



6009-372. INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO EN PACIENTES ESTABLES. ¿ES IGUAL DE SEGURO REALIZARLO AD HOC BAJO UN SOLO ANTIAGREGANTE QUE EN PACIENTES PRETRATADOS CON DOS ANTIAGREGANTES?

Maite Velázquez Martín, Agustín Albarrán González-Trevilla, Julio García Tejada, Felipe Hernández Hernández, Alfonso Jurado Román, Belén Rubio Alonso, Belén Díaz Antón y Juan Carlos Tascón Pérez del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: El intervencionismo coronario (ICP) “ad hoc” en pacientes estables es una práctica habitual en los laboratorios de hemodinámica. En pacientes que no están recibiendo dos antiagregantes (AA) se administra una dosis de carga de un segundo AA tras el ICP. Es posible que el efecto antiplaquetario y la protección frente a complicaciones isquémicas en el ICP sea menor en estos pacientes que en los pretratados con 2 AA.

Objetivos: Analizar si el ICP en pacientes estables bajo dos AA es más seguro que administrando la dosis de carga del segundo AA en sala.

Métodos: Comparamos las complicaciones isquémicas intra/periprocedimiento (no-reflow, trombosis, IAM no Q, pérdida de ramas laterales), así como las hemorrágicas en 120 pacientes estables consecutivos en los que se realizó ICP, según estuvieran pretratados o no con dos AA. Realizar ICP ad hoc dando en sala carga del segundo AA o diferirla y realizarla bajo dos AA fue elección del operador.

Resultados: En 83 pacientes el ICP se realizó bajo 2 AA (2AA) y en 37 se administró el segundo AA tras el ICP en la sala (1AA). No hubo diferencias significativas en edad, sexo, FEVI,% de HTA, insuficiencia renal, IAM, ICP o by-pass previos entre ambos grupos. Hubo una tendencia a más DM en el grupo 2AA (43% vs 27%, $p = 0,089$). La indicación del ICP fue angina/detección de isquemia/disfunción VI/alteraciones de la contractilidad o estudio prequirúrgico en 88% en grupo 2AA vs 97% en grupo 1AA. El acceso fue radial en un 84% del grupo 1AA vs 69% grupo 2AA. El nº de vasos tratados y el nº de *stents* implantados fue mayor en el grupo 2AA (1,22 vs 1,33, $p = 0,05$ y 1,38 vs 1,58, $p = 0,05$ respectivamente). Hubo 5 complicaciones isquémicas en el grupo 2AA (6%) y 7 en el grupo 1AA (18,9%), $p = 0,03$. En el grupo 1AA, 2 pacientes presentaron no-reflow, 4 pacientes IAM no Q (2 por pérdida de ramas laterales) y un pte trombosis intracoronaria durante el ICP que precisó abciximab y tromboaspiración. En el grupo 2AA, 5 pacientes presentaron IAM no Q, 1 por pérdida de rama lateral. No hubo complicaciones hemorrágicas en el grupo 1AA frente a 2 en el grupo 2AA (1 sd compartimental en el antebrazo y un hematoma femoral que precisó 8 concentrados), $p = 0,3$.

Conclusiones: En nuestra experiencia, el ICP en pacientes estables es más seguro si se realiza bajo doble tratamiento AA que si se administra el segundo AA en sala, con un menor nº de complicaciones isquémicas intra/periprocedimiento en el grupo pretratado con dos AA.