



Revista Española de Cardiología



7008-5. ¿SON LOS IECA O ARA-II ÚTILES PARA PREVENIR LA APARICIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN LA ERA DE LA REVASCULARIZACIÓN PERCUTÁNEA?

María Cespón Fernández, Sergio Raposeiras Roubín, Emad Abu-Assi, Isabel Muñoz Pousa, Rafael J. Cobas Paz, Berenice Caneiro Queija, Lucía Rioboo Lestón, Luis E. Pérez Casares, Raquel Bilbao Quesada, Francisco Calvo Iglesias y Andrés Íñiguez Romo, del Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra).

Resumen

Introducción y objetivos: Los IECA/ARA-2 se han postulado como un tratamiento útil para prevenir el desarrollo de fibrilación auricular (FA) dados sus potenciales efectos antifibróticos, más allá de sus efectos hipotensores. Sin embargo, estudios más recientes han cuestionado esta utilidad tras un síndrome coronario agudo (SCA), con resultados contradictorios al respecto, sobre todos en los registros más actuales en los cuales la tasa de intervencionismo coronario percutáneo (ICP) es alta.

Métodos: Hemos analizado una cohorte de 5.197 pacientes dados de alta tras un SCA y sin diagnóstico previo de FA ni desarrollo de FA intrahospitalaria. Se realizaron 2 tipos de estudios analíticos: análisis multivariado de riesgos competitivos mediante el modelo de Fine-Gray (muerte = evento competitivo) y *Propensity Score Matching*, generando 2 grupos de características basales similares en función del tratamiento o no IECA.

Resultados: 317 pacientes desarrollaron FA durante un seguimiento medio de $3,3 \pm 2,0$ años. 3.754 fueron sometidos a ICP (72,2%) y 3.095 fueron tratados con IECA/ARA-2 (59,6%). Tras ajuste por variables confusoras (edad, sexo, hipertensión, diabetes, infarto de miocardio previo, insuficiencia cardiaca previa, fracción de eyección ventricular izquierda, insuficiencia mitral moderada-grave, revascularización completa, intervencionismo coronario percutáneo, tratamiento con bloqueadores beta y estatinas), el tratamiento con IECA o ARA-2 no resultó predictor independiente del desarrollo de FA tras un SCA (*subhazard ratio* [sHR] 1,18, intervalo de confianza 95% 0,91-1,53; $p = 0,223$). Tras el *Propensity Score Matching* se obtuvieron 2 grupos de 1.258 pacientes a los que se le prescribió o no IECA/ARA-2 al alta. En dicho análisis, los IECA/ARA-2 continuaron sin asociarse con un menor riesgo de FA (HR 1,07, IC95% 0,78-1,36; $p = 0,513$).



Conclusiones: El tratamiento con IECA/ARA-2 no es útil para prevenir el desarrollo de FA a medio-largo plazo en una cohorte contemporánea de pacientes tras un SCA.