



4010-2. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS *STENTS* FARMACOACTIVOS EN COMPARACIÓN CON LOS *STENTS* METÁLICOS EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR A LOS QUE SE LES IMPLANTA UN *STENT*: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS

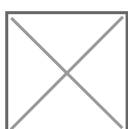
Pau Rello Sabaté¹, Antonia Sambola Ayala¹, Toni Soriano Colomé¹, Héctor Bueno Zamora², Juan Miguel Ruiz Nodar³, Laurent Fauchier³, Willem de Wilde³, Lorenz Räber³ y Adrián V. Hernández-Díaz³, del ¹Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid y ³University of Connecticut, Hartford (EE.UU.).

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con fibrilación auricular (FA) que requieren intervencionismo percutáneo (IPC) están expuestos a tratamientos antitrombóticos agresivos. Las nuevas guías de la Sociedad Europea de Cardiología recomiendan el uso *stents* farmacoactivos (SFA). Nuestro objetivo es analizar la eficacia y la seguridad entre el uso de SFA y los *stents* metálicos sin recubrimiento o convencionales (SM).

Métodos: Revisión sistemática y metanálisis de los estudios de pacientes con FA sometidos a IPC comparando SFA y SM. Búsqueda en la literatura publicada (Pubmed search, Scopus, Web of Science, Embase, Cochrane Library). El objetivo primario de eficacia del estudio es la presencia de eventos cardiovasculares adversos (MACE) y el de seguridad la presencia de sangrado mayor. Se realizó análisis estadístico y los resultados se expresan en forma de riesgo relativo (RR) e intervalo de confianza del 95 (IC95%).

Resultados: Se incluyeron 6 cohortes (N = 3.266) y un ensayo clínico aleatorizado (ECA) (N = 553). Ausencia de diferencias en la incidencia de MACE (SFA 316/1.455 [21,7%] frente a SM 557/2.364 [23,5%], RR 0,93 IC95% 0,76-1,13, p = 0,46). Sin embargo, el ECA mostró una menor incidencia de MACE favorable al SFA (46/378 [12,2%] frente a 32/175 [18,2%], RR 0,67 IC95% 0,44-1,01, p = 0,05). Los SFA no redujeron la mortalidad global (170/1.455 [11,6%] frente a 307/2.364 [12,9%], RR 0,93 IC95% 0,78-1,11, p = 0,41) ni cardiaca (170/1.455 [11,6%] frente a 307/2.364 [12,9%], RR 0,93 IC95% 0,78-1,11, p = 0,41) o de infarto de miocardio (86/1.095 [7,8%] frente a 116/1.497 [7,7%], RR 1,04 IC95% 0,75-1,45, p = 0,81). Tendencia no significativa favorable al SFA en la tasa de revascularización posterior del vaso (63/868 [7,3%] frente a 112/1.158 [9,7%], RR 0,69 IC95% 0,39-1,20, p = 0,19), siendo significativa en el único ECA (19/378 [5,0%] frente a 19/175 [10,9%], RR 0,46 IC95% 0,25-0,85, p = 0,01). Sin diferencias significativas en la tasa de trombosis del *stent* entre SFA frente a SM (15/868 [1,7%] frente a 23/1.158 [2,0%] 0,91, IC95% 0,35-2,33, p = 0,84). Sin diferencias en el sangrado mayor (SFA 117/1.452 [8,1%] frente a SM 211/2.342 [9,0%] RR 1,03, IC95% 0,77-1,39, p = 0,82).



Conclusiones: El estudio no mostró beneficio de SFA frente a SM en la incidencia de MACE ni en la presencia de sangrado mayor. La heterogeneidad de los estudios, el sesgo de selección de los pacientes y la presencia de *stents* farmacoactivos de diferentes generaciones podrían explicar parcialmente los resultados.