



5029-2. STENTS FARMACOACTIVOS FRENTE A METÁLICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA, ANÁLISIS DE UN REGISTRO DE 8 AÑOS (REGISTRO CARDIO-CHUS-IAMEST)

Alfredo Redondo Diéguez, Ana Belén Cid Álvarez, Ramiro Trillo Nouche, Juan Carlos Sanmartín Pena, Carlos Galvão Braga, Diego López Otero, Alejandro Ávila Carrillo y José Ramón González Juanatey del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela (A Coruña).

Resumen

Introducción y objetivos: Estudios recientes han cuestionado el beneficio de los *stents* farmacoactivos (SFA) sobre *stents* metálicos (SM). La evidencia del beneficio pronóstico a largo plazo de SFA es limitada, especialmente en el contexto de la angioplastia primaria. El objetivo de este estudio fue comparar el impacto pronóstico a largo plazo de la implantación de SFA frente a SM en pacientes del mundo real sometidos a angioplastia primaria.

Métodos: Se trata de un estudio de cohortes retrospectivo que incluyó 15.03 pacientes consecutivos ingresados con diagnóstico de IAMCEST que se sometieron a ICP primaria entre enero de 2008 y diciembre de 2015. 146 pacientes fueron excluidos al no recibir ningún *stent*. Mediante un análisis de puntuación de propensión se obtuvieron 2 grupos de 262 pacientes emparejados según la implantación de SFA o SM. Ambos grupos estaban bien equilibrados con respecto a características basales (edad, sexo, índice de masa corporal, hipertensión, diabetes, dislipemia, tabaco, cardiopatía isquémica) datos clínicos (clase de Killip, frecuencia cardíaca, presión arterial sistólica, puntuación GRACE, puntaje CRUSADE), datos anatómicos y del procedimiento (arteria relacionada con el infarto, número de vasos enfermos, número de lesiones tratadas, número de *stents* implantados, diámetro y longitud del *stent*) y medicación al alta (tabla).

Resultados: Durante el seguimiento (mediana de 1015 días) los pacientes que recibieron SFA tuvieron tasas más bajas de mortalidad por todas las causas (6,5 frente a 12,2%, p 0,049), MACE (16,4 frente a 25,2%, p 0,049) y en el objetivo combinado orientado al paciente (POCE) de muerte por cualquier causa, infarto de miocardio y cualquier revascularización en el seguimiento (12,6 frente a 22,5%, p 0,017) (figura). No se observaron diferencias en la trombosis definitiva del *stent*.



Cohorte total

Cohorte Matcheada

SM

SLF

p

SM

SLF

p

Edad (años)	65 ± 14	62 ± 12	0,001	62 ± 14	63 ± 12	0,847
Sexo varón	77%	82%	0,037	81%	81%	0,911
Hipertensión	48,30%	49,50%	0,707	50,80%	49,60%	0,794
Diabetes	20%	29%	0,001	26%	25%	0,764
Dislipemia	47%	54%	0,012	51%	52%	0,862
TFG (ml/min)	83 ± 37	97 ± 38	0,001	96 ± 44	93 ± 35	0,378
Hemoglobina (g/dL)	14,3 ± 1,8	14,6 ± 2,9	0,018	12,4 ± 1,6	14,4 ± 1,7	0,86
Escala GRACE	162 ± 46	158 ± 78	0,432	152 ± 40	153 ± 41	0,785
Escala CRUSADE	27 ± 18	22 ± 14	0,001	21 ± 14	22 ± 13	0,581
Arteria responsable del infarto						
LAD	41%	43%		41%	38,20%	
CX	15%	19%	0,033	17%	20,20%	0,13
CD	43,20%	36,40%		42%	39,·%	
Longitud del <i>stent</i> (mm)	25,6 ± 13,5	28,3 ± 15,4	0,003	26,2 ± 15,1	26,5 ± 13,9	0,821
Diámetro del <i>stent</i> (mm)	3,2 ± 0,5	3,1 ± 0,5	0,001	3,2 ± 0,5	3,2 ± 0,5	0,482
Inhibidor P2Y						
Clopidogrel	88,20%	59,60%	0,001	69,10%	73,30%	0,126
Prasugrel	5,19%	15,10%		11,50%	13,70%	

Ticagrelor	5,74%	24,70%	19,50%	12,60%
------------	-------	--------	--------	--------

Conclusiones: En nuestro registro, en una población del mundo real de pacientes sometidos a angioplastia primaria, el uso de SFA sobre SM proporciona beneficios en términos de menor mortalidad a largo plazo, MACE y POCE; y es seguro en términos de trombosis definitiva del *stent*.