Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 968

Revista Española de Cardiología

6020-315. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL USO DE *STENTS* FARMACOACTIVOS ESTRATIFICANDO POR TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS

Toni Soriano Colomé[1], Antonia Sambola Ayala[1], Pau Rello Sabaté[1], Héctor Bueno Zamora[2], Vinay Pasupuleti[3], Deepak L. Bhatt[3], Gregory Y. Lip[3] y Adrián V. Hernández Díaz[3], del [1]Hospital Universitario Vall d&#39Hebron, Barcelona, [2]Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid y [3]University of Connecticut, Hartford (EE.UU.).

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con fibrilación auricular (FA) sometidos a intervencionismo coronario percutáneo (ICP) reciben un tratamiento antitrombótico agresivo. Actualmente, se recomiendan los *stents* farmacoactivos (SFA) respecto a los *stents* metálicos sin recubrimiento (SM) pacientes con FA.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática y metanálisis de estudios que compararon SFA con SM en pacientes con FA sometidos a ICP estratificando por tratamiento antitrombótico recibido al alta. Se estratificó por 3 tipos de tratamiento antitrombótico: triple tratamiento (TT): anticoagulación (ACO) más doble antiagregación (DA), DA y tratamiento dual (TD): ACO más antiagregación simple; así como por duración del tratamiento: corto (3 meses) y largo plazo (> 3 meses). Los objetivos primarios fueron: eventos adversos cardiovasculares mayores (MACE) en eficacia y la hemorragia mayor (BARC ? 3) en seguridad.

Resultados: Se incluyeron 6 estudios (5 cohortes, 1 ensayo clínico). Se analizó un total de 2.274 pacientes, 1.170 con SFA y 1.104 con SM. En el subgrupo de pacientes con TT, no hubo diferencias significativas en la incidencia de MACE entre pacientes con SFA y SM. El tratamiento con TT mostró un riesgo similar de MACE en SFA frente a SM (20 frente a 21,1%; RR 0,96 [0,69-1,33]); p = 0,80). No obstante, hubo una tendencia a una menor incidencia de MACE en TT a corto plazo a favor de SFA (14,6 frente a 18,1%; RR 1,32 [0,99-1,75]; p = 0,06). La DA mostró un riesgo similar de MACE entre SFA frente a SM tanto a largo plazo (14,2 frente a 19,5%, RR 0,92 [0,50-1,6]; p = 0,78), así como a corto plazo (14,2 frente a 19,5%; RR 1,53 [0,57-3,22]; p = 0,27). La TD a largo plazo mostró una tendencia a la reducción en MACE a favor de SFA frente a BMS (14,2 frente a 19,5%; RR 0,45 [0,20-1,01]; p = 0,05). El riesgo de hemorragia mayor en pacientes con TT a largo plazo fue similar, aunque hubo tendencia a ser mayor en pacientes con SM (4,2 frente a 7,8%; RR 0,87 [0,48-1,61], p = 0,67) de la misma forma que en pacientes con TT a corto plazo (3,2 frente a 7,4%; RR 1,55 [0,49-4,97]; p = 0,46).

Conclusiones: En nuestro metanálisis no hemos observado diferencias entre SFA y SM estratificando por tratamiento antitrombótico con respecto a la incidencia de MACE y de eventos hemorrágicos mayores. No obstante, la heterogeneidad de las definiciones, el sesgo en la selección de la población y el hecho de que la mayoría de los eventos hemorrágicos ocurran durante los primeros 30 días después de la ICP podría explicar estos resultados.