Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 641

Revista Española de Cardiología

5036-4. FONDAPARINUX EN EL TRATAMIENTO ACTUAL DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST. ¿SE REPRODUCEN LOS RESULTADOS DE LOS ENSAYOS EN EL «MUNDO REAL»?

Manuel Almendro Delia[1], Álvaro Izquierdo Bajo[1], Luis Madrona Jiménez[1], Emilia Blanco Ponce[1], Manuel García del Río[1], Juan Carlos Rodríguez Yáñez[2], José Manuel Soto Blanco[2], José Andrés Arboleda Sánchez[3], Gema Alonso Muñoz[3], José Benito Zayas Ganfornina[2], José Julián Arias Garrido[2], Rafael J. Hidalgo Urbano[1], Juan Carlos García Rubira[1] y Jesús Carmona Carmona[1], del [1] Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, [2]Hospital de Puerto Real, Complejo Hospitalario Universitario de Granada, Hospital Costa del Sol, Hospital de Jerez, Cádiz y [3]Hospital Regional Universitario de Málaga y Hospital Reina Sofía, Córdoba, en representación Investigadores Registro CREA-ARIAM.

Resumen

Introducción y objetivos: Fondaparinux es el antitrombótico de elección en SCASEST, debido al perfil de seguridad más favorable demostrado en ensayos clínicos aleatorizados (OASIS-5). Objetivo: explorar este beneficio en el «mundo real».

Métodos: Registro prospectivo multicéntrico de antiagregantes plaquetarios en SCA. Análisis sobre la cohorte SCASEST 2015-17 del beneficio clínico neto a 30 días (NACCE: variable combinada Sangrados [TIMI]+MACCE [muerte/infarto/ictus/trombosis *stent*]) de fondaparinux (F) frente a enoxaparina (E); usando modelos de Cox y riesgos competitivos con efectos aleatorios por hospital (*cluster-specific random effects*) e interacciones múltiples.

Resultados: De 2.094 pacientes con SCASEST (edad 63 ± 12 años, GRACE 126 [102-156], CRUSADE 23 [12-38], 92% tratamiento invasivo y *stent* farmacoactivo 97%), 1.724 (82%) recibieron (E) y 370 (18%) (F). Ambos grupos mostraron similar perfil de riesgo isquémico y hemorrágico basal, encontrándose menor frecuencia de diabéticos e insuficiencia cardiaca durante el ingreso, así como mayor uso de ticagrelor, acceso radial y revascularización coronaria percutánea frente a quirúrgica en (F). Tras ajuste multivariado, (F) redujo el MACCE (HR = 0,46, IC95% [0,21-1,00]; p = 0,051. Estadístico C = 0,79), con reducción no significativa de la mortalidad (3,5 frente a 2,4%, p = ns) y significativa del reinfarto (1,7 frente a 0% p = 0,001) y la trombosis de *stent* (0,5 frente a 0% p = 0,001). (F) se asoció a una disminución del NACCE (HR = 0,54, IC95% 0,32-0,93; p = 0,026. Estadístico C = 0,92, figura), por una reducción significativa del sangrado total (SubHR = 0,51, IC95% 0,28-0,99; p = 0,048. Estadístico C = 0,75) y el sangrado mortal (0,1 frente a 0,6%; p = 0,065). Se evidenció interacción significativa sobre la reducción del sangrado entre (F) y el acceso radial (SubHR = 0,24 [0,10-0,49]; Pinteracción = 0,0035), que no se observó con el CRUSADE, la función renal, la edad, ni con el uso del ticagrelor o anti IIb/IIIa. La reducción del sangrado con (F) se mantuvo incluso en grupos de muy alto riesgo hemorrágico (CRUSADE > 50). La repetición del análisis sin estimadores sólidos (*cluster*) y tras *Propensity Score Matching* mostró resultados similares.

Incidencia acumulada NACCE.

Conclusiones: Fondaparinux es un tratamiento con beneficio clínico neto en pacientes con SCASEST del «mundo real», reduciendo el objetivo isquémico y hemorrágico. El beneficio se vio magnificado por un mayor uso de acceso radial respecto al estudio pivotal.