



5014-2. RESULTADOS A 1 AÑO DEL TRATAMIENTO CON *STENT* BIOACTIVO FRENTE A *STENT* FARMACOACTIVO EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA

Juan Gabriel Córdoba Soriano¹, Antonio Gutiérrez-Díez¹, Julio Núñez², Bruno García³, Rafael Romaguera Torres⁴, Juan Francisco Oteo Domínguez⁵, Ignacio J. Amat Santos⁶, Víctor Alfonso Jiménez Díaz⁷, Arsenio Gallardo López¹, Fernando Lozano Ruiz-Poveda⁸, Juan José Portero Portaz¹, Alicia Prieto Lobato¹, Miguel Jérez Valero⁹, Pascual Baello Monge¹⁰ y Jesús María Jiménez Mazuecos¹

¹Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, ²Hospital Clínico Universitario de Valencia, ³Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, ⁴Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, ⁵Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, ⁶Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR), Valladolid, ⁷Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, ⁸Hospital General Universitario de Ciudad Real, ⁹Hospital de Manises, Valencia y ¹⁰Hospital General de Castellón, Castelló de la Plana, Castellón.

Resumen

Introducción y objetivos: Los *stents* bioactivos recubiertos de óxido nítrico de titanio (BAS) pueden manejarse con pautas cortas de antiagregación y han demostrado un comportamiento cercano a los *stents* farmacoactivos (SFA) en cuanto reestenosis. Estos dispositivos pueden ser de utilidad en pacientes de edad avanzada, dado su frecuente mayor riesgo hemorrágico.

Métodos: Estudio de cohortes ambispectivo y multicéntrico con seguimiento a un año, de pacientes de 75 o más años tratados por enfermedad coronaria estable o síndrome coronario agudo (SCA), con un BAS o con SFA de última generación. Se comparó el fallo de la lesión tratada (TLF: muerte de causa cardiaca, 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 todas las causas, infarto agudo de miocardio no mortal, ictus o necesidad de nueva revascularización) así como las hemorragias BARC, mediante un análisis de pacientes emparejados por covariables de propensión.

Resultados: Entre enero de 2015 y diciembre de 2017 se incluyeron 1.000 pacientes. La edad media superó los 80 años y se trataba de pacientes con elevada comorbilidad (índice de comorbilidad $1,5 \pm 1$), alto riesgo hemorrágico (70%) y en alto porcentaje DM (40%) o con IRC (45%). El 80% fueron tratados por SCA. Tras el emparejamiento, el tamaño muestral se redujo a 652 pacientes (326 en cada grupo). No se hallaron diferencias para ninguno de los objetivos combinados; TLF: 10,4 vs 11% (HR 0,96 (IC95%, 0,36-1,7; $p = 0,87$)) y MACE: 16,3 vs 17,2% (HR 0,98 (IC95%; 0,3-1,5, $p = 0,93$)). Los pacientes tratados con BAS presentaron mayor necesidad de nueva revascularización (3,4 vs 0,9%, HR 3,7 (IC95%, 1,06-13; $p = 0,04$)). Estos últimos recibieron una pauta de antiagregación más corta (DTAP a 1 año 25,7 vs 70,6%, $p = 0,0001$) y presentaron menor incidencia de hemorragias BARC 3-5 (3,7 vs 11,7%, HR 0,3 (IC95% 0,16-0,6, $p = 0,001$)), sin aumento significativo de trombosis de *stent* (1,8 vs 0,3%, HR 6 (IC95% 0,7-50; $p = 0,12$)).



Coobjetivos combinados principales del estudio.

Conclusiones: La utilización de BAS en pacientes de edad avanzada presenta similares resultados en cuanto a eficacia global respecto a los SFA. Su utilización indujo a reducción en la duración de la terapia antiagregante doble y a una reducción de hemorragias.