



## 6029-3. INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO EN LA POSITIVIDAD DEL TEST DE VASOESPASMO CORONARIO CON ACETILCOLINA

Alberto Nieto López, Ramón López-Palop, Francisco Javier Lacunza Ruíz, Juan Manuel Durán Hernández, Juan García de Lara, Juan Ramón Gimeno Blanes, José Antonio Hurtado Martínez, Raúl Mario Valdesuso Aguilar, Alba María García García, Sofía López Gilibert, Laura Sánchez Martínez, Judith Gómez Carrillo, David López Cuenca, Eduardo Pinar Bermúdez y Domingo Andrés Pascual Figal

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Recientemente, consensos y guías de práctica clínica recomiendan la realización del test de vasoespasma coronario con acetilcolina (TACH) en casos de pacientes con infarto o isquemia miocárdica-angina en ausencia de lesiones epicárdicas significativas (MINOCA) e (INOCA) respectivamente. En general se recomienda suspender la medicación vasomotora, bloqueadores beta, nitratos y calcioantagonistas antes de su realización, aunque esto no es siempre posible en la práctica clínica habitual.

**Métodos:** Analizamos, en una serie consecutiva de pacientes en los que se realizó TACH los factores asociados a su positividad con especial atención a la toma de bloqueadores beta y calcioantagonistas. Se consideró su toma durante la prueba si no se había suspendido ninguna dosis previamente a su realización. Los TACH se realizaron siguiendo las recomendaciones actuales mediante suministro de bolos intracoronarios sucesivos en 20 segundos de dosis de 2-20-100 y 200 microgramos.

**Resultados:** Se incluyeron 72 pacientes con edad media  $58 \pm 12$  años, varones 43 (59,7%). Indicación por angor estable (INOCA) 53 (73,6%), el resto por síndrome coronario agudo sin elevación de ST (SCASEST). Test de isquemia positivo: 22 (30,6%). Tomaban calcioantagonistas durante la prueba 15 pacientes (20,8%) y bloqueadores beta 36 (50,0%). Presentaban diabetes 13 (18%), hipertensión 42 (58,3%), tabaquismo 28 (38,9%), dislipemia 47 (65,3%). Antecedentes históricos de infarto 8 (11,1%), SCASEST 13 (18,1%), intervencionismo coronario 8 (11,1%). El TACH fue positivo en 44 pacientes (61,1%), 35 (48,6%) a nivel epicárdico y 9 (12,5%) a nivel microvascular. El TACH fue positivo en el 60% en pacientes con calcioantagonistas y en el 61% sin ellos ( $p = 0,92$ ), en el 50% con bloqueadores beta y 50% sin ellos ( $p = 1$ ). Solo la presencia del antecedente de SCASEST, se asoció en nuestra serie a menor positividad del TACH 25 vs 75% ( $p = 0,043$ ). Tras ajustar por el resto de las variables, la realización del TACH manteniendo el tratamiento calcioantagonista o betabloqueante no se asoció a una distinta frecuencia de positividad del TACH.

**Conclusiones:** La suspensión previa del tratamiento calcioantagonista o betabloqueante no se asoció a una frecuencia de positividad diferente durante la realización del TACH. Su confirmación en futuros estudios facilitaría la realización del TACH en los pacientes en los que está indicado.