Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 159

Revista Española de Cardiología

7000-5. REALIDAD ACTUAL Y PREDICTORES DE USO DE LA TROMBOASPIRACIÓN EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO TRATADO CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA. RESULTADOS DEL REGISTRO TAPER

Alfonso Jurado Román[1], José Manuel Montero Cabezas[2], Gonzalo Martínez Rodríguez[3], Javier Molina Martín de Nicolás[4], José Abellán Huerta[1], Martín J. Schalij[2], María Thiscal López Lluva[1], Axel de Labriolle[4], Ignacio Sánchez Pérez[1] y Fernando Lozano Ruiz Poveda[1], del [1]Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, [2]Leiden University Medical Center, Leiden (Países Bajos), [3]Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile (Chile) y [4]Clinique du Pont de Chaume, Montauban (Francia).

Resumen

Introducción y objetivos: Basándose en recientes ensayos clínicos, se desaconseja la tromboaspiración (TA) rutinaria en la angioplastia primaria (ICPp). Sin embargo estos estudios pueden no reflejar la práctica real. Objetivo: analizar la realidad actual de la TA y sus predictores de uso.

Métodos: El registro TAPER (Eficacia y seguridad de la TromboAspiración selectiva en la Práctica clínica Real) incluyó retrospectivamente a pacientes con IAMCEST tratados con ICPp en 4 centros de diferentes países. Se analizaron las características clínicas y del procedimiento.

Resultados: Se analizaron 360 pacientes consecutivos (78% varones, 63 ± 12 años). Durante el procedimiento, se usó un inhibidor de la glucoproteína IIb/IIIa en un 39%. El flujo TIMI inicial fue 0-1 en un 72% de los casos y la escala de trombo TIMI fue ? 3 en un 60%. La TA se intentó en un 40% de los casos, (90% como estrategia inicial y 10% como estrategia de rescate), y se realizó con éxito en un 92% de los casos. Hubo gran variabilidad de uso de TA en los 4 centros: A 70%, B 22%, C 10%, D 39%; p 0,0001. Las variables asociadas al uso de TA fueron el hábito tabáquico (TA realizada en el 50% de fumadores y en el 33,5% de no fumadores; p = 0,007), la localización de la lesión (TA realizada en el 80% en tronco coronario izquierdo, 33% en descendente anterior, 33% de circunfleja, 49% en coronaria derecha y 100% de vena safena; p = 0,004), la trombosis de *stent* (TS) (TA realizada en el 89% de los casos con TS inicial frente a 38% de casos sin ella; p = 0,002), el tiempo puerta-balón (TPB) (TPB fue mayor en pacientes a los que se realizó TA: 99 ± 60 min frente a 85 ± 50 min; p = 0,03), el grado de flujo TIMI inicial (TA realizada en el 54% de los casos con TIMI 0, 29% con TIMI 1, 13% con TIMI 2, y 13% con TIMI 3; p 0,0001), y el grado TIMI de trombo inicial (TA realizada en 0% con grado 0, 5% en grado 1, 7% en grado 2, 26% en grado 3, 72% en grado 4 y 72% en grado 5; p 0,0001). En el análisis multivariante, los predictores independientes de uso de TA fueron el grado TIMI inicial de trombo [OR: 3,2, IC95% (2,5-4,1); p 0,0001], el hábito tabáquico [OR:2,3, IC95% (1,3-4,1); p = 0,006], y un mayor TPB [OR:1,006, IC95% (1-1,01); p = 0,032].

Conclusiones: La TA se usa con frecuencia en la práctica clínica real en pacientes tratados con ICPp, la mayoría de las veces como estrategia inicial. La presencia de trombo inicial abundante fue el predictor más importante de uso de la TA.