



## 6002-42. PACIENTES CON SCASEST TRATADOS CON STENT CAPTURADOR DE CÉLULAS PROGENITORAS ENDOTELIALES (EPCC): COMPARACIÓN DEL PERFIL CLÍNICO Y PRONÓSTICO EN FUNCIÓN DEL RIESGO HEMORRÁGICO BASAL

Ignacio Jesús Amat Santos, Maximiliano G. Amado, Alberto Campo, María Gracia Sandín, Itziar Gómez, Hipólito Gutiérrez, Federico Gimeno de Carlos y José Alberto San Román Calvar del Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR), Valladolid.

### Resumen

**Antecedentes:** Los EPCC-stents han sido diseñados para promover una rápida endotelización con régimen breve de doble antiagregación. Por su teórica menor tasa de reestenosis y trombosis que los stents convencionales, están indicados en pacientes (P) con alto riesgo de reestenosis en los que existe predisposición hemorrágica importante o se prevee una cirugía dentro del siguiente año.

**Objetivos:** Comparar el perfil clínico y pronóstico de los pacientes con y sin alto riesgo de sangrado que sufrieron un SCASEST y fueron tratados con EPCC-stent.

**Métodos:** 116 P consecutivos diagnosticados de SCASEST tratados con EPCC-Stent entre mayo/2007 y julio/2009 fueron analizados. El seguimiento fue de 27 meses (IQR: 19-35). A todos se les realizó intervención coronaria percutánea (ICP) en las primeras 72 horas y recibieron terapia antiagregante durante 1 mes salvo dos casos con suspensión precoz por hemorragia. El grupo de alto riesgo de sangrado (53.4%) se definió como CRUSADE Bleeding Score (CBS) > 41 o hemorragia mayor en el último año. El otro grupo (46.6%) incluyó P con: posible cirugía cardíaca temprana (7.8%), o no cardíaca (15.5%) o bien por elección del hemodinamista (23.3%).

**Resultados:** Los P con alto riesgo de sangrado fueron: de más edad  $80 \pm 4$  vs  $62 \pm 10$ ,  $p < 0,001$ , más mujeres 40 vs 22%,  $p 0,16$ , más diabéticos 42 vs 35%,  $p 0,30$ . Su CBS fue  $38 \pm 11$  vs  $8 \pm 9$ ,  $p < 0,001$ . Tuvieron mayor riesgo de eventos isquémicos (GRACE score para muerte intrahospitalaria  $3 \pm 1$  vs  $2 \pm 1$ ,  $p < 0,001$  y para infarto agudo de miocardio (IAM) y muerte  $18 \pm 5$  vs  $15 \pm 4$ ,  $p < 0,001$ ). Encontramos más enfermedad multivaso (76 vs 68%,  $p 0,04$ ), con revascularización completa en 53 vs 66%,  $p 0,16$ . Tuvieron mayor incidencia de nuevo IAM tras ICP durante la estancia hospitalaria (8 vs 0%,  $p 0,06$ ), con una tasa de mortalidad intrahospitalaria similar 1,6 vs 1,9%,  $p 0,09$ . En el seguimiento, la mortalidad global fue de 13 vs 7%,  $p 0,15$ . No hubo diferencias en tasa de hemorragias. La trombosis aguda intrastent se asoció con hemorragia intrahospitalaria: 50 vs 0,9%,  $p 0,003$ .

**Conclusiones:** En nuestro grupo hubo un alto porcentaje de P (23,3%) tratados con EPCC-Stent sin contraindicación estricta de stents recubiertos de fármacos. El grupo con alto riesgo de sangrado fue también el de mayor riesgo isquémico y tuvo enfermedad coronaria más severa sin diferencias significativas en eventos cardiovasculares al seguimiento.