



6026-307. USO PREFERENTE DE *STENTS* CONVENCIONALES SOBRE *STENTS* LIBERADORES DE FÁRMACO EN EL INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO PRIMARIO

Alberto Núñez García, Javier Botas Rodríguez, Luis Antonio Inga Ayac, Roberto del Castillo Medina, Lorenzo Hernando Marrupe, Adriana de la Rosa Riestra, Javier Alonso Bello y Maher Chichakli Cella de la Fundación Hospital Alcorcón (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: Los SLF han demostrado reducir el riesgo de revascularización de la lesión diana en el intervencionismo coronario percutáneo primario (ICPP) aunque sin beneficio sobre la mortalidad. Por ello son recomendados como primera elección por la ESC. El contexto económico actual, hace que sea fundamental una adecuada selección de los pacientes que se benefician del implante de un SLF. Nuestro objetivo es evaluar la evolución clínica de pacientes sometidos a ICPP bajo una estrategia de uso preferencial de SC sobre SLF.

Métodos: Analizamos retrospectivamente 283 pacientes consecutivos con IAMCEST tratados en nuestro hospital con ICPP entre 2007 y 2013. El protocolo local recomienda el uso de SC por defecto, aunque se acepta el uso de SLF en caso de riesgo alto de restenosis. Los pacientes fueron encuadrados en 3 grupos: 1) SC en lesiones sin riesgo alto de restenosis (n = 112, 39,5%), 2) SC en lesiones con alto riesgo (n = 123, 43,5%) y 3) Implante de SLF (n = 48, 17%). El seguimiento se completó en el 99,3% de los pacientes con una media de 31 ± 19 meses.

Resultados: Los pacientes de los grupos 2 y 3 tenían una mayor prevalencia de diabetes y los del grupo 3 una prevalencia mayor de infarto de miocardio previo. Los pacientes tratados con SC (grupos 1 y 2) tuvieron una incidencia de revascularización de la lesión diana del 6,8 frente a el 4,2% del grupo 3 (p = 0,4). Aunque el precio de los *stents* varía, en nuestro entorno, se puede estimar que para un SC es de unos 500 euros y para un SLF de 1.000. El coste de la estrategia recomendada por la ESC, sería de unos 283.000 euros en lugar de los 165.500 calculados para nuestra serie (ahorro de 117.500 euros, 41%). Incluso si solo los pacientes con bajo riesgo de restenosis (grupo 1) hubieran sido tratados con SC el coste habría sido de 227.000 (ahorro de 56.000 euros, 19,7%). El uso de SLF en este grupo de bajo riesgo podría haber reducido la incidencia de revascularización pero la baja tasa de eventos observada sugiere que la estrategia podría no ser coste-efectiva.

Resultados clínicos					
	Total n (%)	Grupo 1 n (%)	Grupo 2 n (%)	Grupo 3 n (%)	p
Muerte	40 (14,2)	10 (9)	20 (16,4)	10 (20,8)	0,09

Infarto de miocardio	14 (5)	3 (2,7)	9 (7,3)	2 (4,2)	0,26
Revascularización lesión diana	18 (6,4)	3(2,7)	13(10,7)	2 (4,2)	0,03
Ictus	10 (3,6)	3(2,7)	4 (3,3)	3 (6,3)	0,52

Conclusiones: En pacientes sometidos a ICPP, una estrategia de uso preferencial de SC mostró excelentes resultados clínicos y conllevó una importante reducción del gasto. En el momento actual el uso de estrategias coste-efectivas es de suma importancia por lo que el uso de SC en el ICPP debería ser considerado al menos en pacientes con bajo riesgo de restenosis.