



6010-3. TIPOS DE TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO Y EFECTO PRONÓSTICO EN PACIENTES ANCIANOS TRAS REVASCULARIZACIÓN PERCUTÁNEA CON *STENTS* FARMACOACTIVOS EN EL TRONCO COMÚN IZQUIERDO

Sergio Barrera Basilio¹, José M. de la Torre Hernández¹, José Luis Ferreiro Gutiérrez², Ramón López Palop³, Soledad Ojeda Pineda⁴, Jesús María Jiménez Mazuecos⁵, David Martí Sánchez⁶, M. Pilar Carrillo Sáez⁷, Pablo Avanzas Fernández⁸, Alejandro Gutiérrez Barrios⁹, José Antonio Linares Vicente¹⁰, Eduardo Pinar Bermúdez³, Alejandro Diego Nieto¹¹, Ana Belén Cid Álvarez¹² y Armando Pérez de Prado¹³

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, ²Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, ³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, ⁴Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, ⁵Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, ⁶Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, ⁷Hospital Universitario San Juan de Alicante, ⁸Universidad de Oviedo. HUCA, ⁹Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, ¹⁰Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, ¹¹Hospital Clínico Universitario de Salamanca, ¹²Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela y ¹³Complejo Asistencial Universitario, León.

Resumen

Introducción y objetivos: El tipo de terapia antitrombótica en pacientes ancianos tras ICP compleja es un tema controvertido, las múltiples comorbilidades en este grupo de pacientes representan un mayor riesgo de sangrado y la evidencia actual es limitada. Por otro lado, la terapia antiagregante es crítica en el tratamiento tras una ICP del tronco coronario izquierdo. Este estudio buscó investigar los regímenes antitrombóticos utilizados y su impacto pronóstico en población de pacientes mayores de 75 años con ICP del tronco coronario izquierdo.

Métodos: Estudio retrospectivo, se incluyeron pacientes mayores de 75 años e ICP con *stents* farmacoactivos del tronco coronario izquierdo del registro PACO-PCI y SIERRA-75. Se evaluó el esquema de tratamiento al alta y se evaluó un compuesto de eventos cardíacos adversos mayores (muerte cardiovascular, infarto de miocardio e ictus) y además se evaluó hemorragia mayor de acuerdo a los criterios de BARC 2-5, ambas variables a un seguimiento de 12 meses.

Resultados: Se incluyeron un total de 221 pacientes, edad de $81 \pm 2,1$ años, 34% mujeres. Dividimos en dos grupos, aquellos con terapia anticoagulante asociada al esquema antiagregante (128 pacientes) y otro sin anticoagulante asociado (93 pacientes). En el grupo con terapia anticoagulante, 86% recibieron triple terapia (TT) y el resto con doble terapia (DT). De los pacientes con TT, la mitad estaban con AVK y predominaba la duración por más de un mes. En el grupo de pacientes sin terapia anticoagulante, en el 61% la doble antiagregación (DTA) fue por un periodo de 12 meses y el resto con 6 meses o menos. Respecto a la evolución, entre los anticoagulados la menor tasa de ECAM se observó en TT, sobre todo con ACOD y por 1 mes. Entre los no anticoagulados no hubo diferencias por duración de DTA. En cuanto a sangrado mayor, de los anticoagulados la mayor tasa fue para la TT de forma muy marcada si se hacía con AVK o por más de 1 mes. De los no anticoagulados, sangraban más en el grupo de DTA corta, lo que sugiere un perfil de muy alto riesgo de sangrado en este grupo.

Régimen terapéutico	N	ECAM	Sangrado BARC 2-5
Total	221	4,9%	10,8%
Triple terapia	110	1,8%	6,7%
Doble terapia	18	11%	1,1%
Triple terapia con AVK	54	3,7%	24%
Triple terapia con ACOD	56	0%	3,5%
Triple terapia >1 mes	64	3,1%	17%
Triple terapia 1 mes	46	0%	8,6%
DTA 6 meses	36	7%	3,5%
DTA 12 meses	57	8,3%	13,8%

Conclusiones: En los pacientes de edad avanzada revascularizados en tronco coronario con *stents* farmacoactivos y que precisan anticoagulantes, la evolución más óptima se observa en TT si reciben ACOD y mantienen TT por no más de 1 mes. Entre los que no precisan anticoagulantes, la duración de DTA debería ajustarse al riesgo hemorrágico sin detrimento de la eficacia.