



6036-500. PAUTAS CORTAS DE ANTIAGREGACIÓN EN PACIENTES ANCIANOS TRATADOS CON *STENTS* FARMACOACTIVOS. DIFERENCIAS ENTRE EL ESTUDIO ALEATORIZADO Y LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Dámaris Carbalreira Puentes¹, M. José Morales Gallardo¹, Ricardo Concepción Suárez¹, David Brau Queralt¹, Concepción Fernández Pascual¹, Jorge Palazuelos Molinero¹, Edurne López Soberón¹, Salvador Álvarez Antón¹ y David Martí Sánchez², del ¹Hospital Central de la Defensa, Madrid y ²Universidad de Alcalá, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Se ha sugerido que una estrategia de doble antiagregación reducida puede ser beneficiosa en pacientes ancianos tratados con *stents* farmacoactivos de segunda generación (SFA2G). Nuestro objetivo fue comparar las características de una cohorte de sujetos no seleccionados (cohorte observacional) frente a las de la población del ensayo aleatorizado (cohorte SENIOR).

Métodos: Se emplearon los datos de un registro prospectivo de 488 pacientes consecutivos $\geq$ 75 años tratados entre 2012-2016. La cohorte observacional se compuso de 352 pacientes tratados con SFA2G. Para el análisis se excluyeron pacientes con *shock* cardiogénico ($n = 6$), cirugía pendiente ($n = 2$) o expectativa de vida 12 meses ($n = 1$).

Resultados: No se observaron diferencias en edad ni en indicación clínica. La cohorte observacional presentó una enfermedad coronaria más difusa, con mayor prevalencia de diabetes e infarto previo, y necesidad de mayor número de *stents* (tabla). Pese a ello, en el contexto de una duración estándar de tratamiento antiagregante plaquetario la cohorte observacional no tuvo una mayor incidencia de eventos isquémicos a 12 meses (16% frente a 12%, $p = 0,103$).

Comparación de características basales entre la cohorte aleatorizada y la cohorte observacional

	Cohorte SENIOR ($n = 596$)	Cohorte observacional ($n = 343$)	Diferencia, IC95%	p
Características basales				
Edad	81,4 $\pm$ 4,3	81,0 $\pm$ 4,1	-1,0 a + 0,2	0,163
Sexo masculino (%)	368 (62)	218 (64)	-5 a +8	0,589

Diabetes (%)	158 (27)	147 (43)	+10 a +23	0,001
Tabaquismo (%)	43 (7)	30 (9)	-2 a +6	0,328
Enfermedad renal (%)	104 (18)	67 (20)	-3 a +7	0,503
Insuficiencia cardiaca (%)	36 (6)	52 (15)	+5 a +14	0,001
IAM previo (%)	109 (18)	93 (27)	+3 a +15	0,005
Arteriopatía (%)	87 (15)	54 (16)	-4 a +6	0,752
Fibrilación auricular (%)	103 (17)	51 (15)	-3 a +7	0,479
Presentación clínica				
SCA (%)	274 (46)	170 (49)	-4 a +10	0,413
Acceso radial (%)	475 (80)	270 (79)	-4 a +7	0,778
Multivaso (%)	202 (34)	231 (67)	+26 a +39	0,001
Bifurcación (%)	144 (16)	72 (21)	0 a +11	0,066
<i>Stents</i> por paciente (%)	1,7 ± 1,0	2,4 ± 1,6	+0,5 a +0,9	0,001
Longitud total de <i>stents</i> (%)	32,6 ± 20,8	38,9 ± 29,5	+3,1 a +9,5	0,001

Conclusiones: La población de la práctica real mostró mayor complejidad clínica y anatómica que la del estudio aleatorizado. Por tanto, el empleo de estrategias cortas de tratamiento antiagregante plaquetario no debe ser contemplado como el estándar en población anciana tratada con SFA2G.