



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

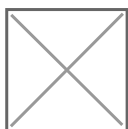
Jesús Gabriel Sánchez Ramos<sup>1</sup>, Pablo Toledo Frías<sup>1</sup>, Susana Martínez Huertas<sup>1</sup>, Francisco Burillo Gómez<sup>1</sup>, Cristina Lucía Dávila Fajardo<sup>2</sup>, Xando Díaz Villamarín<sup>2</sup>, M. Pilar Martín de la Fuente<sup>1</sup> y Concepción Correa Vilches<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Servicio de Cardiología y <sup>2</sup>Servicio 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 percutanea. 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 acompañó de un aumento del riesgo de hemorragias.