



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

Nuria Vallejo Calcerrada¹, Juan Gabriel Córdoba Soriano¹, Álvaro Pinar Abellán¹, Antonio Gutiérrez Díez¹, Bruno García del Blanco², Julio Núñez Villota³, Fernando Lozano Ruiz-Póveda⁴, Rafael Romaguera Torres⁵, Pascual Baello Monge⁶, Pablo Aguar Carrascosa⁷, Juan Francisco Oteo Domínguez⁸, Ignacio J. Amat-Santos⁹, Juan José Portero Portaz¹, Arsenio Gallardo López¹ y Jesús María Jiménez Mazuecos¹

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