Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 1144

Revista Española de Cardiología

6035-491. *STENT* FARMACOACTIVO SIN POLÍMERO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST: PERFIL CLÍNICO Y DE SEGURIDAD A LARGO PLAZO

Verónica Vidal Urrutia[1], Joana Melero Lloret[2], Joan Vañó Bodí[1], Juan Vicente Vilar Herrero[1], Alberto Berenguer Jofresa[1], Darío Sanmiguel Cervera[1], Andrés Cubillos Arango[1], Pablo Almela Alcaide[1], Lorenzo Fácila Rubio[1], Salvador Morell Cabedo[1] y Eva Rúmiz González[1], del [1]Servicio de Cardiología, Consorcio Hospital General Universitario, Valencia y [2]Hospital General de Castellón, Castellón.

Resumen

Introducción y objetivos: El *stent* farmacoactivo sin polímero (SFSP) ha demostrado ser seguro y eficaz con pautas cortas de doble antiagregación en comparación con el *stent* convencional. Sin embargo, apenas existe evidencia de su comportamiento en un escenario de alto riesgo protrombótico como el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST). Nuestro objetivo fue analizar el perfil clínico y la aparición de eventos a largo plazo en pacientes sometidos a angioplastia primaria (AP) e implante de SFSP.

Métodos: Analizamos de forma retrospectiva todos los pacientes sometidos a AP e implante de SFSP desde diciembre de 2015 hasta diciembre de 2017. Se recogieron las características basales y angiográficas. Se estudió el riesgo hemorrágico mediante la escala de riesgo Crusade y se evaluó la indicación principal para su implante. Diferenciamos 5 posibles causas para la elección de un SFSP: decisión del operador, necesidad de tratamiento anticoagulante, alto riesgo hemorrágico, necesidad de cirugía inminente y sospecha de falta de adherencia al tratamiento. Se analizaron los eventos durante el seguimiento así como la pauta de antiagregación elegida y su cumplimentación.

Resultados: Se analizaron 104 pacientes sometidos a AP e implante de SFSP. La edad media fue de 68,8 ± 14 años, con una puntuación de riesgo Crusade de 39,2 ± 13. El principal motivo de implante de un SFSP fue decisión del operador (66,67%), seguido de la necesidad de tratamiento anticoagulante (11,11%) y de alto riesgo hemorrágico (10,1%). La necesidad de cirugía programada inminente fue la indicación menos frecuente (5%). El 84,9% completó el tratamiento con doble antiagregación 12 meses, el 4,6% mantuvo la doble antiagregación 6 meses y el 10,5% durante 1 mes. Durante una mediana de seguimiento de 346 días (rango intercuartílico: 153-513), 1 (0,96%) paciente sufrió una trombosis aguda del *stent* y 6 (5,7%) pacientes fallecieron por causa cardiaca. No se produjo ningún evento hemorrágico mayor durante el seguimiento y tampoco se observó ninguna restenosis clínica.

Conclusiones: El implante de un SFSP en el SCACEST parece una opción segura y eficaz, incluso con pautas cortas de doble antiagregación en una población real de alto riesgo hemorrágico. Además, permite el implante de un *stent* farmacoactivo en diferentes situaciones donde se sospeche la no cumplimentación del tratamiento antiagregante elegido.