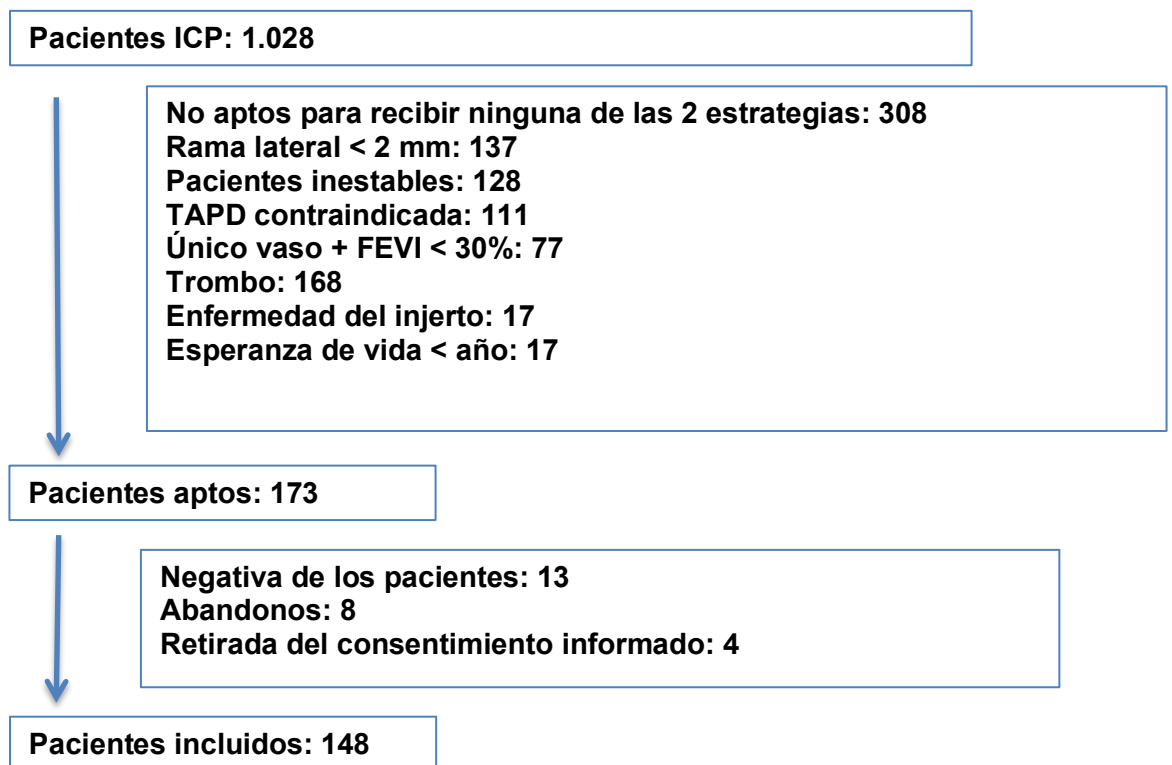


Cómo citar este artículo: Palazuelos J, et al. Abordaje de las lesiones en bifurcación con aterectomía rotacional: estudio piloto. *REC Interv Cardiol.* 2020. <https://doi.org/10.24875/RECIC.M20000148>

MATERIAL ADICIONAL

Figura 1 del material adicional. Diagrama de flujo de la selección poblacional con lesiones de bifurcación.



FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; ICP: intervención coronaria percutánea; TAPD: tratamiento antiagregante plaquetario doble.

Apéndice del material adicional. Material y métodos.

Definiciones

- Fracaso del vaso diana: compuesto de muerte cardiaca, infarto de miocardio en el vaso culpable, revascularización del vaso diana y reestenosis de la bifurcación diana durante el seguimiento.

- La revascularización del vaso diana se definió como una nueva revascularización del vaso diana mediante intervención coronaria percutánea (ICP) o cirugía de revascularización coronaria.
- La revascularización de la lesión diana se definió como una nueva ICP en la lesión a 5 mm de distancia del lugar de implantación del *stent* o cirugía de revascularización coronaria del vaso diana.
- La reestenosis de la bifurcación diana se definió como una nueva revascularización con un diámetro de estenosis $> 50\%$ a 5 mm de distancia proximal o distal a la carina de la bifurcación.
- La trombosis del *stent* se valoró según la definición establecida por el *Academic Research Consortium* y se clasificó como trombosis del *stent* definitiva, probable o posible.
- Una bifurcación se debe tener en cuenta cuando: *a)* tratar el vaso principal puede comprometer una rama lateral grande (> 2 mm), *b)* tratar la enfermedad de rama lateral ostial puede comprometer al vaso principal o *c)* con vaso principal y rama lateral enfermos.

Tamaño de la muestra. Como no hay ningún estudio aleatorizado disponible sobre este subgrupo, no se pudo emplear la fórmula del tamaño de la muestra. Se usó la función de aproximación arcoseno y se calculó que se debían incluir a, al menos, 60 sujetos en cada grupo para hallar diferencias estadísticamente significativas (aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,2 en pruebas bilaterales). Se anticipó un índice de abandono $< 1\%$. Finalmente, se calculó el tamaño final de la muestra tras incluir a 12 pacientes en

cada grupo. La aleatorización de los pacientes a los distintos grupos de tratamiento se realizó con el paquete de software EPIDAT 4.0

Fármacos perioperatorios. Cuando se realizó la ICP, todos los pacientes a tratamiento antiagregante plaquetario doble con ácido acetilsalicílico (100 mg/día) y clopidogrel (dosis de carga de 300 mg el día antes de la ICP o 75 mg/día durante 3 días antes de la intervención) o ticagrelor (dosis de carga de 180 mg el día de la ICP o el día antes o 90 mg 2 veces/día durante 3 días antes de la intervención) o prasugrel (dosis de carga de 60 mg el día de la ICP o el día antes o 10 mg/día durante 3 días antes de la intervención). La anticoagulación durante la intervención se alcanzó con heparina no fraccionada (de 70 a 100 U/kg mediante bolo IV) o bivaluridina. El uso de inhibidores de la glucoproteína IIb/IIIa quedó a criterio del operador. Tras la intervención, todos los pacientes recibieron tratamiento antiagregante plaquetario doble con ácido acetilsalicílico 100 mg y clopidogrel 75 mg o ticagrelor 90 mg (2 veces) o prasugrel 10 mg durante un curso de 12 meses con una indicación de continuar con el ácido acetilsalicílico indefinidamente.

Pruebas de laboratorio y seguimiento. Se registraron tanto el éxito como los resultados antes del alta hospitalaria y durante el seguimiento. Tras la ICP, se les realizó un ECG a todos los pacientes y se comprobaron los niveles de troponina T y de la banda miocárdica de la creatincinasa (CK-MB) transcurridas 6 y 24 horas. En consecuencia, se realizaron más ECG y pruebas enzimáticas siempre y cuando fuese relevante desde el punto de vista clínico. Tras la ICP, el curso clínico hospitalario se monitorizó cuidadosamente. Tras el alta, el seguimiento clínico de los pacientes se llevó a cabo mediante entrevistas personales o telefónicas cada 6 meses. Los pacientes solo recibieron control angiográfico

REC: Interventional Cardiology

por motivos clínicos. La monitorización de los factores de riesgo cardiovascular, la adhesión al tratamiento y los controles de los análisis de sangre quedaron a criterio del médico derivador.