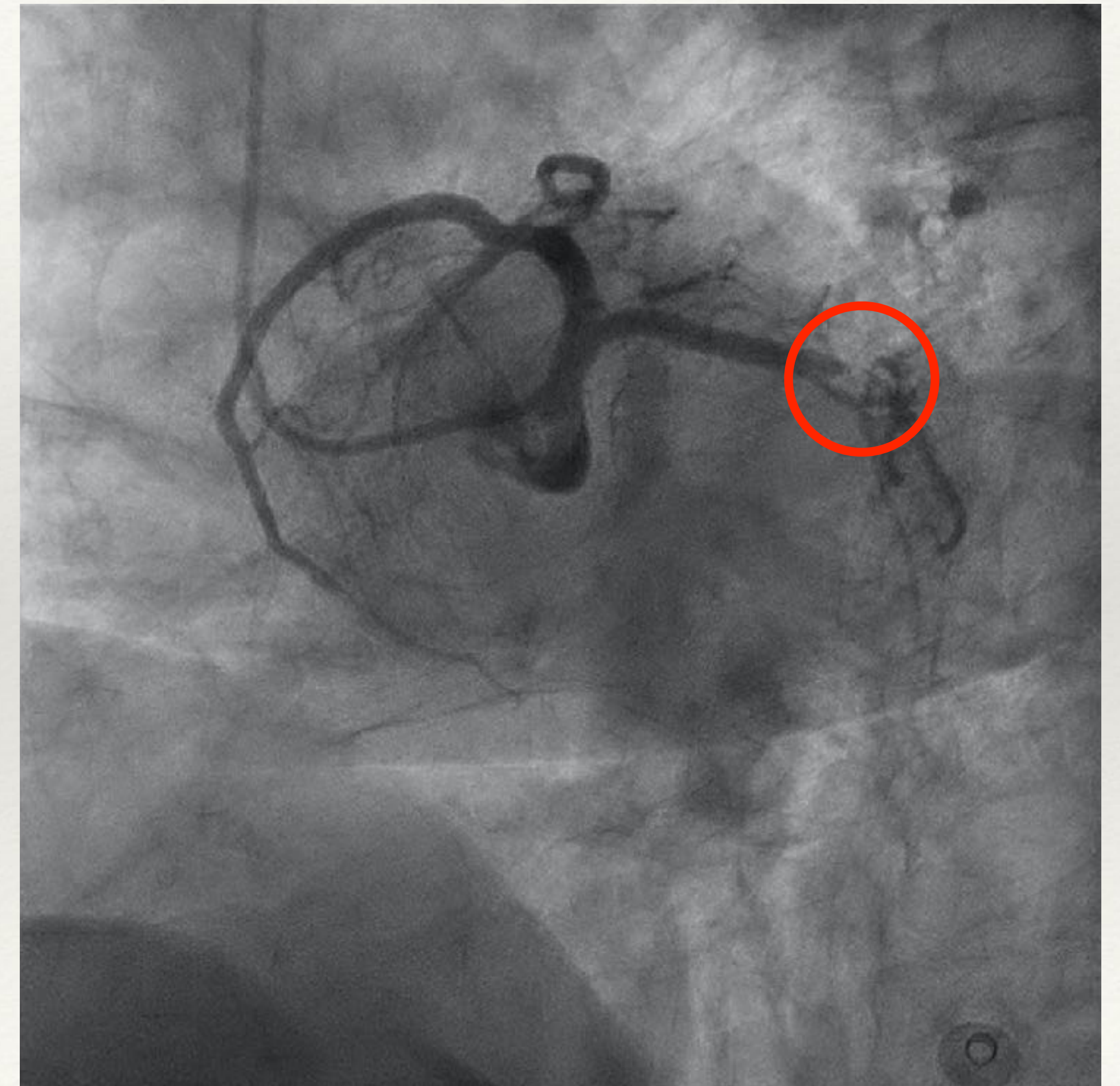
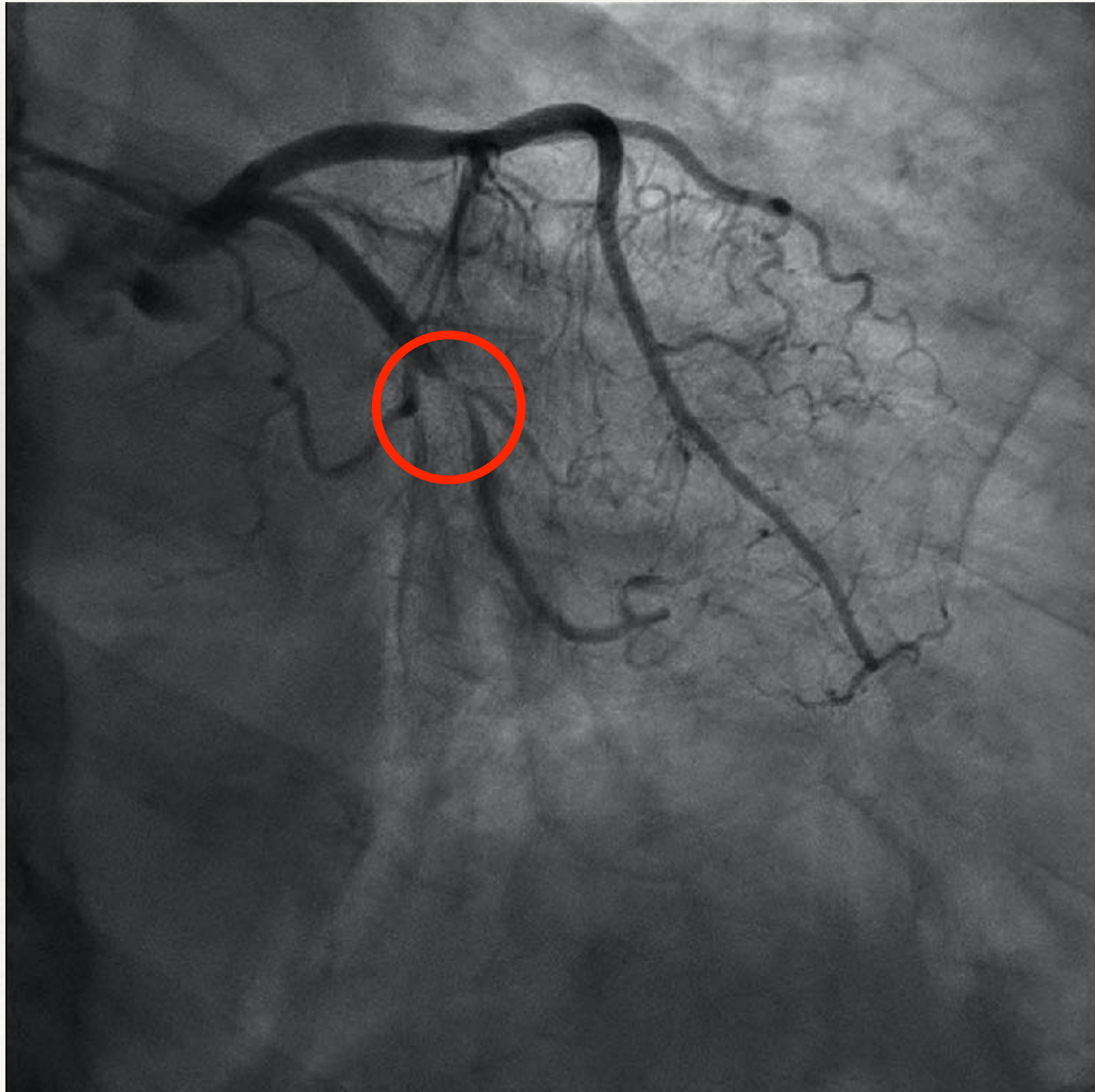

Uso del balón farmacoadactivo en pacientes con alto riesgo de sangrado

*Daniel Valcárcel Paz
Cardiología Intervencionista
Hospital de Sabadell*

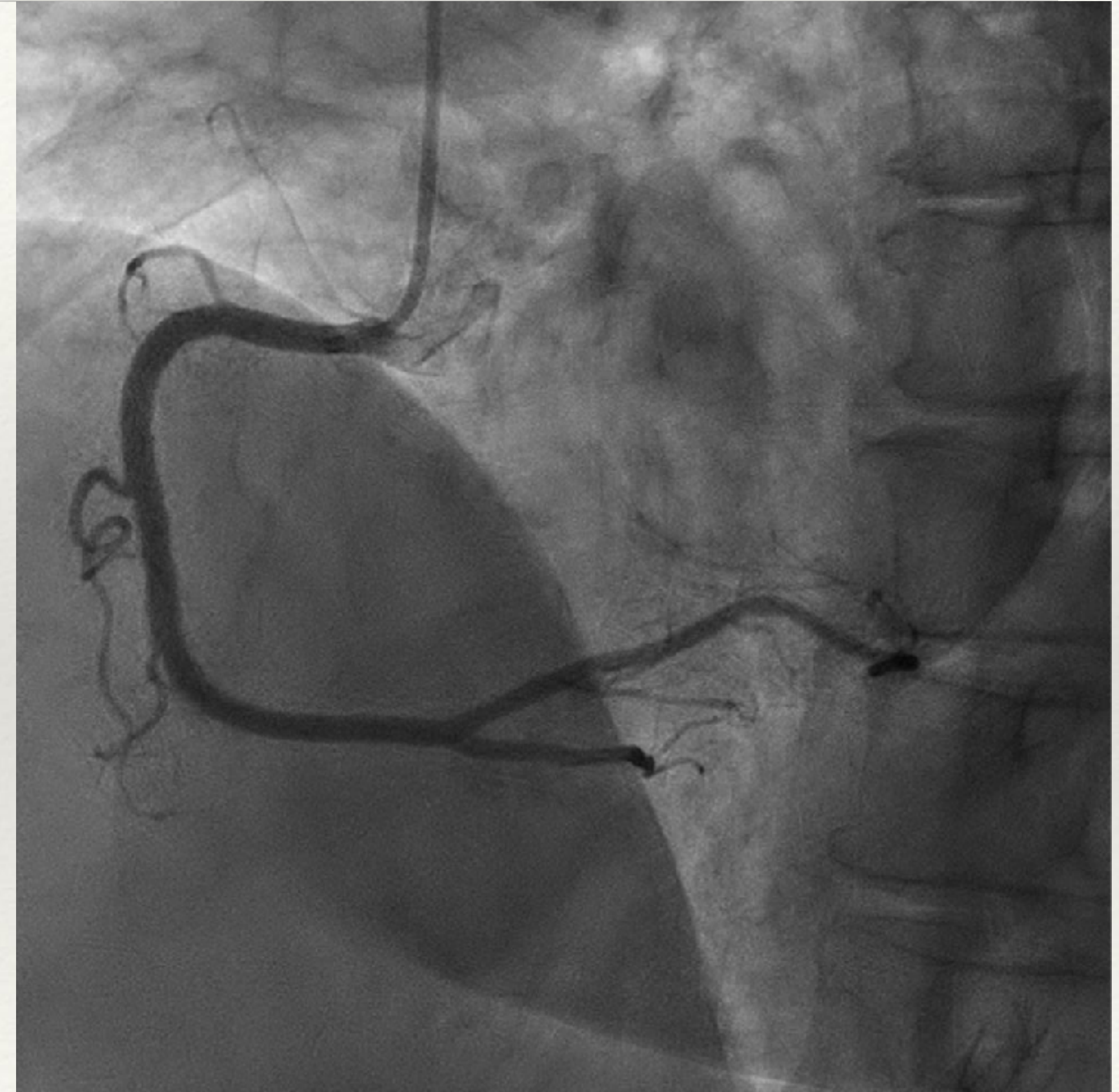
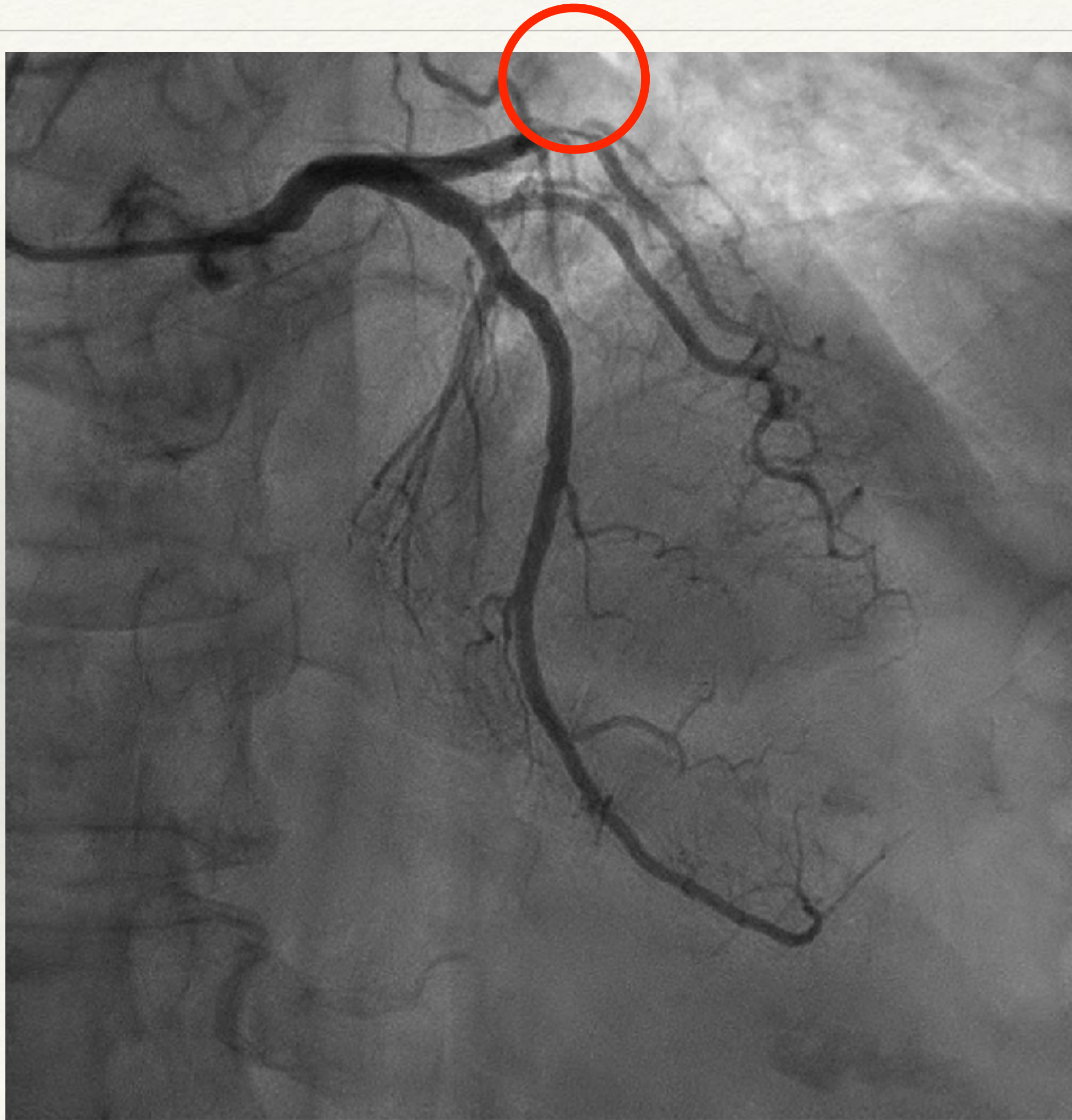
Caso clínico

- ❖ 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

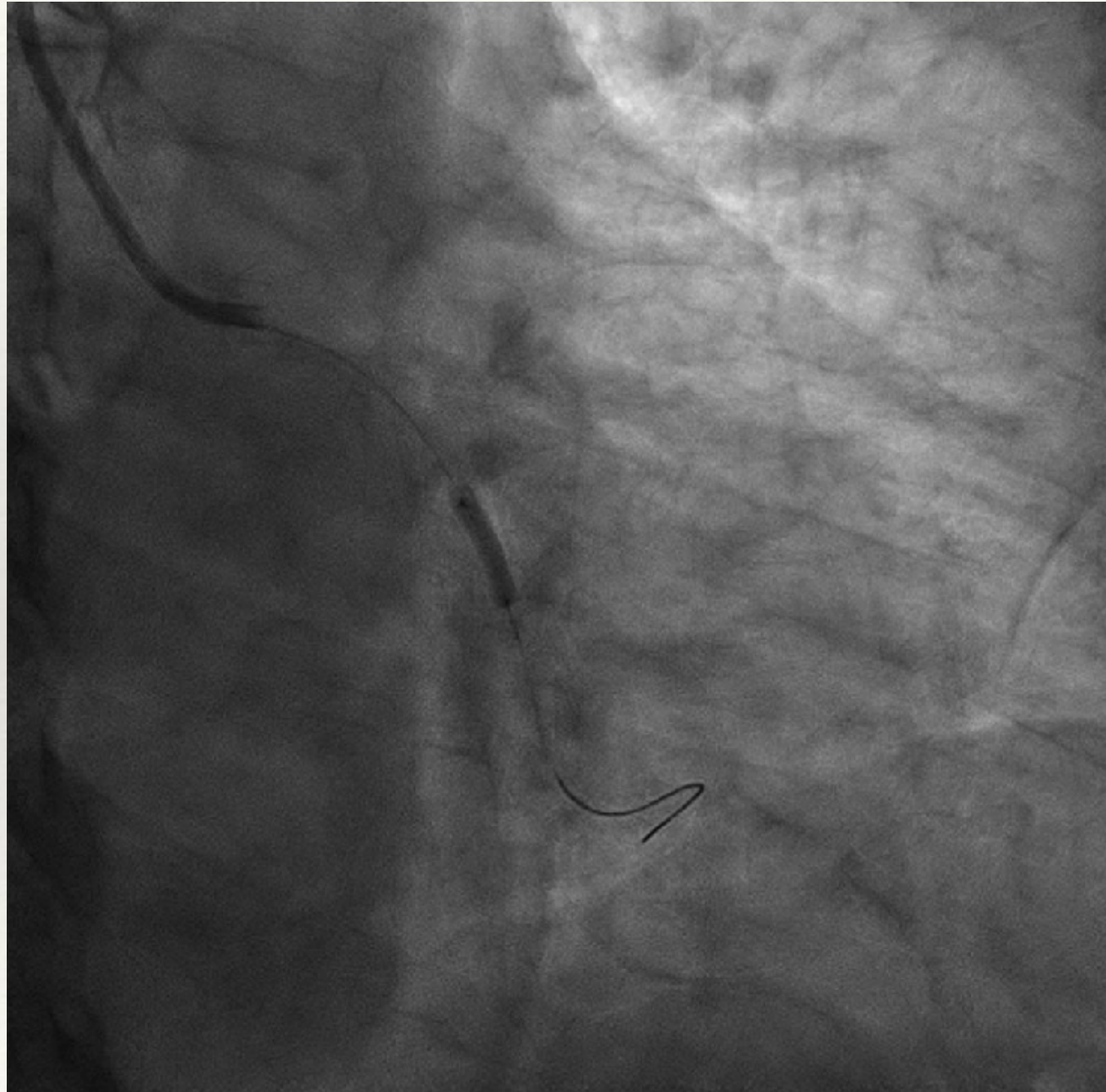


Coronariografía diagnóstica

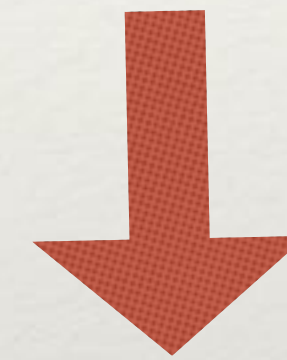


Enfermedad coronaria de 1 vaso (OM1 proximal 90%). Dominancia derecha

Coronariografía intervencionista

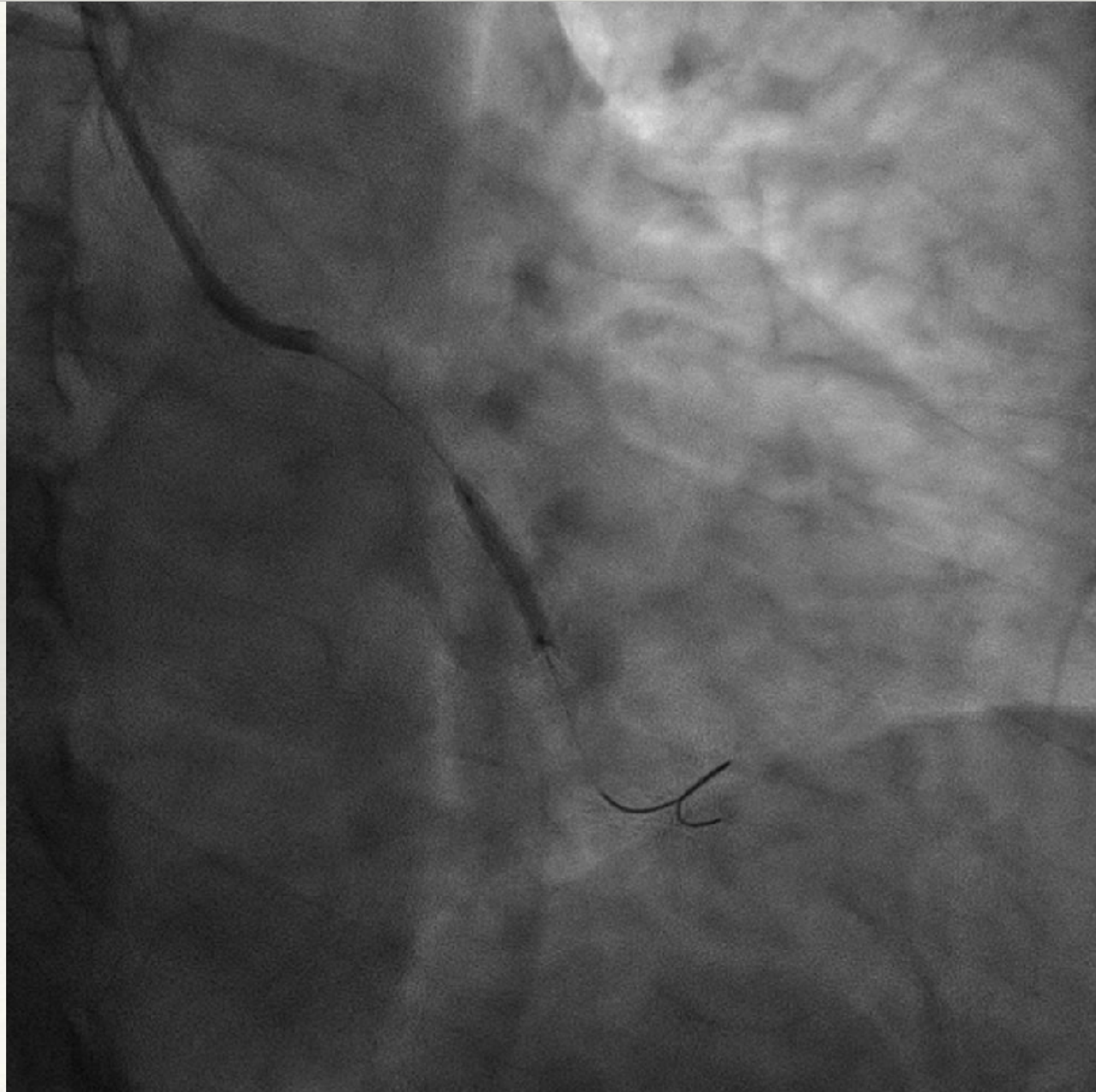


Se decide predilatación con balón
SC 2.5x12mm hasta 12 atm.



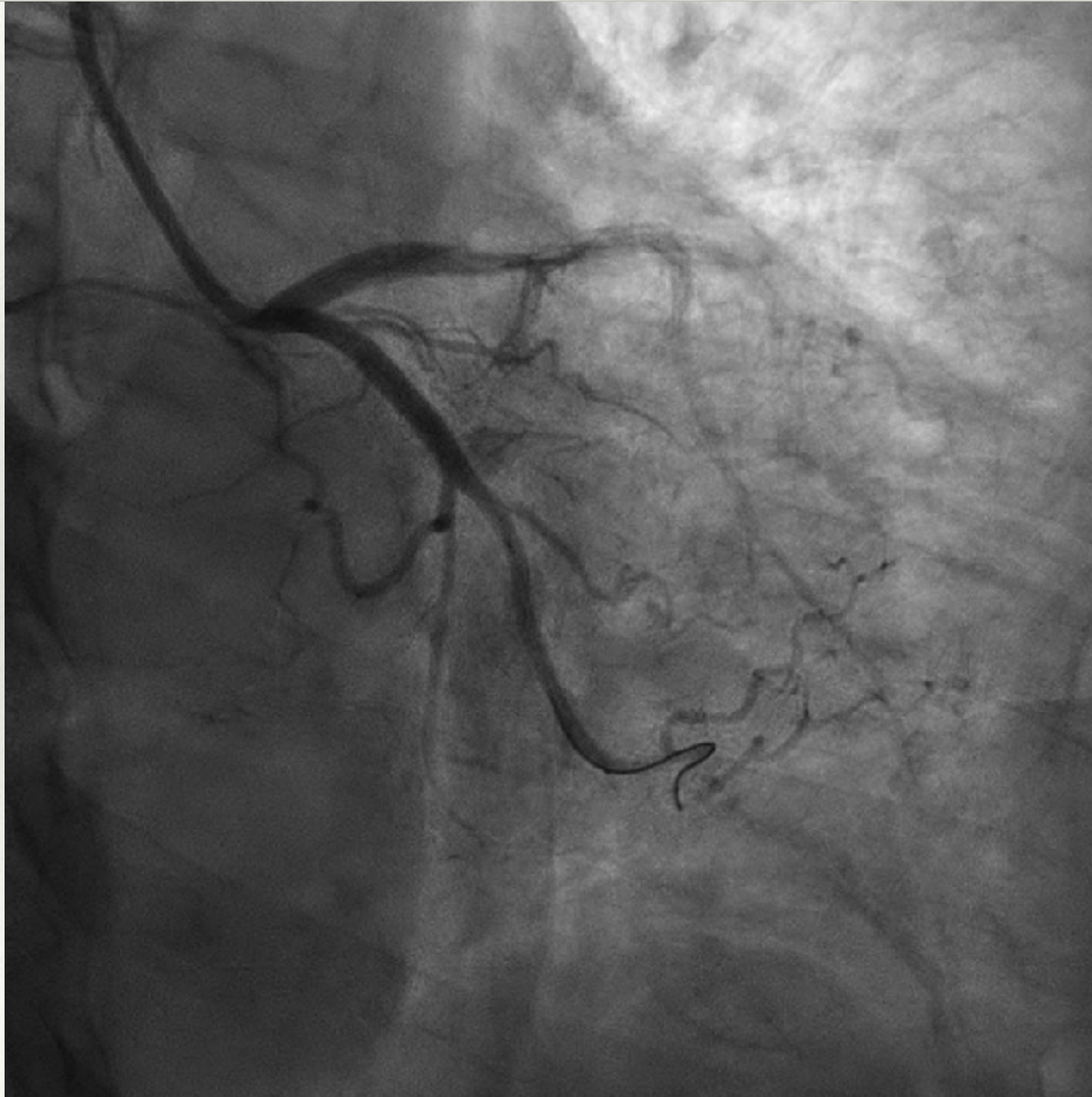
Se consigue una correcta preparación de la
lesión, sin estenosis residual ni disección la
placa.

Aplicación de balón farmacoadectivo



Debido al buen resultado conseguido con la angioplastia con balón, se decide aplicar un balón farmacoadectivo (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 farmacológico 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 farmacológico ofrece resultados equiparables a los stents farmacológicos.
- ❖ 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.