



## 5011-6. DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UNA ESCALA PARA PREDECIR EL ÉXITO DE LA TROMBECTOMÍA MANUAL EN LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Alberto Cordero<sup>1</sup>, Ana Belén Cid Álvarez<sup>2</sup>, Eduardo Alegría Barrero<sup>3</sup>, Agustín Fernández Cisnal<sup>4</sup>, David Escribano Alarcón<sup>1</sup>, Maria Juskova<sup>2</sup>, Jenniffer Bautista<sup>5</sup>, Ramiro Trillo Nouche<sup>2</sup> y José Luis Ferreiro Gutiérrez<sup>5</sup>

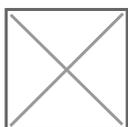
<sup>1</sup>Hospital Universitario de San Juan, San Juan de Alicante. <sup>2</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña). <sup>3</sup>Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz (Madrid). <sup>4</sup>Hospital Clínico Universitario de Valencia. <sup>5</sup>Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La indicación clase III de la trombectomía manual (TM) en la angioplastia primaria (AP) es solo para su utilización rutinaria. El registro nacional de la SEC y otras series muestran que la TM se utiliza en hasta el 30% de las AP. Nuestro objetivo fue analizar las características predictoras de éxito de la TM, integrarlas en una escala y validarla de un estudio prospectivo y multicéntrico.

**Métodos:** En la fase de diseño analizamos retrospectivamente las variables asociadas a conseguir un flujo TIMI 3 tras la TM en una cohorte de pacientes tratados con AP en un único centro entre 2017 y 2018. Mediante regresión logística elaboramos una escala que se validó prospectivamente en la fase de validación, con todos los pacientes tratados con AP en 5 centros entre enero y marzo de 2020. Se consideró MACE intrahospitalario la incidencia de muerte, insuficiencia cardiaca, isquemia recurrente, hemorragia mayor o accidente cerebrovascular.

**Resultados:** Para la fase de diseño analizamos 618 pacientes sometidos a AP y en el 65,1% se realizó TM. El flujo TIMI 3 final se alcanzó en la mayoría de los casos pero fue más frecuente en los tratados con TM (94,8 vs 86,6%; p 0,01). El TIMI 3 tras la TM se obtuvo en el 83,1% de los casos. De acuerdo con los resultados del análisis multivariante diseñamos la escala DDTA, con 4 variables: DAPT pre-AP (sí = 2); retraso (Delay) hasta la AP (2h = 3; o 2-4h = 2); mejoría del flujo TIMI tras cruzar la lesión con la guía (sí = 2); edad (Age) 55 (sí = 3). La puntuación individual varió de 0 a 10. Los pacientes con DDTA score  $\geq 4$  presentaron más frecuentemente TIMI 3 tras las TM (89,6 vs 61,37; p 0,01) y TIMI 3 final (94,2 vs 90,2%; p = 0,07), además de menor mortalidad (6,0 vs 13,1%; p 0,01) o MACE durante el ingreso (22,8 vs 42,3%; p 0,01). Para la fase 2 incluimos 340 pacientes. No hubo diferencias entre los pacientes de ambas fases. La TM se realizó en 28,5% de los casos y se observó una relación significativa entre el DDTA score y la posibilidad de TIMI 3 la TM (fig.). El área bajo la curva del DDTA score para predecir TIMI 3 tras la TM fue 0,64 (IC95% 0,51-0,76).



**Conclusiones:** La escala DDTA (DAPT, Delay, TIMI improvement, Age) identifica los pacientes que más se benefician de la TM en la AP.