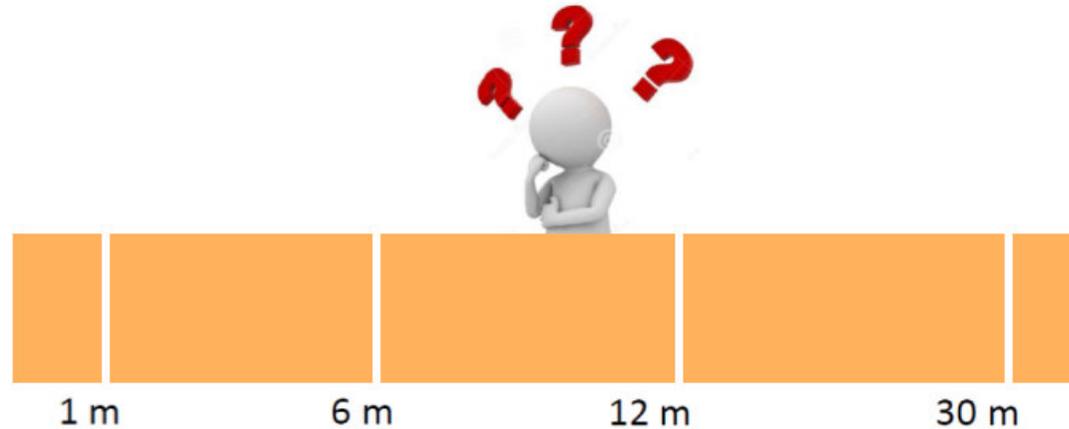


Importancia del stent en el paciente de alto riesgo hemorrágico.

The Leaders-Free Trial.

Dr Juan Miguel Ruiz Nodar
Hemodinámica. Servicio de Cardiología
Hospital General Universitario de Alicante

Duración óptima de la DAP



Corto

Riesgo isquémico

Trombosis de stent
Recurrencia del SCA



Largo

Riesgo hemorrágico

Eventos hemorrágicos

Duración de la DAP

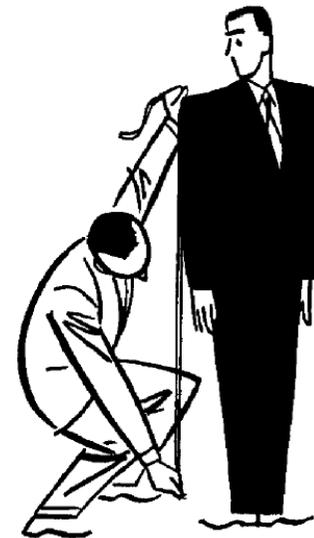
¿Para el paciente tratado con DES?

→ Prevención de la trombosis del stent



¿Para el paciente?

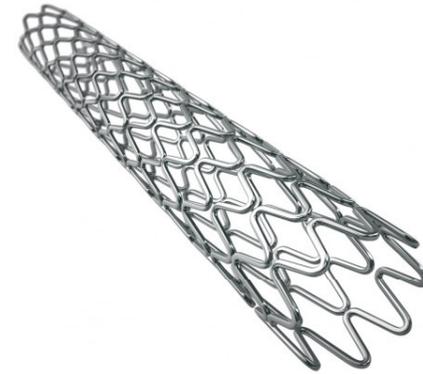
→ Prevención de nuevos eventos isquémicos



Las 2 grandes cuestiones.....



1. Si tengo que acortar la DAP:
¿Qué tipo de stent?



2. Alto riesgo hemorrágico:
¿DAP prolongada o acortada?



LEADERS-FREE

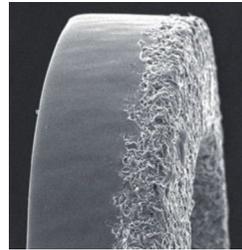
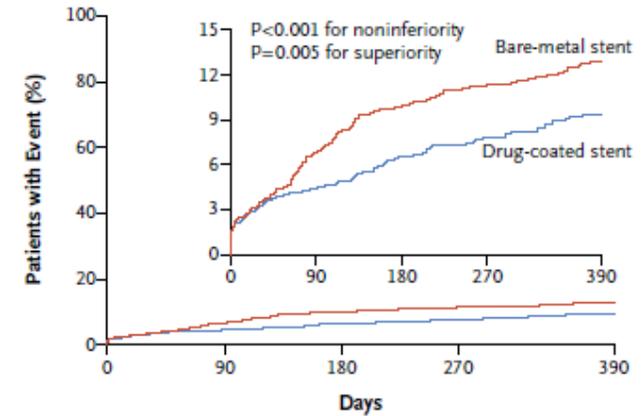


Table 2. Primary and Secondary End Points.*

End Point	Drug-Coated Stent (N=1221)	Bare-Metal Stent (N=1211)	Hazard Ratio (95% CI)	P Value
<i>no. of events (% of patients)</i>				
Primary safety end point: cardiac death, myocardial infarction, or stent thrombosis	112 (9.4)	154 (12.9)	0.71 (0.56–0.91)	0.005†
Primary efficacy end point: clinically driven TLR	59 (5.1)	113 (9.8)	0.50 (0.37–0.69)	<0.001
Death				
From any cause	97 (8.0)	108 (9.0)	0.89 (0.67–1.17)	0.39
From cardiac causes	50 (4.2)	63 (5.3)	0.78 (0.54–1.14)	0.20
Myocardial infarction‡				
Any	72 (6.1)	104 (8.9)	0.68 (0.50–0.91)	0.01
Q-wave infarction	6 (0.5)	7 (0.6)	0.85 (0.29–2.53)	0.77
Non-Q-wave infarction	57 (4.8)	80 (6.9)	0.70 (0.50–0.98)	0.04
Undetermined type	10 (0.8)	25 (2.1)	0.39 (0.19–0.82)	0.01
Stent thrombosis‡				
Definite or probable	24 (2.0)	26 (2.2)	0.91 (0.53–1.59)	0.75
Definite	16 (1.3)	17 (1.4)	0.93 (0.47–1.84)	0.84
Probable	8 (0.7)	9 (0.8)	0.88 (0.34–2.28)	0.80
Possible	25 (2.2)	27 (2.3)	0.91 (0.53–1.57)	0.74
Acute	5 (0.4)	5 (0.4)	0.99 (0.29–3.43)	0.99
Subacute	7 (0.6)	10 (0.8)	0.69 (0.26–1.82)	0.45
Early: acute + subacute	12 (1.0)	15 (1.2)	0.79 (0.37–1.70)	0.55
Late	13 (1.1)	11 (1.0)	1.17 (0.52–2.61)	0.70
Revascularization				
Urgent TLR	39 (3.3)	67 (5.8)	0.57 (0.38–0.84)	0.004
Any TLR	60 (5.1)	115 (10.0)	0.50 (0.37–0.68)	<0.001
Clinically driven TVR	66 (5.7)	121 (10.5)	0.52 (0.39–0.71)	<0.001

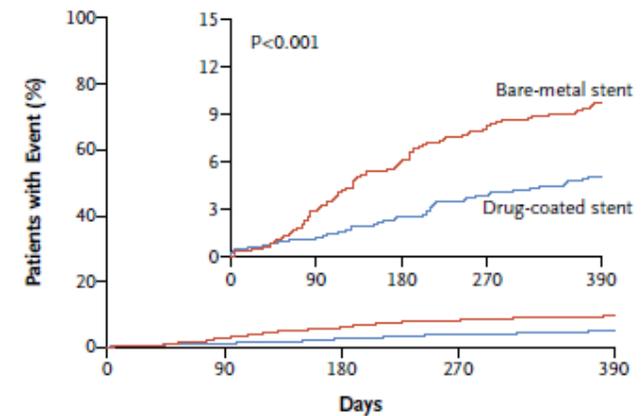
A Primary Safety End Point



No. at Risk

Drug-coated stent	1221	1146	1105	1081	1045
Bare-metal stent	1211	1115	1066	1037	1000

B Primary Efficacy End Point



No. at Risk

Drug-coated stent	1221	1167	1130	1098	1053
Bare-metal stent	1211	1131	1072	1034	984

Las 2 grandes cuestiones.....



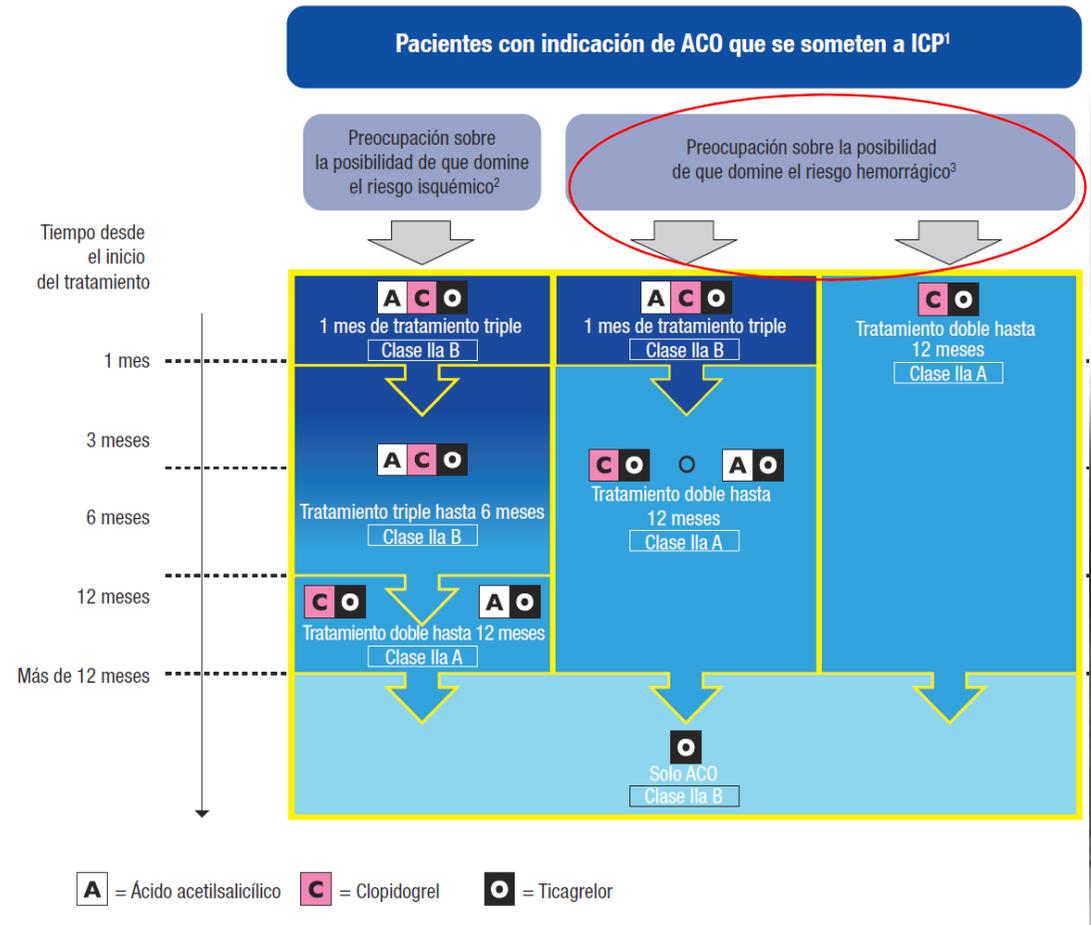
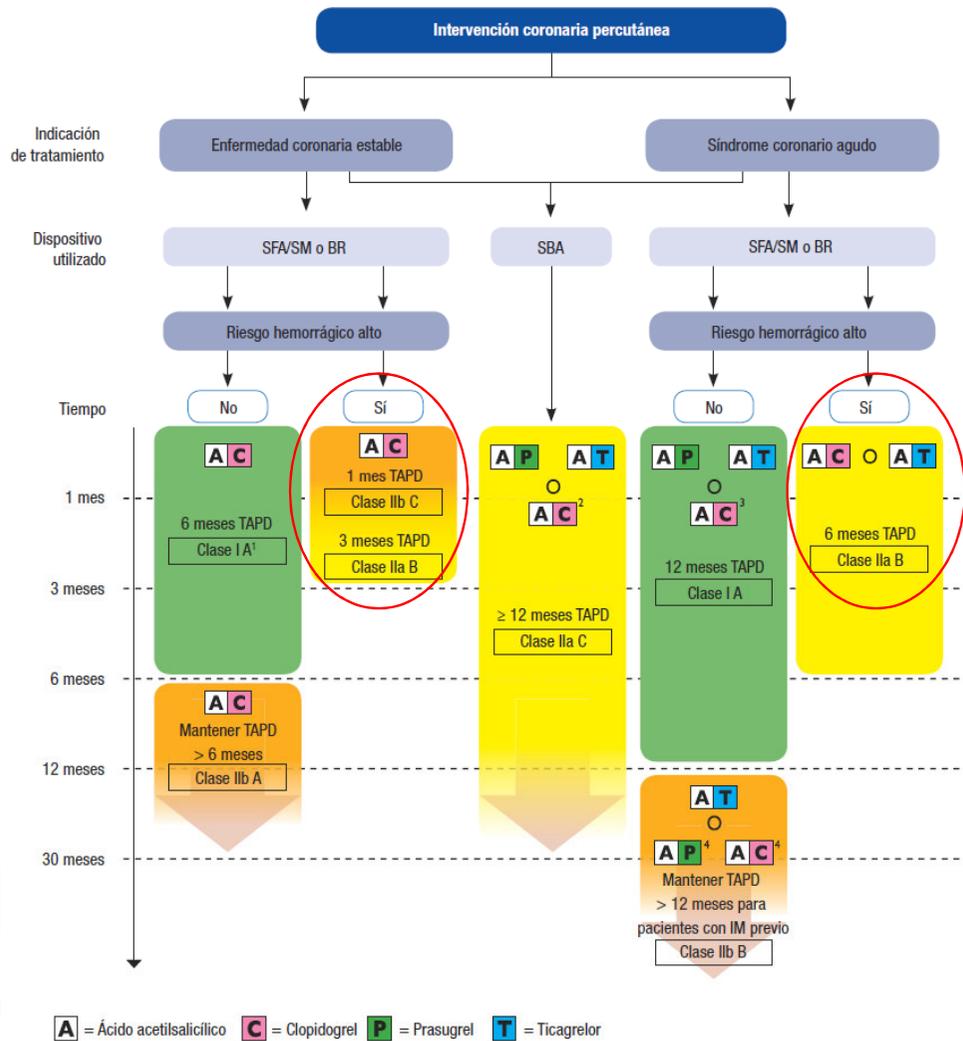
1. Si tengo que acortar la DAP:
¿Qué tipo de stent?



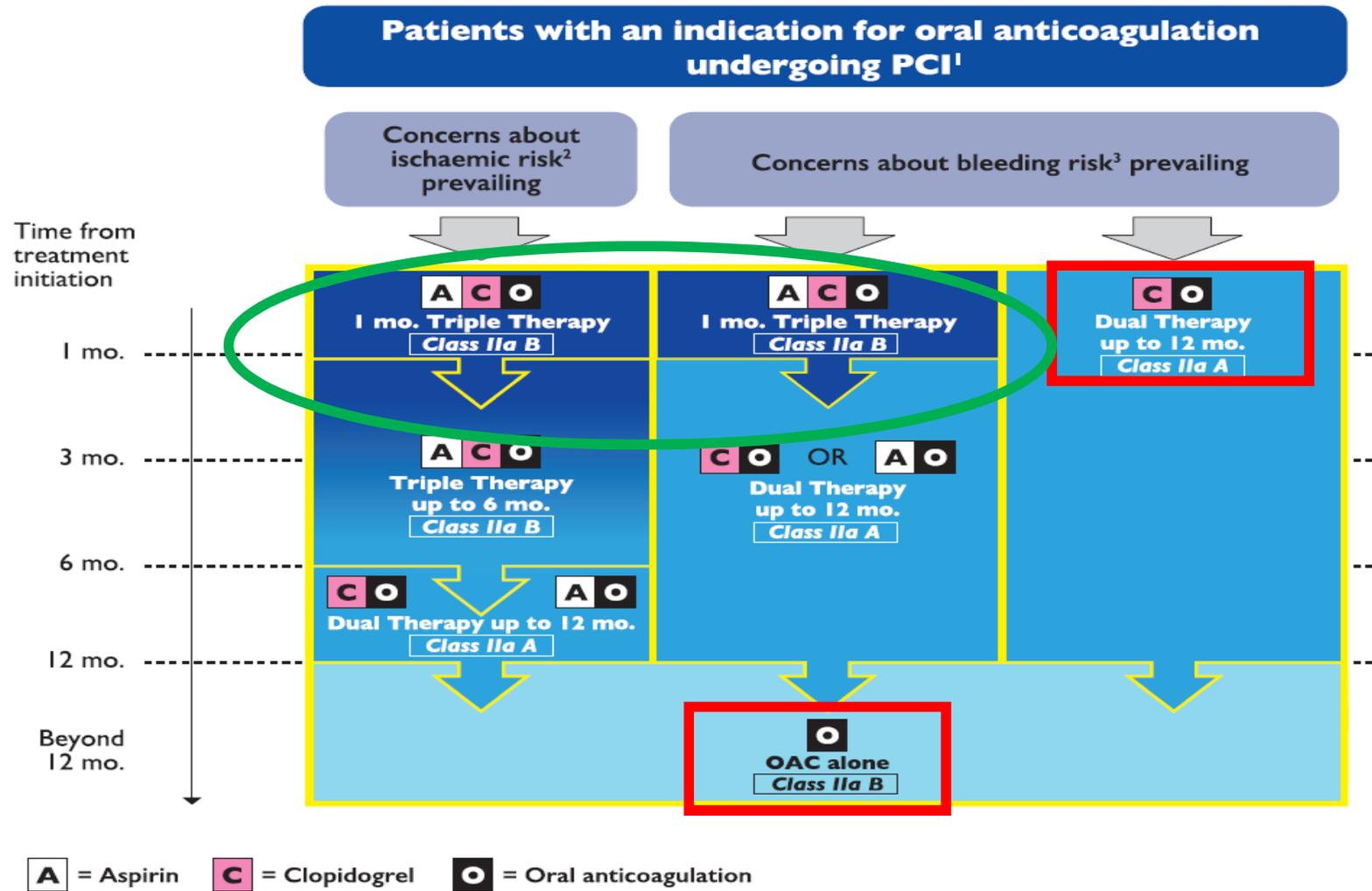
2. Alto riesgo hemorrágico:
¿DAP prolongada o acortada?



Guía europea DAP



¿Cuándo triple terapia y qué duración?



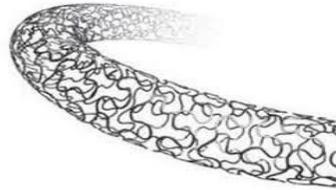


Table 5 High-risk features of stent-driven recurrent ischaemic events

- | |
|---|
| • Prior stent thrombosis on adequate antiplatelet therapy |
| • Stenting of the last remaining patent coronary artery |
| • Diffuse multivessel disease especially in diabetic patients |
| • Chronic kidney disease (i.e. creatinine clearance <60 mL/min) |
| • At least three stents implanted |
| • At least three lesions treated |
| • Bifurcation with two stents implanted |
| • Total stent length >60 mm |
| • Treatment of a chronic total occlusion |

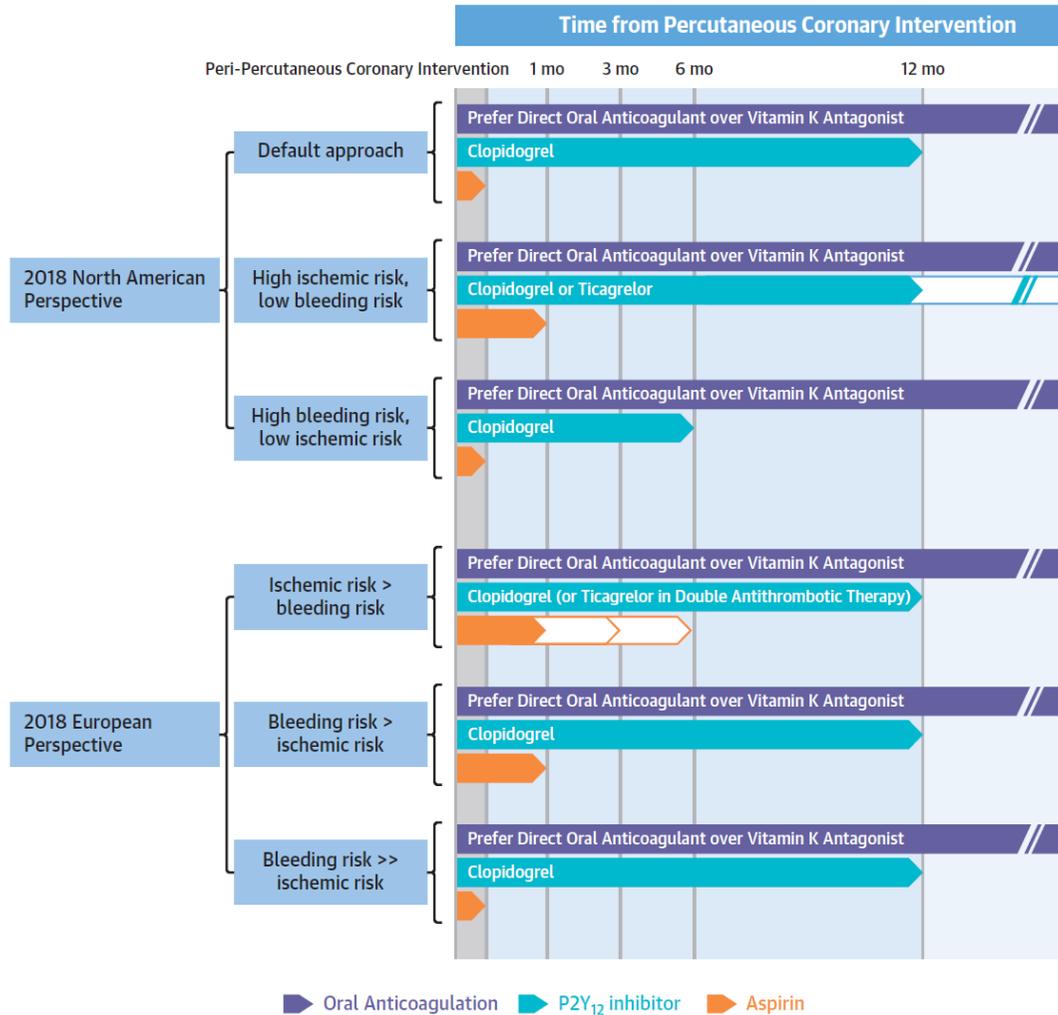
©ESC 2017

Table 6 Unfavourable patient profile for a combination of oral anticoagulant and antiplatelet therapy

- | |
|--|
| • Short life expectancy |
| • Ongoing malignancy |
| • Poor expected adherence |
| • Poor mental status |
| • End stage renal failure |
| • Advanced age |
| • Prior major bleeding/prior haemorrhagic stroke |
| • Chronic alcohol abuse |
| • Anaemia |
| • Clinically significant bleeding on dual antithrombotic therapy |

©ESC 2017

CENTRAL ILLUSTRATION Consensus Recommendations on the Practical Management of Oral Anticoagulation and Antiplatelet Therapy in Patients With Atrial Fibrillation Undergoing Percutaneous Coronary Intervention



Capodanno, D. et al. J Am Coll Cardiol. 2019;74(1):83-99.

LA TÉCNICA:

- 1- evitar uso de **terapias puente**
- 2- **acceso radial**
- 3- **Stents farmacoadactivos**
- 4- **contraindicar uso de NAG y de Inhibidores Iib/IIIa**



Anticoagulación durante la ICP

ACO con ANTI-VITAMINA K

a- Cateterismo diagnóstico:

No uso de heparina sódica durante los cateterismos diagnósticos.

Si INR no terapéutico, valorar 2000-3000 us de heparina sódica.

b- ICP:

-si INR > 2,5. No es necesario el uso de heparina sódica

-si INR < 2,5: Heparina sódica 70-100 Us/kg.

*en caso de procedimientos complejos o prolongados se podrá considerar un incremento de dosis.

ACO con NACO

Si no ha tomado NACO el día, anticoagulación estándar

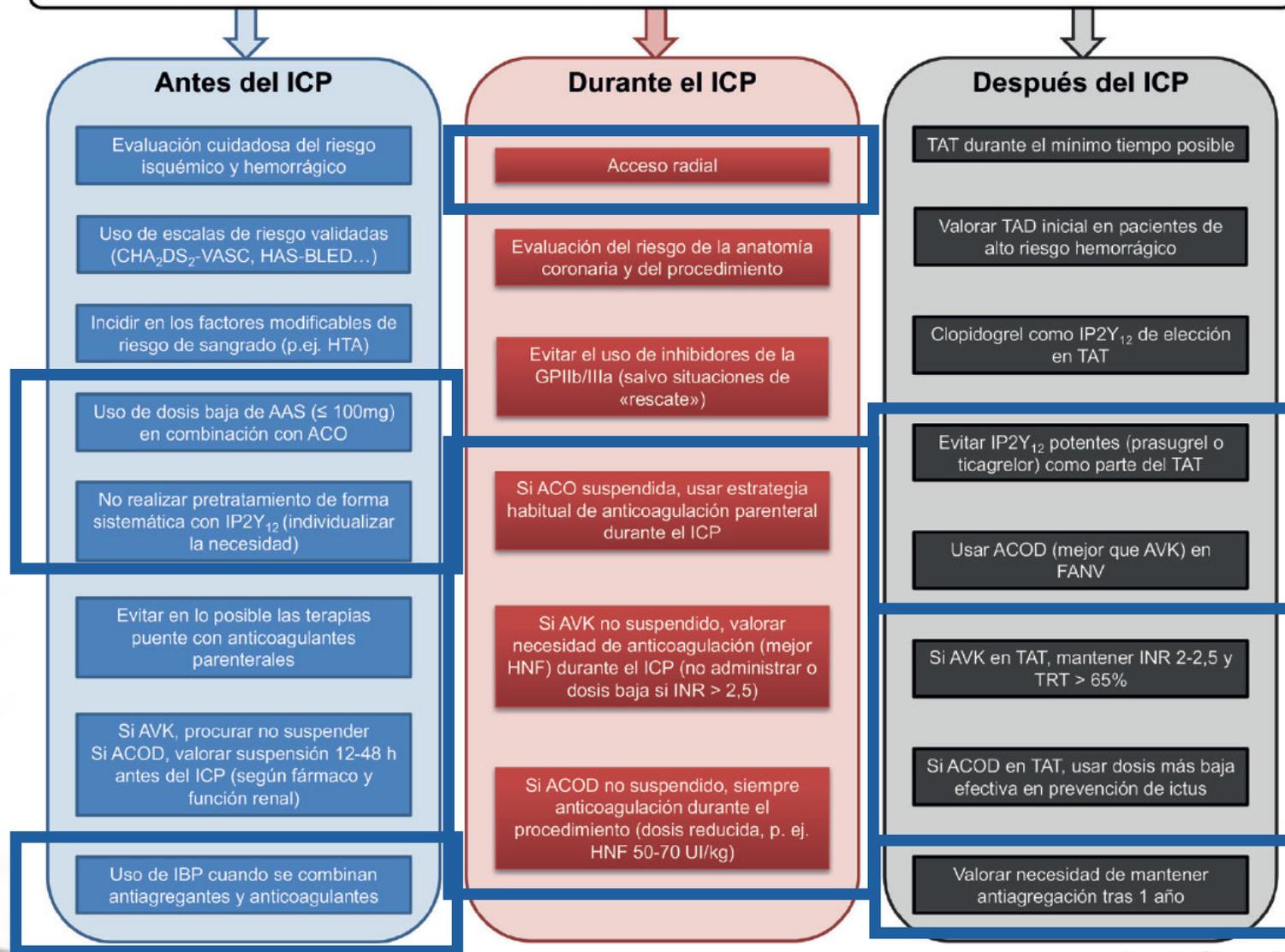
a- Cateterismo diagnóstico:

Uso de heparina sódica según práctica habitual: 2000-3000 us de heparina sódica.

b- ICP:

Uso de heparina sódica según práctica habitual: 70-100 Us/kg.

Medidas para reducir el riesgo hemorrágico en pacientes con ACO en los que se realiza ICP



Tratamiento antitrombótico tras revascularización percutánea en pacientes con indicación crónica de anticoagulación oral

Juan M. Ruiz-Nodar^{a,*} y José Luis Ferreiro^b

^a Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Alicante, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante, España

^b Área de Enfermedades del Corazón, Hospital Universitario de Bellvitge - IDIBELL, Universidad de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España



RESUMEN

El tratamiento antitrombótico tras una revascularización percutánea en los pacientes con indicación de anticoagulación oral crónica ha sido siempre un tema de máximo interés y de gran complejidad, debido sobre todo al alto riesgo isquémico y tromboembólico intrínseco de esta población, y al elevado riesgo hemorrágico que comporta la combinación de fármacos antiagregantes y anticoagulantes. El manejo invasivo actual de la cardiopatía isquémica hace que esta población esté en crecimiento, aspecto que incrementa el interés por definir cuáles son los mejores fármacos y estrategias terapéuticas. A pesar de la escasa evidencia científica, a lo largo de los últimos años se han estudiado diferentes regímenes antitrombóticos, buscando fundamentalmente una reducción de los eventos hemorrágicos, sin que esto repercutiera en la eficacia de las nuevas combinaciones. Las estrategias estudiadas se han basado en el acortamiento de la duración del tratamiento triple e incluso en el uso del tratamiento doble (anticoagulación más un único antiagregante) priorizando el clopidogrel. Sin embargo, ha sido la llegada de los anticoagulantes de acción directa, con la realización de importantes ensayos clínicos en esta población, lo que está aportando información relevante y trascendente que, sin lugar a dudas, contribuirá a modificar la práctica clínica.

CONCLUSIONES

1-La alta eficacia y seguridad de los **DES** de nueva generación los posicionan como los electivos en **todos los pacientes y lesiones**.

2-El **estudio Leaders-Free** ha sido fundamental en posicionar los DES (especialmente el stent Biofreedom) en todo tipo de pacientes y poblaciones de alto riesgo.

3-El **stent Biofreedom** ha demostrado ser más eficaz y más seguro que los stents convencionales en pacientes con alto riesgo hemorrágico.



Gracias