



6. REVASCULARIZACIÓN CON *STENT* BIOACTIVO FRENTE A *STENT* FARMACOACTIVO EN PACIENTES DE EDAD MUY AVANZADA

Nuria Vallejo Calcerrada¹, Juan Gabriel Córdoba Soriano², Álvaro Pinar Abellán³, Antonio Gutiérrez Díez³, Bruno García del Blanco⁴, Juan José Portero Portaz⁵, Julio Núñez Villota⁶, Rafael Romaguera Torres⁷, Fernando Lozano Ruiz-Póveda⁸, Juan Francisco Oteo Domínguez⁹, Pablo Aguar Carrascosa¹⁰, Pascual Baello Monge¹¹, Ignacio J. Amat Santos¹², Arsenio Gallardo López³ y Jesús María Jiménez Mazuecos³

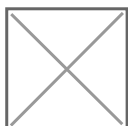
¹Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, España, ²Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, España, ³Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, España, ⁴Cardiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España, ⁵Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, España, ⁶Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España, ⁷Cardiología. Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España, ⁸Cardiología. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España, ⁹Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España, ¹⁰Cardiología. Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España, ¹¹Cardiología. Hospital General de Castellón, Castellón, España y ¹²Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes de edad muy avanzada sometidos a revascularización percutánea, suelen presentar un elevado riesgo hemorrágico que puede condicionar la estrategia antitrombótica tras el implante de *stents*. Los *stents* bioactivos (BAS) pueden ser una alternativa en estos pacientes debido a la posibilidad de una terapia antiplaquetaria doble más corta de forma segura.

Métodos: Estudio de cohortes ambispectivo y multicéntrico con seguimiento a un año, de pacientes > 85 años tratados por enfermedad coronaria estable o síndrome coronario agudo (SCA), 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 213 pacientes (BAS 132 vs SFA 81) fueron incluidos. Se trataba de pacientes con elevada comorbilidad (índice de comorbilidad $1,5 \pm 1$), alto riesgo hemorrágico (70%) y en alto porcentaje con enfermedad renal crónica. El objetivo TLF se presentó en el 18% del grupo BAS vs 14,8% grupo SFA (HR 1,2, IC95%, 0,6-2,5; $p = 0,52$) y el objetivo MACE: 24 vs 23,4% (HR 1,04, IC95%; 0,6-1,8, $p = 0,89$). Los pacientes tratados con BAS recibieron pautas más cortas de antiagregación y presentaron menos hemorragias BARC 3-5 (2,3 vs 12,3%, HR 0,18, IC95% 0,05-0,7, $p = 0,01$) fundamentalmente debido a una reducción significativa en hemorragias de tipo 3a. Aunque la mortalidad total fue similar entre ambos grupos, los pacientes tratados con BAS presentaron de forma significativa mayor mortalidad cardiovascular (13,6 vs 3,7%, HR 3,8 (IC95% 1,12-13, $p = 0,03$).



Objetivos primarios del estudio en pacientes > 85 años.

Conclusiones: Los pacientes de edad muy avanzada sometidos a revascularización percutánea 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. Sin embargo, estos pacientes presentaron mayor mortalidad cardiovascular.