

Clasificación de riesgo AHA en el TEP agudo: distribución, características basales y manejo intervencionista en una cohorte multicéntrica española

Carlos Tejada González(1), Francisco Javier Noriega Sanz(2), Nieves Gonzalo López(2), Hernán David Mejía Rentería(2), Carlos Real Jiménez(3), Francesco Costa(4), Abel Andrés Morist(5), Ana Laffond Elvira(6), Ignacio J. Amat Santos(7), Pablo de la Fuente López(8), Fernando Sabatel Pérez(9), Daniel Tébar Márquez(10), Mª Teresa Velázquez Martín(11), María Eugenia Vázquez Álvarez(12) y Carlos Herrera Durán(2) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid) - España, (2)Servicio de Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España, (3)Department of Cardiology. Quebec Heart and Lung Institute, Quebec - Canadá, (4)Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga - España, (5)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Basurto, Bilbao (Bizkaia) - España, (6)Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca - España, (7)Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid - España, (8)Servicio de Cardiología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña) - España, (9)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada - España, (10)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz, Madrid - España, (11)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España y (12)Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid - España

Introducción: El tratamiento de la tromboembolia pulmonar (TEP) aguda está en transformación por la aparición de nuevas opciones terapéuticas intervencionistas. Las guías AHA han propuesto recientemente una nueva clasificación de riesgo en 5 estratos (A–E). El objetivo de este estudio fue analizar el uso de terapias dirigidas por catéter (TDC) en esta cohorte.

Métodos: El Registro Español de Intervención con Catéter en Embolia Pulmonar (NCT06348459) incluye pacientes con TEP agudo, que han sido (re) clasificados retrospectivamente según la AHA en seis categorías (B, C, D1, D2, E1, E2) más un grupo no determinable (ND), excluido del análisis junto con la categoría A (subclínico). Las características basales se compararon mediante Kruskal-Wallis y Chi-cuadrado con simulación de Monte Carlo. La mortalidad a 30 días se analizó mediante curvas de Kaplan-Meier con log-rank.

Resultados: La distribución de los 985 pacientes fue: B 4,5%, C 27,2%, D1 2,6%, D2 28,7%, E1 18,7%, E2 10,7% y ND 7,6%. El grupo C no pudo estratificarse por disponibilidad insuficiente de datos del ventrículo derecho. El grupo D1 fue minoritario (2,6% vs 28,7% de D2), por la dificultad de detectar hipotensión transitoria retrospectivamente, por lo que se agregaron en un único grupo (D), (Figura 1, panel A). Los subgrupos difirieron en edad (p=0,004), siendo B el más joven (56,2±13,0 años) frente a E1 (65,0±15,6 años), sin diferencias por sexo (p=0,102). El cáncer previo (p<0,001) y la obesidad (p=0,005) difirieron entre grupos. El motivo de consulta difirió (p<0,001): disnea predominó en todos excepto E2, donde predominó por definición la parada cardiorrespiratoria; el síncope fue frecuente en D1 (34,6%) y D2 (28,6%). El uso de TDC fue creciente con la gravedad (p<0,001), desde 34,1% en B hasta 83,3% en E2 (Figura 1, panel B). La mortalidad a 30 días difirió significativamente (p<0,001), desde el 0% en

el grupo B hasta el 1,1% en C, el 0,4% en D, el 6,0% en E1 y el 58,1% en E2. Excluyendo E2, el análisis de supervivencia a 30 días (Figura 1, panel C) mostró diferencias significativas entre los grupos B, C, D y E1 (log-rank p=0,001).

Conclusiones: La clasificación AHA identificó subgrupos con perfiles clínicos diferenciados y un uso de TDC creciente con la gravedad, coherente con la práctica clínica real. Las limitaciones retrospectivas impidieron estratificar el grupo C y distinguir D1 de D2, lo que obliga a su validación prospectiva.

