

---

# Uso del balón farmacoadactivo en pacientes con alto riesgo de sangrado

---

*Daniel Valcárcel Paz  
Cardiología Intervencionista  
Hospital de Sabadell*

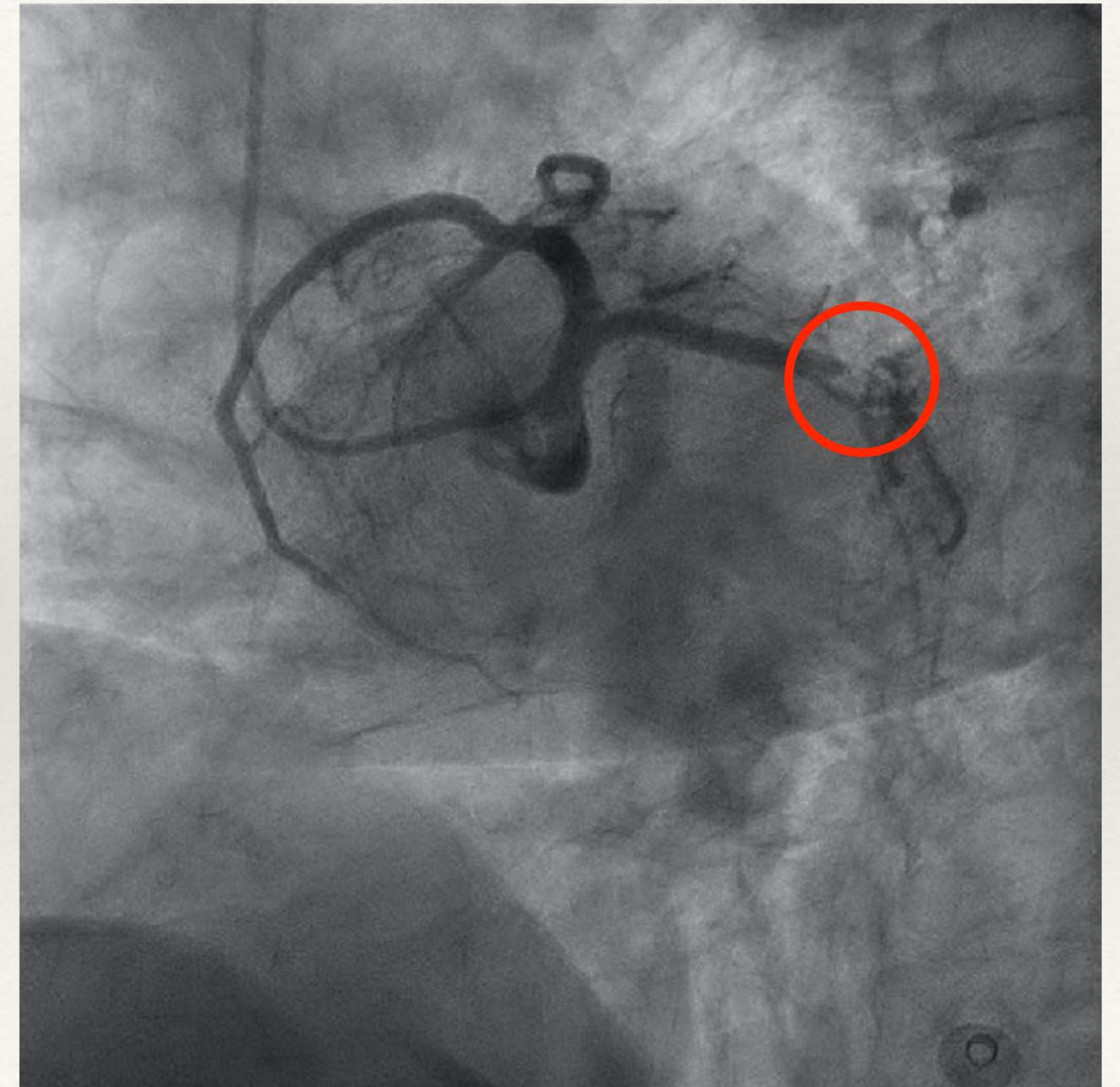
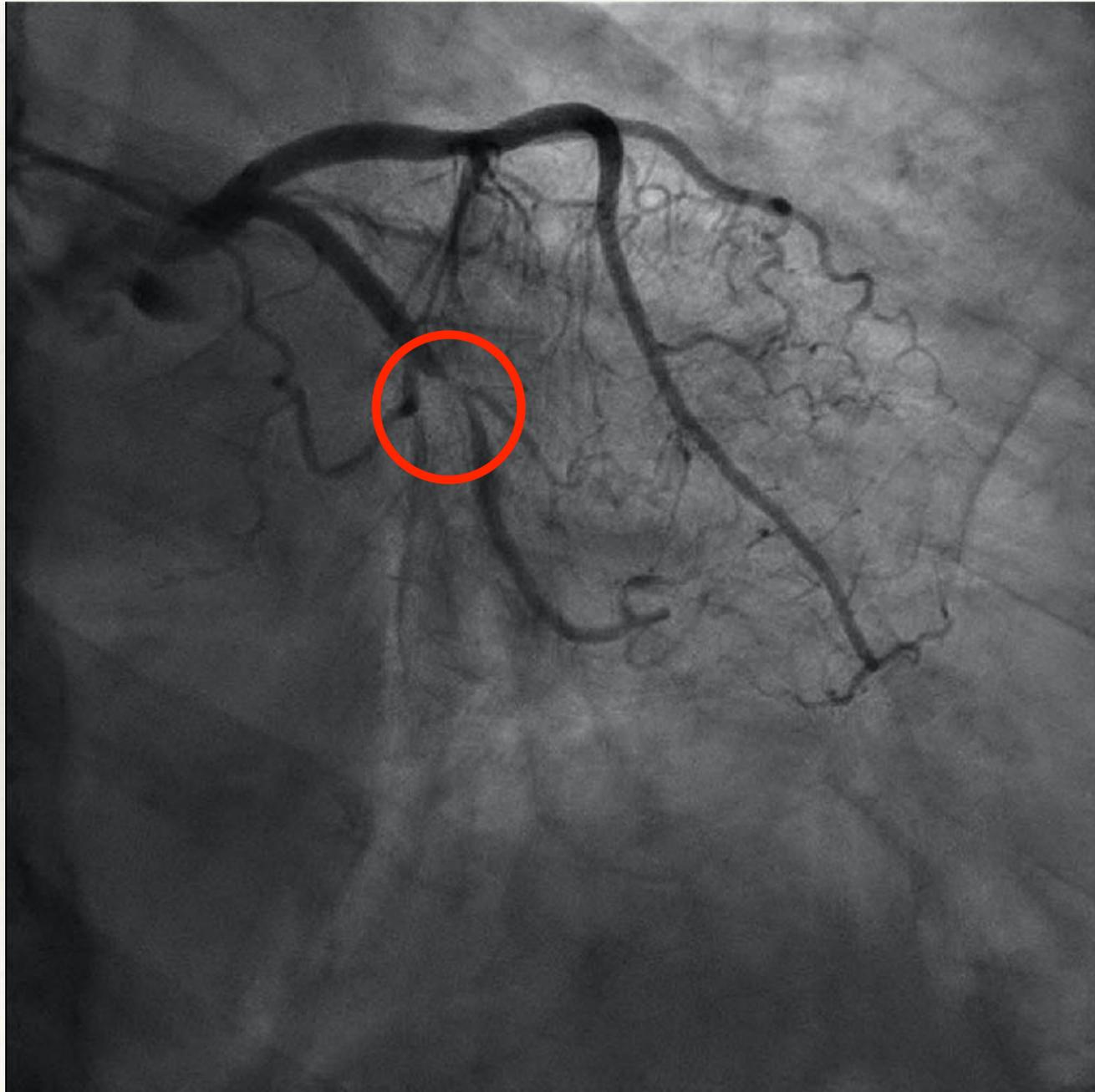
---

# Caso clínico

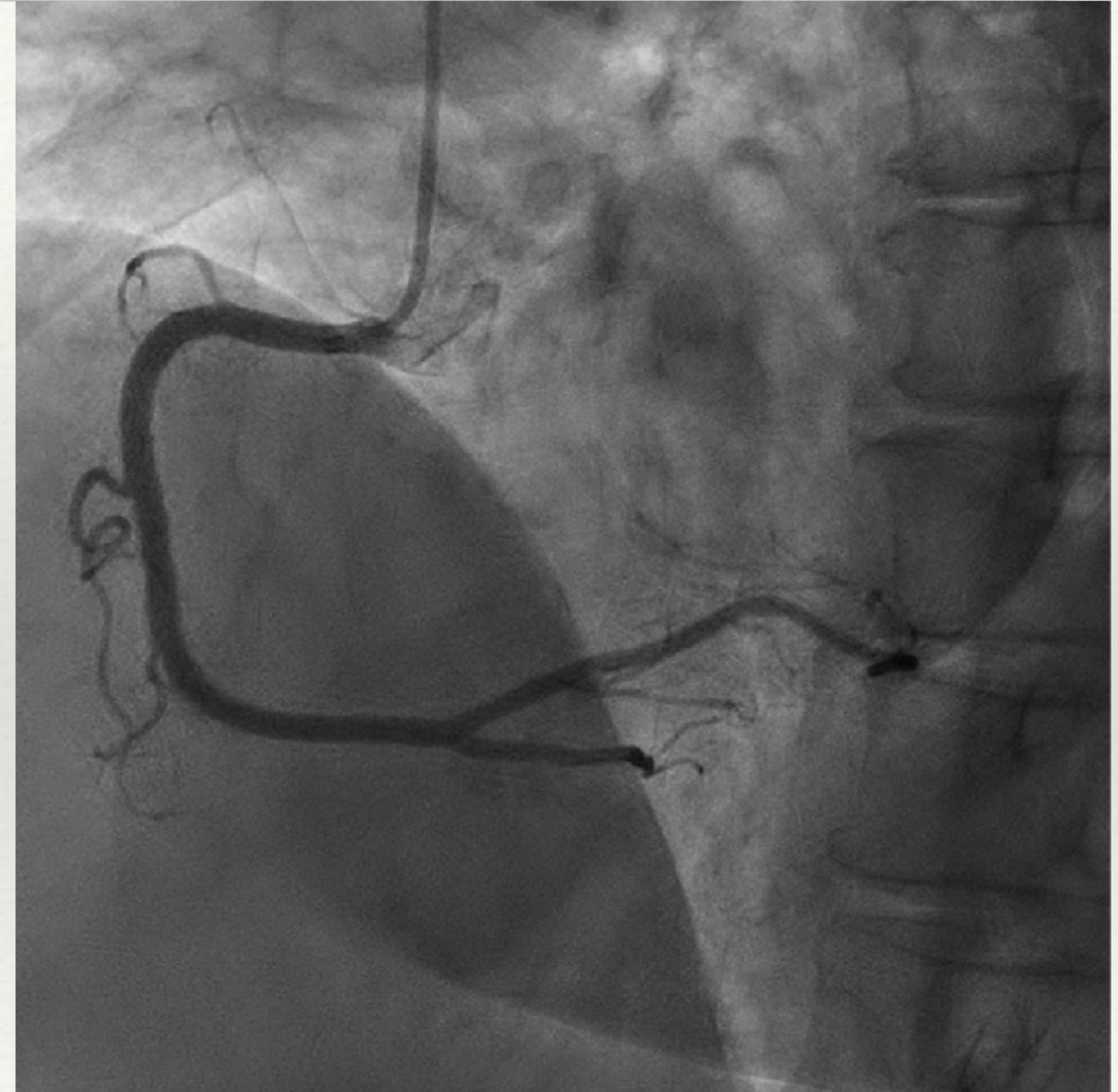
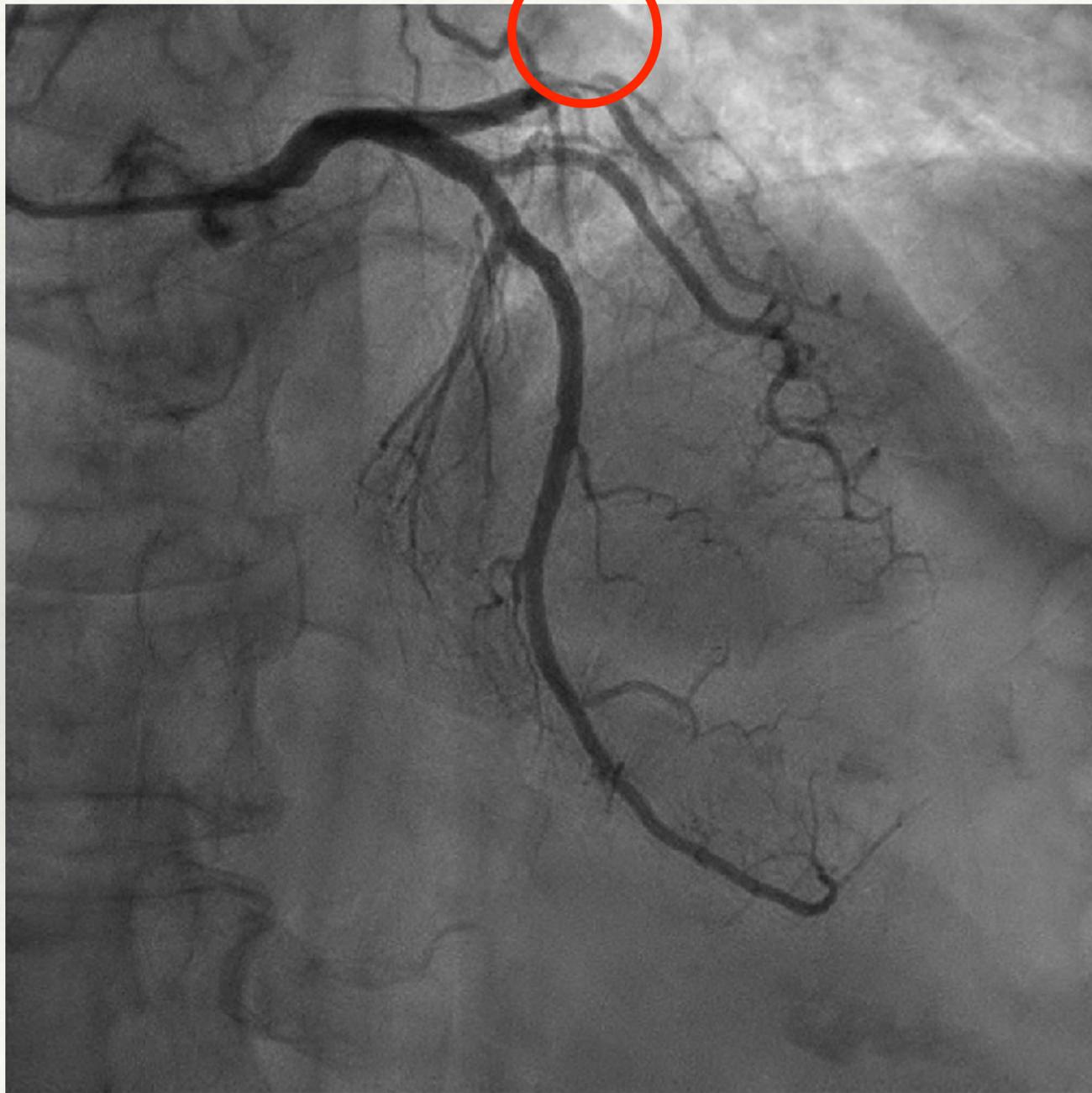
---

- ❖ Mujer de 86 años
  - ❖ Antecedentes médicos
    - ❖ HTA y DM2 con antidiabéticos orales.
    - ❖ Nefropatía diabética con IRC con FG 30cc/min
- ❖ Ingreso por IAMSEST Killip I
  - ❖ ECG: RS a 80lpm. PR 130ms. QRS estrecho. No alteraciones de la repolarización. QTc normal
  - ❖ Ecocardiograma: FEVE conservada con hipocinesia inferolateral basal. No valvulopatías significativas. VD normal.
  - ❖ Grace Score: 145                      CRUSADE score 51

# Coronariografía diagnóstica

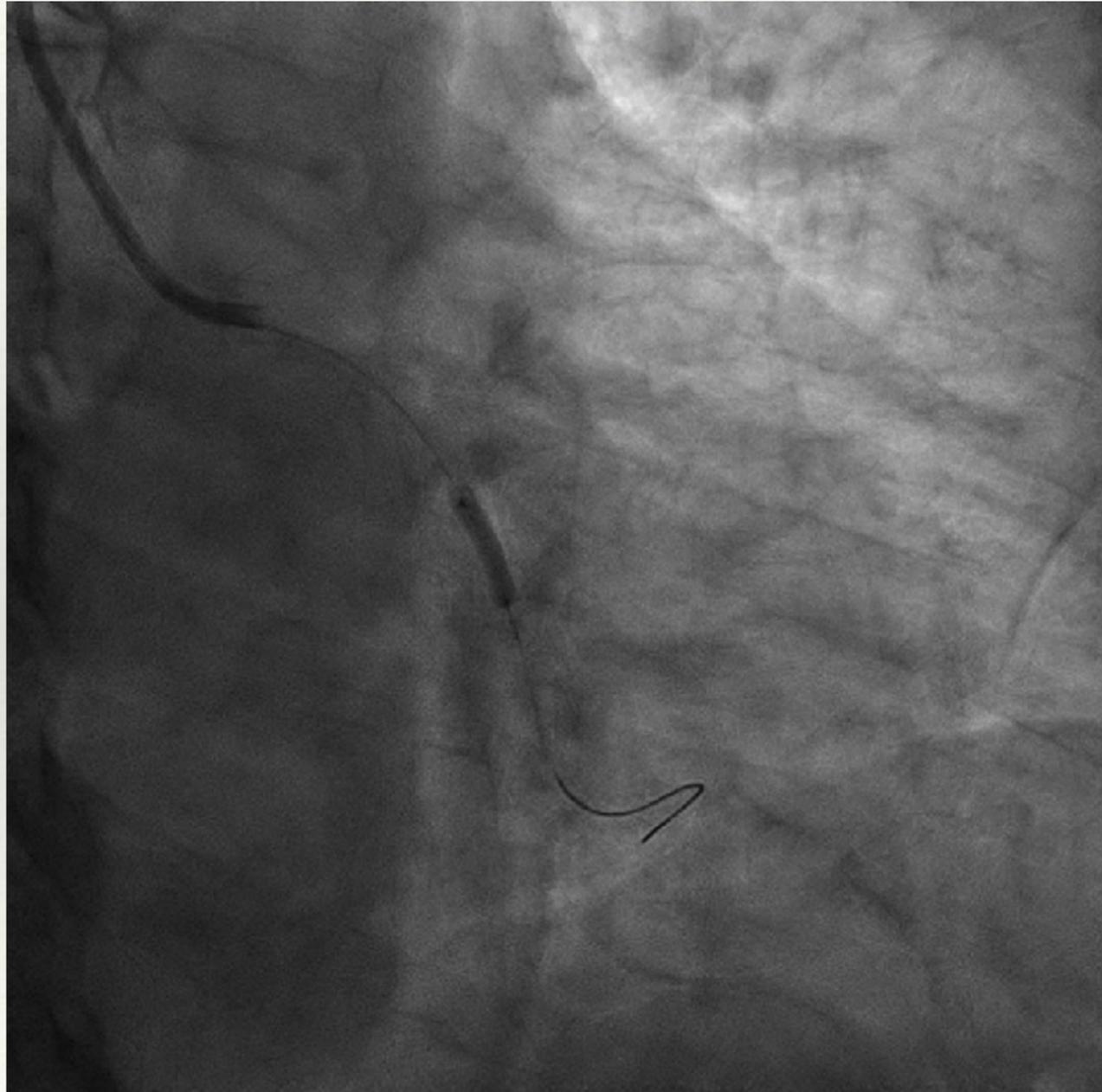


# Coronariografía diagnóstica

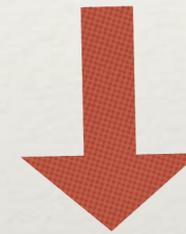


Enfermedad coronaria de 1 vaso (OM1 proximal 90%). Dominancia derecha

# Coronariografía intervencionista

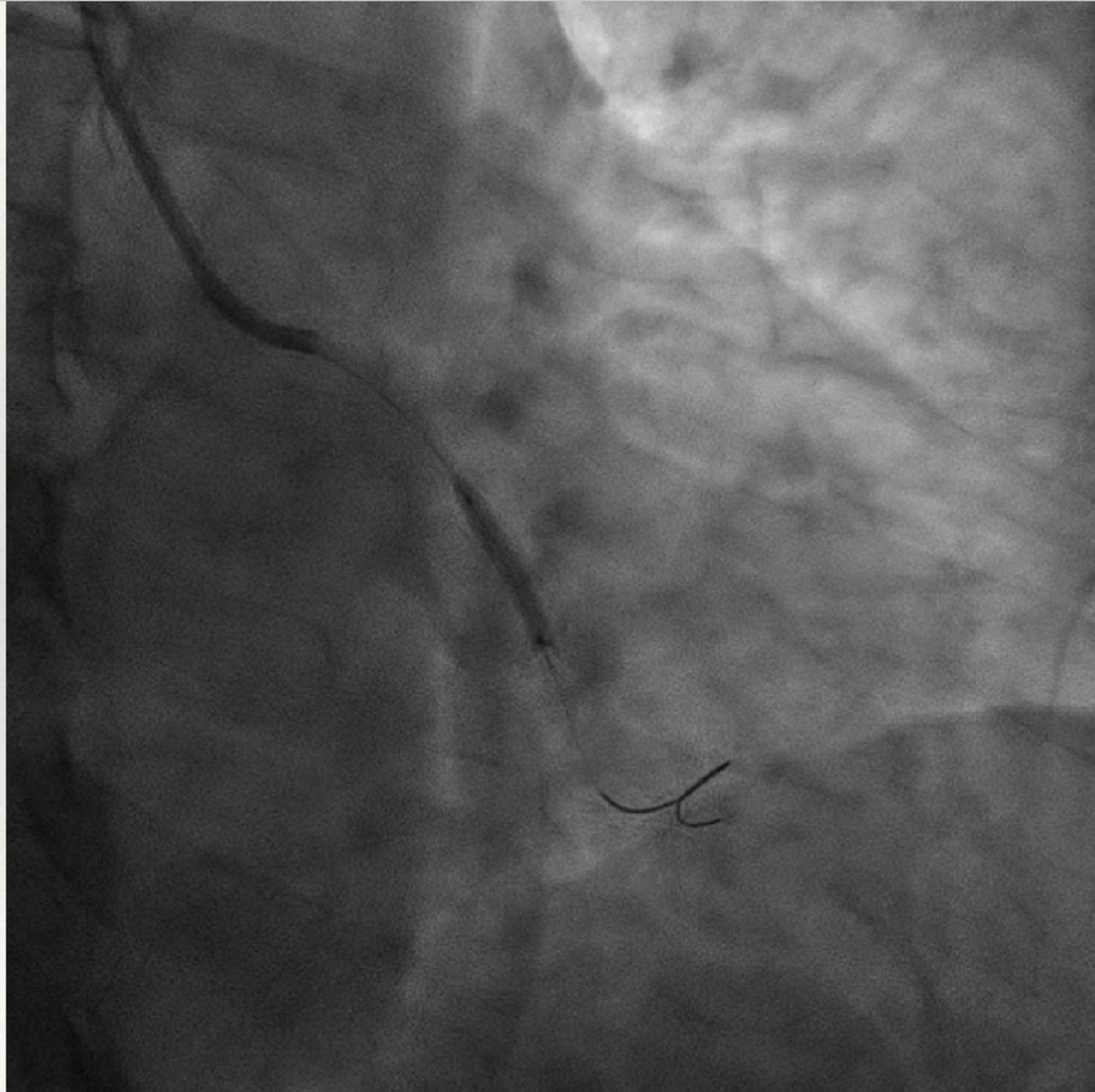


Se decide predilatación con balón  
SC 2.5x12mm hasta 12 atm.



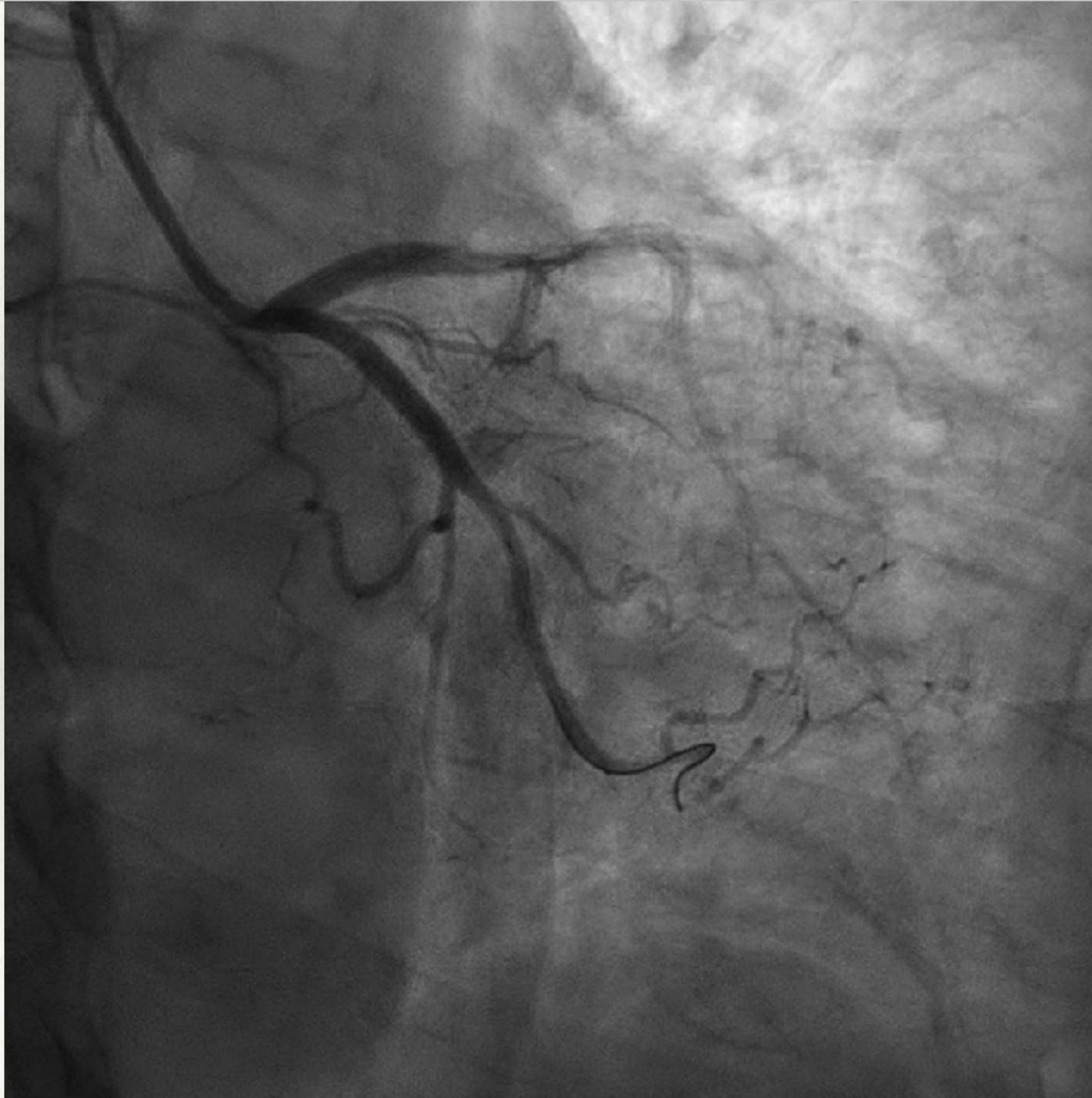
Se consigue una correcta preparación de la  
lesión, sin estenosis residual ni disección la  
placa.

# Aplicación de balón farmacoactivo



Debido al buen resultado conseguido con la angioplastia con balón, se decide aplicar un balón farmacoactivo (Sequent Please 2.5x20mm) a 10 atm con un tiempo de inflado de 30 segundos.

# Resultado final



Se consigue un buen resultado

Estenosis residual < 30%

Ausencia de disección o disección

Tipo A/

Flujo final TIMI 3

---

# Conclusión

---

- ❖ En pacientes con alto riesgo de sangrado el uso de balón farmacoadactivo nos permite acortar la duración de la doble antiagregación de forma segura hasta 1 mes.
- ❖ En vasos de diámetro  $\leq 2.5\text{mm}$ , el balón farmacoadactivo ofrece resultados equiparables a los stents farmacoadactivos.
- ❖ La predilatación se debe realizar con un ratio balón / vaso 0.8-1.
- ❖ Se considera un buen resultado: estenosis residual  $< 30\%$ , Ausencia de disección o disección Tipo A o B y TIMI 3 final.