



6028-370. ¿APORTA BENEFICIO EL PRE-TRATAMIENTO CON DOS ANTIAGREGANTES EN EL INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO EN PACIENTES ESTABLES?

M^a Teresa Velázquez Martín, Agustín Albarrán González-Trevilla, Julio García Tejada, Felipe Hernández Hernández, Carolina Granda Nistal, Lola Villagraz Tecedor, Leticia Blázquez Arroyo y Juan Carlos Tascón Pérez del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: El beneficio de la doble antiagregación (AA) antes del intervencionismo coronario percutáneo (ICP) frente a la administración en sala pre- o inmediatamente post-ICP es controvertido. Series pequeñas en pacientes (ptes) con síndrome coronario agudo o angina estable no han demostrado clara ventaja de la doble AA previa al ICP, aunque según un metaanálisis reciente, esta estrategia se asocia con menos eventos coronarios mayores sin aumento de sangrados mayores. No obstante, el ICP *ad hoc* bajo 1 AA en ptes estables es una práctica habitual.

Objetivos: Analizar en una cohorte de ptes en la práctica diaria si el ICP en ptes estables pretratados con dos AA es más seguro que administrar el segundo AA en sala.

Métodos: Analizamos características clínicas, datos del ICP, complicaciones isquémicas intra/periprocedimiento (*no-reflow*, trombosis, IAM no Q, pérdida de ramas laterales) y complicaciones hemorrágicas en 177 ptes estables consecutivos en los que se realizó ICP según se realizara pretratado o no con dos AA. Realizar ICP *ad hoc* dando en sala el segundo AA o realizarla diferida bajo dos AA fue elección del operador.

Resultados: Se realizó ICP *ad hoc* dando el segundo AA en sala en 56 ptes y diferido bajo 2 AA en 121. No hubo diferencias significativas en las características clínicas. Tampoco en el número de vasos enfermos ni en la función ventricular izquierda. En las variables relacionadas con el ICP sí hubo diferencias significativas: mayor% de vasos y lesiones tratadas así como un mayor nº de *stents* implantados en el grupo 2AA, mayor uso de rotablator y mayor nº de ICP en oclusiones crónicas (OCT) en grupo 2 AA, lo que traduce una mayor complejidad del ICP en este grupo. Aún así, hubo más complicaciones isquémicas en el grupo 1AA que en el grupo 2AA, con significación estadística. Si excluimos del análisis los ptes a los que se realizó ICP a OCT o con rotablator (ptes con más complicaciones isquémicas, todos del grupo 2 AA), las complicaciones isquémicas en el grupo 1 AA son aún más significativas. Hubo más hemorragias mayores en el grupo 2 AA sin alcanzar significación estadística.

Variables clínicas y del procedimiento y complicaciones intra/periprocedimiento

	ICP ad hoc bajo 1 antiagregante	ICP pretratado con 2 antiagregantes	p
Edad	67 ± 12	71 ± 10	0,05
Sexo	76%	75%	ns
HTA	73%	77%	ns
DM	37,5%	46,3%	0,2
Hipercolesterolemia	57%	57%	ns
Insuficiencia renal	14,3%	18,2%	ns
IAM previo	19,6%	18,2%	ns
By-pass/ICP previa	37,5%	43%	ns
Nº vasos enfermos	1,7	1,8	ns
Nº lesiones tratadas	1,3	1,58	0,01
Nº <i>stents</i> implantados	1,36	1,61	0,015
Acceso	85% radial/9,3% femoral	70% radial/24,5% femoral	ns
ICP a OCT	1,8%	13,2%	0,01
Rotablator	0	5,8%	0,066
Complicaciones isquémicas	11 (19,6%)	11 (9,1%)	0,048
	4 <i>no-reflow</i>	1 <i>no-reflow</i>	
	2 pérdida rama lateral	10 elevación aislada enzimas	
	2 elevación aislada enzimas		

1 trombosis aguda post-ICP			
1 trombo intraprocedimiento			
1 PCR recuperada durante ICP			
Complicaciones isquémicas (excluyendo Rota y OCT)	11 (19,6%)	7 (7,1%)	0,01
Complicaciones hemorrágicas	0	4 (3,3%)	0,1
		1 hematoma compartimental	
		2 hematomas femorales (transfusión)	
		1 taponamiento por perforación coronaria	

Conclusiones: En nuestra experiencia, el ICP en ptes estables se asocia a menos complicaciones isquémicas intra/periprocedimiento si se realiza pretratado el paciente con dos AA que si se administra el segundo AA en sala. Esta estrategia no se asocia a un mayor número de complicaciones hemorrágicas.