Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 68

Revista Española de Cardiología

4005-7. FACTORES PREDICTIVOS DE TROMBOSIS DEL *STENT* AGUDA Y TARDÍA. DATOS DEL ENSAYO ALEATORIZADO TOTAL

Ricardo Martínez González[1], Vladimír D'avík[2], John Cairns[3], Kumar Balasubramanian[4], Warren J. Cantor[5], Goran Stankovic[6], Olivier Bertrand[7], Natalia Pinilla Echeverri[8], Matthew Sibbald[8], Elie Akl[8], Sanjit Jolly[8] y José Raúl Moreno Gómez[1]

[1]Cardiología. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España, [2]Peter Munk Cardiac Center, Toronto (Canadá), [3]University British Columbia, Vancouver (Canadá), [4]Statics Department. Population Health Research Center, Hamilton (Canadá), [5]Southlake Regional Health Centre, Newmarket (Canadá), [6]University of Belgrade, Belgrade (Serbia y Montenegro), [7]Quebec Heart and Lung Institute, Quebec (Canadá) y [8]Department of Medicine. McMaster University, Hamilton (Canadá).

Resumen

Introducción y objetivos: La trombosis del *stent* (TS) ocurrida tras intervencionismo coronario percutáneo (ICP) es una complicación temida, especialmente tras un síndrome coronario agudo (SCA). Nos propusimos comparar la incidencia y factores predictivos de trombosis aguda, subaguda y tardía tras un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST).

Métodos: Se analizaron los pacientes que sufrieron TS que participaron en el ensayo clínico TOTAL (ThrOmbecTomy with PCI versus PCI ALone), que se trata de un estudio multicéntrico y prospectivo donde se aleatorizaba 1:1 pacientes con un SCACEST a tromboaspiración y PCI vs PCI aislada. Se realizó análisis uni y multivariante.

Resultados: De los 10.064 pacientes que participaron en el ensayo, se produjeron 155 TS (1,54%), que fueron 126 (81,3%) precoces (menos de un mes) y 29 (18,7%) tardías (de 1 mes a 1 año). De las precoces, 59 (0,59%) fueron agudas (2 (p = 0,003), mayor frecuencia de ictus (p = 0,015) e infarto (p = 0,015), mayor uso de clopidogrel (p = 0,001) y menor uso de inhibidores Gp IIb/IIIa durante el procedimiento (p = 0,010), también se asoció un mayor número de *stents* (p = 0,009), menor diámetro (p = 0,008) y acceso femoral (0,020). En el análisis multivariante la localización inferior (0,024), menor tiempo de síntomas (0,005), el uso de balón de contrapulsación (0,008) y el número de *stents* (0,007) fueron factores de riesgo de TS aguda. Se relacionaron con TS subaguda mayor edad (0,019), localización anterior (0,021) e insuficiencia cardiaca al ingreso (0,007); mientras que en el análisis multivariante el uso de clopidogrel (0,012) y menor diámetro de los *stents* (p = 0,0029 se relacionaron con TS subaguda. Fueron predictores de TS tardía la diabetes (p = 0,025) e infarto previo (p 0,01), hubo mayor prevalencia de uso de bloqueadores beta (p = 0,021) e IECA/ARAII (p 0,001); el único factor relacionado con PCI que se relacionó con TS tardía fue un mayor tiempo de procedimiento (p = 0,008).

Análisis multivariante que muestra factores de riesgo independientes						
	Trombosis *stent* [HR (IC95%)]	p	Trombosis precoz [HR (IC95%)]	p	Trombosis tardía [HR (IC95%)]	p

Edad, incremento por año edad	0,994 (0,979-1,008)	0,388	0,994 (0,978-1,010)	0,459	0,978 (0,946-1,011)	0,194
Varón	0,891 (0,608-1,307)	0,555	0,890 (0,584-1,358)	0,590	1,022 (0,407-2,570)	0,962
Infarto previo	2,315 (1,276-4,200)	0,006	1,527 (0,903-2,582)	0,114	7,101 (2,325-21,69)	0,001
Ictus previo	1,553 (0,812-2,968)	0,183	1,736 (0,849-3,549)	0,131		
Diabetes	1,251 (0,852-1,835)	0,253			1,883 (0,832-4,262)	0,129
Gp IIb/IIIa durante procedimiento	0,633 (0,412-0,971)	0,036	0,570 (0,344-0,944)	0,029		
Nº *stents*	1,414 (1,176-1,700)	0,001	1,433 (1,174-1,749)	0,001		
Diámetro *stent*			0,623 (0,413-0,941)	0,023		
Clopidogrel previo al ingreso			2,857 (1,405-5,810)	0,004		
Estatinas al alta	0,485 (0,265-0,888)	0,019	0,429 (0,223-0,827)	0,011		
Infarto anterior					0,850 (0,101-7,163)	0,881
Infarto inferior					1,848 (0,247-13,85)	0,550
Duración procedimiento ICP					1,011 (1,001-1,021)	0,061
Acceso radial	0,708 (0,509-0,984)	0,040				

Factores de riesgo, protectores y predictores independientes de trombosis de stent.

Conclusiones: Estos datos reflejan diferentes mecanismos fisiopatológicos entre TS precoz y tardía. La TS precoz tiene mayor relación con factores técnicos y del procedimiento del PCI; mientras que la TS tardía se relaciona con factores clínicos que influyen en una peor endotelización.