



5026-6. ANÁLISIS SOBRE BENEFICIO CLÍNICO DE TROMBOASPIRACIÓN EN UNA COHORTE CONTEMPORÁNEA DE PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO PRIMARIO

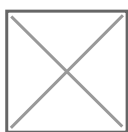
Rosa Alba Abellas Sequeiros, Sergio Raposeiras-Roubin, Emad Abu-Assi, María Castiñeira Busto, Rubén Fandiño Vaquero, Adrián Cid Menéndez, José María García-Acuña y José Ramón González-Juanatey del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela (A Coruña).

Resumen

Introducción y objetivos: Actualmente no existe evidencia firme en cuanto al beneficio clínico de la tromboaspiración (TA) en contexto de angioplastia primaria. Nuestro objetivo es valorar si existe beneficio clínico en una cohorte contemporánea de pacientes con IAMEST sometidos a intervencionismo coronario percutáneo primario (ICPP) cuando se realiza TA durante el mismo.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo con 1.534 pacientes con IAMEST sometidos a ICPP entre 2004 y 2011. Se constituyeron dos grupos de 334 pacientes tras análisis por *propensity-match score*, según si habían recibido TA o no. Mediante regresión de Cox se analizó el valor pronóstico como predictor de mortalidad de TA durante el seguimiento.

Resultados: Durante estancia intrahospitalaria 91 pacientes fallecieron, 43 sufrieron reinfarto y 129 desarrollaron insuficiencia cardiaca (IC) *de novo*. No hubo diferencias entre los dos grupos (con y sin TA) en cuanto a estos eventos (7,4% frente a 6,7%, $p = 0,673$, para mortalidad; 2,7 frente a 2,9%, $p = 0,856$ para reinfarto; 8,3% frente a 8,5%, $p = 0,923$, para IC). Estos resultados son consistentes tras análisis pareado en pacientes con y sin TA (7,5% frente a 6,9%, $p = 0,764$ para mortalidad; 2,7% frente a 3,0%, $p = 0,816$ para reinfarto; 8,4% frente a 7,8%; $p = 0,777$ para IC). En seguimiento ($3,9 \pm 2,8$ años), 266 pacientes fallecieron, 68 sufrieron reinfarto y 116 desarrollaron IC. No se encontró relación de TA con mortalidad o desarrollo de IC durante el seguimiento (HR 0,76, IC95% 0,50-1,16, $p = 0,207$ para mortalidad y HR 1,24, IC95% 0,77-2,01, $p = 0,375$ para IC). La tasa de reinfarto fue superior en pacientes con TA (HR 2,24, IC95% 1,28-3,91, $p = 0,004$). No se encontraron diferencias para estos eventos entre pacientes con y sin TA tras análisis por *propensity-match score* (HR 0,87, IC95% 0,53-1,43, $p = 0,589$ para mortalidad; HR 1,78, IC95% 0,84-3,77, $p = 0,129$ para reinfarto; HR 0,94 IC95% 0,53-1,67; $p = 0,945$ para IC). La figura muestra las curvas de Kaplan Meier para objetivo combinado de muerte, reinfarto e IC de pacientes sometidos a ICPP tras análisis pareado (resultados fase intrahospitalaria y seguimiento, HR 1,18 IC95% 0,89-1,58; $p = 0,242$).



Curvas de supervivencia en pacientes con y sin TA durante el seguimiento.

Conclusiones: No se evidencia un beneficio clínico en pacientes no seleccionados que se someten a tromboaspiración en contexto de ICPP frente a los que no la reciben. Esto sugiere la importancia de una adecuada selección de pacientes a la hora de plantear TA o no en contexto de ICPP.