

VIÑETA DEL METAANÁLISIS EN RED:

Duración de la terapia antiplaquetaria dual tras una intervención coronaria percutánea con implantación de stent liberador de fármaco: Una revisión sistemática y Metanálisis en red.

20190628-MAAnet 17ECA, Stent-Lib TAPD [+12 v 12 v 6m], +MortNoCard +HemM. Yin

Yin SHL, Xu P, Wang B, Lu Y, et al. Duration of dual antiplatelet therapy after percutaneous coronary intervention with drug-eluting stent: systematic review and network meta-analysis. *BMJ* 2019 Jun 28;365:l2222

Abreviaturas: TAPD: terapia antiplaquetaria dual; ICP: intervención coronaria percutánea; SLF: stent liberador de fármaco. **Corto plazo:** 3 a 6 meses; **Plazo estándar:** 12 meses; **Largo plazo:** > 12 meses.

Objetivo: Evaluar la eficacia y la seguridad de la terapia antiplaquetaria dual (TAPD) durante el plazo estándar (12 meses) o a largo plazo (> 12 meses) versus TAPD a corto plazo (3 a 6 meses) después de la intervención coronaria percutánea (ICP) con implante de stent liberador de fármacos (SLF).

Diseño: Revisión sistemática y metaanálisis en red.

Fuentes de datos: Estudios relevantes publicados entre junio de 1983 y abril de 2018 de Medline, Embase, Cochrane Library para ensayos clínicos, PubMed, Web of Science, ClinicalTrials.gov y Clinicaltrialsregister.eu.

Métodos de revisión: Ensayos controlados aleatorizados que comparan dos de las tres duraciones de TAPD (corto plazo, plazo estándar y largo plazo) tras una intervención coronaria percutánea que incluía stent liberador de fármaco (SLF). Las variables primarias de resultado fueron muerte cardíaca o no cardíaca, mortalidad por todas las causas, infarto de miocardio, trombosis del stent y todos los eventos de hemorragia.

Resultados: Se incluyeron 17 estudios (n = 46.864).

Comparado con la TAPD de 3 a 6 meses, el metanálisis de red mostró que: **a)** la TAPD > 12 meses produjo tasas más altas de Hemorragia mayor [OR 1,78 (IC 95%, 1,27-2,49)] y Muerte no cardíaca [OR 1,63 (1,03-2,59)]; y **b)** la TAPD estándar de 12 meses se asoció con tasas más altas de Hemorragia [OR 1,39 (1,01-1,92)]. No se observaron diferencias notables en otros criterios de valoración primarios.

El análisis de sensibilidad reveló que los riesgos de muerte no cardíaca y hemorragia aumentaron aún más durante ≥ 18 meses de TAPD en comparación con la TAPD a corto plazo o estándar.

En el análisis de subgrupos: **a)** la TAPD > 12 meses condujo a una mayor Mortalidad por todas las causas que la TAPD de 3 a 6 meses en pacientes implantados con stent liberador de fármaco (SLF) de nueva generación [OR 1,99 (1,04-3,81)]; **b)** la TAPD de 3 a 6 meses presentó una eficacia y seguridad similares a la TAPD estándar de 12 meses en pacientes con presentación de síndrome agudo coronario y en pacientes a los que se colocó un stent liberador de fármaco de nueva generación.

La heterogeneidad de los ensayos agrupados fue baja, lo que proporcionó más confianza en la interpretación de los resultados.

Conclusiones: En pacientes con todas las presentaciones clínicas, en comparación con la TAPD de 3 a 6 meses (clopidogrel), la TAPD > 18 meses condujo a tasas más altas de Hemorragia mayor y muerte no cardíaca, y la TAPD estándar de 12 meses se asoció con un mayor riesgo de Hemorragia.

Para los pacientes con presentación de síndrome agudo coronario, la TAPD de 3 a 6 meses presentó una eficacia y seguridad similares a la TAPD estándar de 12 meses. Para los pacientes implantados con SLF de nueva generación, la TAPD > 18 meses produjo más mortalidad por todas las causas que la TAPD de 3 a 6 meses.

Combinando la evidencia de las comparaciones indirectas (según la técnica del metanálisis en red), aunque la duración óptima de la TAPD debe tomar en cuenta los riesgos de isquemia y hemorragia personales, este estudio sugirió que se podría considerar la TAPD de 3 a 6 meses para la mayoría de los pacientes después de la intervención coronaria percutánea con stent liberador de fármaco.