entorno a los que se les somete a ICPa por acceso radial en función del tipo de ICP (grupo A: simple y grupo B: complejo). El grupo B incluía ICP en bifurcación, tronco, injerto arterial o venoso, oclusión total crónica, uso de aterectomía y angioplastia multivaso. Se compara la aplicabilidad (% de pacientes que finalmente se fueron de alta sobre el global de pacientes intentados) y seguridad (MACE a 24h y al mes: combinado de muerte, IAM, nueva revascularización, ictus, ingreso, trombosis del *stent*, sangrado BARC 2-3). Se analizan también visitas a urgencias y complicaciones vasculares. Todo paciente ambulante era considerado elegible pero la decisión final de alta se realizaba a criterio médico.

**Resultados:** Se analizaron 965 pacientes (Grupo A: 669 pacientes, 68% Grupo B: 296 pacientes, 32%). No existieron diferencias en las características clínicas excepto la presencia de arteriopatía periférica (3,7% en A frente a 8,4% B p: 0,002). En las características del procedimiento en el grupo B se usaron de forma significativa introductores de mayor calibre, más *stent*, más duración del procedimiento y mayor *cross-over* radial-femoral (2 frente a 4%). La aplicabilidad fue mayor en el grupo A que el B (81 frente a 64%, RR 1,89, IC95% 1,52-2,35, p 0,001). El procedimiento fue muy seguro en ambos grupos tanto a las 24 horas como al mes. Se produjeron 2 MACE (ingreso por hemorragia digestiva baja y por dolor torácico atípico) a las 24h en el grupo A (0,3%) frente a ninguno del grupo B (p: NS). A los 30 días, el 0,67% de los pacientes del grupo A (4 pacientes) tuvieron un MACE (1 ingreso por dolor torácico, una revascularización de otro vaso, una trombosis subaguda del *stent* y un ictus menor) frente al 0,3% del grupo B (un ingreso por dolor torácico), p: NS. No hubo tampoco diferencias en visitas a urgencias ni complicaciones vasculares.

**Conclusiones:** El intervencionismo percutáneo ambulante en pacientes complejos se consigue con menor probabilidad que en pacientes no complejos. No obstante, una vez que se logra, los procedimientos son igual de seguros que en pacientes no complejos.