



4009-7. DURACIÓN ÓPTIMA DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE DOBLE TRAS REVASCULARIZACIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA CON *STENT*

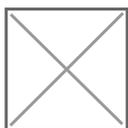
Jesús Gabriel Sánchez Ramos¹, Pablo Toledo Frías¹, Susana Martínez Huertas¹, Francisco Burillo Gómez¹, Cristina Lucía Dávila Fajardo², Xando Díaz Villamarin², M. Pilar Martín de la Fuente¹ y Concepción Correa Vilches¹ del ¹Servicio de Cardiología y ²Servicio de Farmacia, Hospital Clínico San Cecilio, Granada.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con cardiopatía isquémica revascularizados con *stents* son más propensos a desarrollar eventos cardiovasculares a largo plazo. El tratamiento antiplaquetario doble se considera el óptimo aunque persiste la incertidumbre sobre la duración apropiada del mismo. El objetivo de este estudio fue medir el beneficio y riesgo de prolongar el tratamiento antiagregante doble (TAD) después del año tras la implantación del *stent*.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo que analiza pacientes consecutivos tras revascularización percutánea con *stent*. Los pacientes fueron agrupados según la duración del tratamiento antiagregante en dos grupos: grupo 1 con TAD durante el primer año y grupo 2 superior al año. El objetivo primario fue el compuesto de muerte cardiovascular, infarto no mortal o ictus. El objetivo de seguridad fueron las hemorragias TIMI mayores o menores.

Resultados: Se incluyeron 402 pacientes (237 tratados con *stent* recubierto y 165 con *stent* convencional), el 85% con síndrome coronario agudo y el 93% en tratamiento con clopidogrel. En el grupo 1 con 267 pacientes la mediana de TAD fue 12 meses, mientras en el grupo 2 con 135 pacientes la mediana de TAD fue 25 meses. Las características clínicas fueron similares entre los dos grupos salvo una mayor proporción de *stent* recubierto y longitud de *stent* en el grupo 2 (tabla). No hubo diferencias en el objetivo primario entre ambos grupos (19,1% frente a 14,8%, p 0,18), ni en la tasa de hemorragias (7,2% frente a 5,9%, p 0,308). Sin embargo, aquellos que completaron 2 o más años de TAD tuvieron una tendencia a presentar menos eventos primarios (HR 0,58, IC95% 0,29-1,10, p 0,09) (fig.) sin aumento del riesgo de hemorragia (HR 0,7149, IC95% 0,27-1,86, p 0,493).



Función de supervivencia con TAD menor o mayor de 2 años.

Características basales

Grupo 1 (? 1 año) (n = 267)

Grupo 2 (> 1 año) (n = 135)

Edad (media \pm DE)	64,5 \pm 11	64,8 \pm 11	0,7
Sexo mujer (n, %)	66 (24,7)	23 (17)	0,1
Tabaquismo (n, %)	77 (28,8)	30 (22)	0,1
Diabetes (n, %)	105 (39,3)	45 (33,3)	0,2
Hipertensión (n, %)	168 (62,9)	90 (66,3)	0,4
Hipercolesterol (n, %)	160 (59,9)	69 (51,1)	0,1
ICP previa	13 (4,9)	13 (9,6)	0,1
SCA (n, %)	228(84,5)	115(84,2)	0,9
FEVI (%)	55,7 \pm 9,9	54,7 \pm 10	0,3
Enf 2 o más vasos (n, %)	136 (52)	79 (60)	0,1
Rev. Completa (n, %)	180 (67,4)	85(63)	0,6
Nº <i>stent</i>	1,9 \pm 1,1	2,1 \pm 1,1	0,1
mm de <i>stent</i>	35 \pm 23	41 \pm 27	0,0
Recubiertos (n, %)	146 (61)	91(38)	0,0

SCA síndrome coronario agudo. ICP intervención coronaria percutánea. FEVI fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

Conclusiones: En nuestra cohorte, el TAD por encima del año de tratamiento no resultó beneficiosa salvo cuando se prolonga por encima de los dos años, y no se acompaña de un aumento del riesgo de hemorragias.