



## 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<sup>1</sup>, Nicolás Maneiro Melón<sup>2</sup>, Frank Sliwinski Herrera<sup>2</sup>, Iván Gómez Blázquez<sup>2</sup>, Julio García Tejada<sup>2</sup>, Maite Velázquez Martín<sup>2</sup>, Agustín Albarrán González-Trevilla<sup>2</sup> y Fernando Sarnago Cebada<sup>2</sup>, del <sup>1</sup>Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca y <sup>2</sup>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  $\geq 3$  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  $54 \pm 10$  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 ( $p = \text{NS}$ ). El riesgo hemorrágico fue similar (HAS-BLED  $1,63 \pm 0,72$  frente a  $1,60 \pm 0,78$ ,  $p = 0,85$ ) 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 noTAPD-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.