Rev Esp Cardiol. 2019;72(Supl 1): 768

Revista Española de Cardiología

6021-233. ESTRATEGIA DE PROLONGACIÓN DE LA DOBLE ANTIAGREGACIÓN EN PACIENTES CON IMPLANTE SUBÓPTIMO DE *STENTS* CORONARIOS BIOABSORBIBLES LIBERADORES DE EVEROLIMUS

Jean Carlos Núñez García[1], Nicolás Maneiro Melón[2], Frank Sliwinski Herrera[2], Iván Gómez Blázquez[2], Julio García Tejada[2], Maite Velázquez Martín[2], Agustín Albarrán González-Trevilla[2] y Fernando Sarnago Cebada[2], del [1]Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca y [2]Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Algunos estudios y recomendaciones de expertos sugieren un incierto beneficio de la prolongación de la doble antiagregación (TAPD-P) en pacientes con *stents* coronarios bioabsorbibles liberadores de everolimus (BVS). Ante la falta de evidencia, el aumento del riesgo hemorrágico convirtió la TAPD-P en un tratamiento controvertido. Estudios han identificado los implantes con técnica subóptima como de mayor riesgo de trombosis del *stent* (TS) BVS, por lo tanto un grupo con posible mayor beneficio de TAPD-P. Nuestro objetivo es investigar el potencial beneficio del uso de TAPD-P en pacientes con implante subóptimo de BVS así como la incidencia de eventos hemorrágicos.

Métodos: Debido a la mayor incidencia de trombosis con BVS, se estableció un protocolo de TAPD-P hasta 3 años posimplante en aquellos que no se realizó implante óptimo según la técnica PSP (*Predilation, Sizing, Postdilation*) en el periodo octubre/2015-marzo/2017. El médico tratante decidía TAPD-P o no TAPD-P en función del riesgo hemorrágico (HAS-BLED ? 3 e historia de sangrado) y preferencias del paciente. Se analizaron las características basales, variables del implante y se siguió prospectivamente la incidencia de TS y eventos hemorrágicos de 1-3 años posimplante.

Resultados: En el periodo de estudio se implantaron 164 BVS en 140 pacientes, identificándose implante subóptimo en 85 (edad media 54 ± 10 años, 75% varones), siendo la predilatación subóptima el fallo de técnica más frecuente (61/85). Se instauró TAPD-P en el 35%, principalmente ticagrelor 60 mg (73%). No se objetivaron diferencias significativas en edad, FRCV, enfermedad coronaria/IAM previos ni disfunción ventricular (p = NS). El riesgo hemorrágico fue similar (HAS-BLED 1,63 ± 0,72 frente a 1,60 ± 0,78, p = 0,85) y el uso de imagen intracoronaria fue menos frecuente en el grupo TAPD-P (3 frente a 25%, p = 0,01), no encontrándose otras diferencias en variables relacionadas con la técnica o anatomía coronaria. En el periodo de estudio se objetivaron 2 TS, ambas en el grupo noDAPT-P (p = 0,291) y presentadas como IAMCEST con tiempo medio hasta el evento de 647 días (492-801). No se registraron sangrados mayores aunque sí una mayor incidencia de sangrado menor en el grupo TAPD-P (10 frente a 0%, p = 0,017) que en ningún caso implicó la suspensión de la TAPD-P.

Conclusiones: En nuestra experiencia, en pacientes con implante subóptimo de BVS y bajo riesgo hemorrágico, la TAPD-P pareció ser segura y efectiva.