



## 2. STENT BIOACTIVO FRENTE A STENT FARMACOACTIVO EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA CON ENFERMEDAD CORONARIA ESTABLE

Nuria Vallejo Calcerrada<sup>1</sup>, Juan Gabriel Córdoba Soriano<sup>1</sup>, Álvaro Pinar Abellán<sup>1</sup>, Antonio Gutiérrez Díez<sup>1</sup>, Bruno García del Blanco<sup>2</sup>, Julio Núñez Villota<sup>3</sup>, Fernando Lozano Ruiz-Póveda<sup>4</sup>, Rafael Romaguera Torres<sup>5</sup>, Pascual Baello Monge<sup>6</sup>, Pablo Aguar Carrascosa<sup>7</sup>, Juan Francisco Oteo Domínguez<sup>8</sup>, Ignacio J. Amat-Santos<sup>9</sup>, Juan José Portero Portaz<sup>1</sup>, Arsenio Gallardo López<sup>1</sup> y Jesús María Jiménez Mazuecos<sup>1</sup>

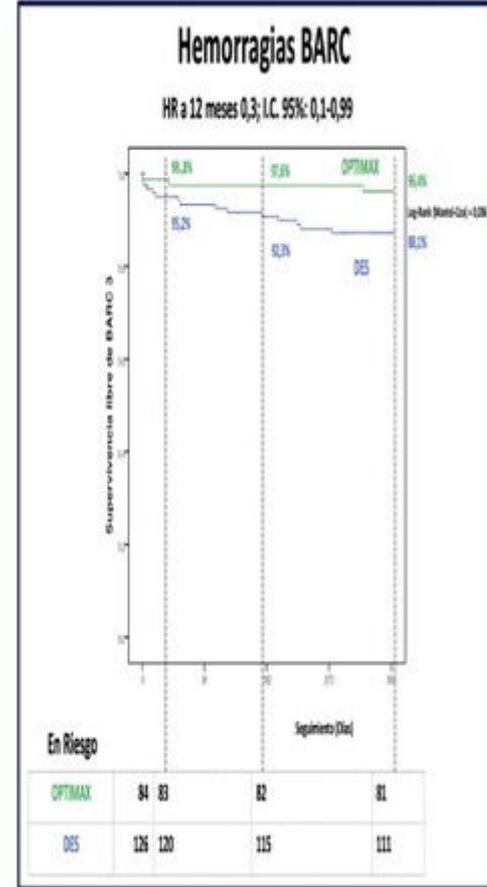
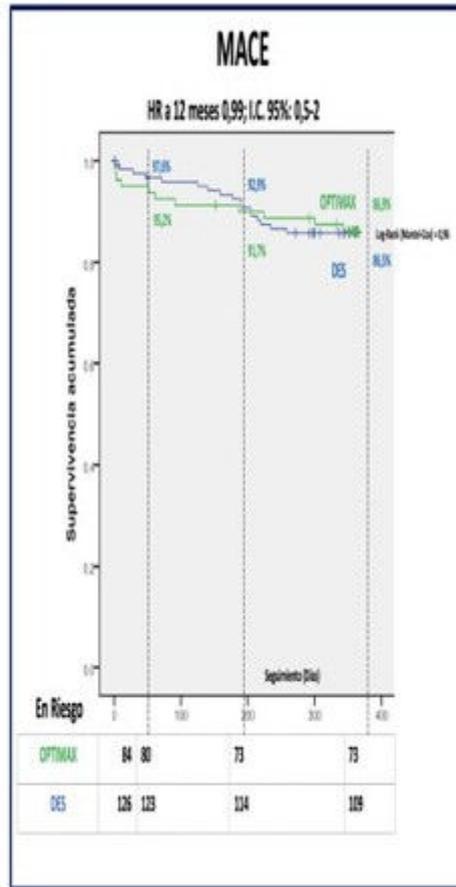
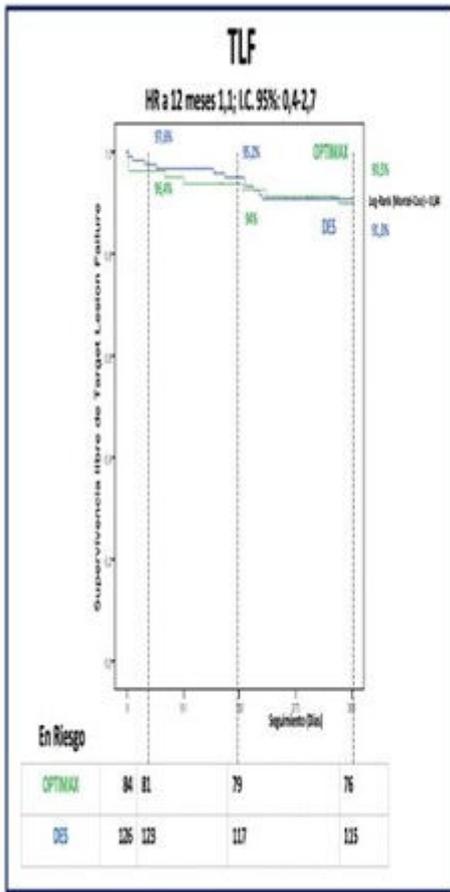
<sup>1</sup>Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, España, <sup>2</sup>Cardiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España, <sup>3</sup>Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España, <sup>4</sup>Cardiología. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España, <sup>5</sup>Cardiología. Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España, <sup>6</sup>Cardiología. Hospital General de Castellón, Castellón, España, <sup>7</sup>Cardiología. Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España, <sup>8</sup>Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España y <sup>9</sup>Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Los *stents* bioactivos (BAS) han demostrado no inferioridad e incluso superioridad frente a *stents* farmacoactivos de última generación (DES) en el contexto del síndrome coronario agudo (SCA), sin embargo, estos dispositivos han sido menos estudiados en pacientes sometidos a revascularización por enfermedad coronaria estable.

**Métodos:** Estudio de cohortes ambispectivo y multicéntrico con seguimiento a un año, de pacientes de 75 o más años tratados por enfermedad coronaria estable, con un *stent* bioactivo recubierto de óxido nítrico de titanio (BAS) o con SFA de última generación. Se comparó el fallo de la lesión tratada (TLF: muerte de causa cardíaca, infarto relacionado con el vaso tratado no mortal o necesidad de nueva revascularización de la lesión tratada guiada por clínica) y los eventos adversos cardiovasculares mayores (MACE: muerte por cualquier causa, infarto agudo de miocardio no mortal, ictus o necesidad de nueva revascularización) así como las hemorragias BARC.

**Resultados:** En total 210 pacientes (BAS 84 vs SFA 126) fueron incluidos. La edad media superó los 80 años y se trataba de pacientes con elevada comorbilidad (Índice de Comorbilidad  $1,5 \pm 1$ ), alto riesgo hemorrágico (70%) y en alto porcentaje con IRC (45%). El objetivo TLF se presentó en el 9,5% del grupo BAS vs 8,7% grupo SFA (HR 1,1 (IC95%, 0,4-2,7;  $p = 0,84$ )) y el objetivo MACE: 13,1 vs 13,5% (HR 0,99 (IC95%; 0,5-2,  $p = 0,96$ )). Los pacientes tratados con BAS recibieron pautas más cortas de antiagregación y presentaron menos hemorragias BARC 3-5 (3,6 vs 11,9%, HR 0,3 (IC95% 0,1-0,9,  $p = 0,05$ )). No se observaron diferencias para ninguno de los componentes de los objetivos principales por separado.



*Objetivos primarios del estudio.*

**Conclusiones:** Los pacientes de edad avanzada y enfermedad coronaria estable tratados con BAS, reciben pautas más cortas de doble antiagregación y presentan menos sangrados, sin presentar diferencias en cuanto a TLF y MACE que aquellos tratados con SFA de última generación.