Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 213

Revista Española de Cardiología

6010-11. *STENT* BIOACTIVO FRENTE A *STENT* FARMACOACTIVO EN PACIENTES DIABÉTICOS DE EDAD AVANZADA

Juan Gabriel Córdoba Soriano[1], Antonio Gutiérrez-Díez[1], Julio Núñez Villota[2], Bruno García[3], Rafael Romaguera Torres[4], Juan Francisco Oteo Domínguez[5], Ignacio J. Amat Santos[6], Arsenio Gallardo López[1], Víctor Alfonso Jiménez Díaz[7], Alicia Prieto Lobato[1], Fernando Lozano Ruiz-Póveda[8], Juan José Portero Portaz[1], Miguel Jérez Valero[9], Pascual Baello Monge[10] y Jesús María Jiménez Mazuecos[1]

[1]Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, [2]Hospital Clínico Universitario de Valencia, [3]Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, [4]Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, [5]Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, [6]Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR), Valladolid, [7]Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, [8]Hospital General Universitario de Ciudad Real, [9] Hospital de Manises, Valencia y [10]Hospital General de Castellón, Castelló de la Plana.

Resumen

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus (DM) conlleva un mayor riesgo de necesidad de nueva revascularización tras el intervencionismo coronario percutáneo, independientemente del tipo de *stent* utilizado. Los *stents* farmacoactivos (SFA) de última generación son los que mejores resultados han demostrado en este escenario clínico, sin embargo, la necesidad de una terapia antiplaquetaria más prolongada puede conllevar un aumento de complicaciones hemorrágicas en poblaciones más vulnerables a ello como los ancianos.

Métodos: Estudio de cohortes ambispectivo y multicéntrico con seguimiento a un año, de pacientes diabéticos de 75 o más años tratados por enfermedad coronaria estable o síndrome coronario agudo (SCA), con un *stent* bioactivo recubierto de óxido nítrico de titanio (BAS) o con SFA de última generación. Se comparó el fallo de la lesión tratada (TLF: muerte de causa cardiaca, infarto relacionado con el vaso tratado no mortal o necesidad de nueva revascularización de la lesión tratada guiada por clínica) y los eventos adversos cardiovasculares mayores (MACE: muerte por todas las causas, infarto agudo de miocardio no mortal, ictus o necesidad de nueva revascularización) así como las hemorragias BARC.

Resultados: En total 396 pacientes (BAS 172 vs SFA 224) fueron incluidos. La edad media superó los 80 años y se trataba de pacientes con elevada comorbilidad (índice de comorbilidad 1,5 ± 1), alto riesgo hemorrágico (70%) y en alto porcentaje con IRC (45%). El 80% fueron tratados por SCA; El objetivo TLF se presentó en el 17,4% del grupo BAS vs 14,3% grupo SFA (HR 1,4, IC95%, 0,84-2,3; p = 0,2) y el objetivo MACE: 27,9 vs 21% (HR 1,5, IC95%; 1-2,3, p = 0,04). Los pacientes tratados con BAS presentaron mayor mortalidad global (19,8 vs 10,3%, HR 2,1, IC95%, 1,2-3,6; p = 0,005) fundamentalmente debido a causa cardiovascular, a pesar de recibir pautas más cortas de antiagregación y presentar menos hemorragias BARC 3-5 (4,7 vs 13,8%, HR 0,4, IC95% 0,16-0,8, p = 0,001). Se observaron 5 trombosis de *stent* en el grupo BAS vs 3 en el grupo tratado con SFA (2,9 vs 1,3%).

Conclusiones: Los pacientes diabéticos de edad avanzada tratados con BAS, reciben pautas más cortas de doble antiagregación y presentan menos sangrados. A pesar de ello, estos pacientes presentaron mayor mortalidad global y mayor tasa de MACE que aquellos tratados con SFA de última generación.