



7008-6. RESULTADOS A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y FIBRILACIÓN AURICULAR: ANÁLISIS COMPARATIVO EN EL MUNDO REAL DE LA POBLACIÓN CON *STENT* FARMACOACTIVO Y *STENT* CONVENCIONAL

Toni Soriano Colomé¹, Antonia Sambola Ayala¹, Pau Rello Sabaté¹, Adrián V. Hernández Díaz², Héctor Bueno Zamora³, Núria Casamira Ruiz¹, José A. Barrabés Riu¹, Bruno García del Blanco¹ y David García-Dorado García¹, del ¹Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, ²University of Connecticut, Hartford (EE.UU.) y ³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La eficacia y la seguridad de los *drug-eluting stents* (DES) en pacientes con fibrilación auricular (FA) y síndromes coronarios agudos (SCA) no ha sido completamente estudiada.

Métodos: Se realizó un estudio multicéntrico prospectivo desde enero de 2010 hasta junio de 2015 para evaluar la seguridad de los DES en comparación con *bare metal stents* (BMS) en pacientes con FA y SCA. Los eventos adversos se analizaron al año de seguimiento. El objetivo primario fue sangrado mayor y el objetivo secundario fue la incidencia de Major Adverse Cardiovascular Events (MACE). Se utilizó el método de Kaplan-Meier y el estadístico *log rank*. Los modelos de regresión multivariante se realizaron con análisis de Cox y los efectos se expresaron como cocientes de riesgo (HR) y sus intervalos de confianza del 95% (IC95%).

Resultados: Se analizaron 556 pacientes con FA ingresados por un SCA. La edad fue de $73,1 \pm 10,1$ años y 142 (26%) fueron mujeres. A 188 pacientes (34%) se les implantó un DES y a 368 (66%) un BMS. Los pacientes con DES presentaban con más frecuencia diabetes ($p = 0,006$), dislipemia ($p = 0,003$), insuficiencia renal ($p = 0,03$), enfermedad vascular periférica ($p = 0,0001$), antecedentes infarto de miocardio ($p = 0,0001$) e ICP previa ($p = 0,0001$). Además, el número de vasos tratados con ICP fue mayor entre los que se les implantó DES ($p = 0,0001$). La prescripción de triple tratamiento (doble antiagregación + anticoagulación) al alta fue similar entre los grupos DES y BMS (62 frente a 56%, $p = 0,2$). Al año de seguimiento, los pacientes con DES y BMS tenían tasas similares de hemorragia total (20 frente a 17%, $p = 0,3$), hemorragia mayor (9 frente a 9%, $p = 0,7$), MACE (28 frente a 27%, $p = 0,9$) y mortalidad por todas las causas (16 frente a 22%, $p = 0,1$). En los análisis de regresión multivariante de Cox, el uso de DES en comparación a BMS no se asoció con una mayor incidencia de hemorragia total (HR = 1,2, IC95%: 0,8-2,0) o hemorragia mayor (HR = 1,1; IC95%: 0,6-2,3). Se observó un riesgo similar de MACE (HR = 1,0; IC95%: 0,7-1,5) y de mortalidad por todas las causas (HR = 0,7; IC95%: 0,5-1,2) entre DES y BMS.

Conclusiones: En pacientes con SCA y FA, el uso selectivo de DES parece ser de elección, con respecto a los BMS, puesto que la eficacia y la seguridad es similar a la de los pacientes tratados con BMS, pese a tratarse de una población de mayor riesgo.