



7007-6. UTILIDAD DEL PUNTO DE CORTE DE 25 PUNTOS DEL SCORE PRECISE-TAPD EN GUIAR LA DURACIÓN DEL DOBLE TRATAMIENTO ANTIPLAQUETARIO EN PACIENTES CON SCA TRATADOS CON UN *STENT* CORONARIO

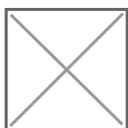
Rafael José Cobas Paz¹, Emad Abu-Assi¹, Sergio Raposeiras Roubín¹, Sergio Manzano Fernández², Pedro José Flores Blanco², Elena López Rodríguez¹, María Cespón Fernández¹, Lucía Rioboo Lestón¹, Mariano Valdés Chávarri² y Andrés Íñiguez Romo¹, del ¹Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra) y ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia).

Resumen

Introducción y objetivos: Las recientes guías de práctica clínica recomiendan la utilización de escalas como el PRECISE-TAPD como apoyo en la decisión sobre el tiempo de doble antiagregación plaquetaria (TAPD). El objetivo de nuestro estudio fue comparar la efectividad y seguridad de la duración de la TAPD guiada por la clasificación de los pacientes en alto frente a sin alto riesgo hemorrágico (? 25 frente a 25 puntos).

Métodos: Se analizó retrospectivamente una cohorte de 4.085 pacientes que ingresaron consecutivamente por un SCA entre enero/2010 y febrero/2016. Todos fueron tratados con *stent* coronario y TAPD al alta. Se dividió la cohorte en 2 grupos según el PRECISE-TAPD (? 25 frente a 25). Posteriormente, en cada uno de esos 2 grupos se realizó emparejamiento por la puntuación de propensión de recibir TAPD ? 6 frente a > 6 meses. Se comparó la incidencia acumulada de eventos isquémicos y hemorrágicos mediante la prueba de Fine and Gray (figura).

Resultados: El 74,2% recibió TAPD durante > 6 meses. La media de seguimiento fue de 38 ± 26 meses. El 20,24% presentó un sangrado BARC 2, 3 o 5. En conjunto, tanto los eventos isquémicos como hemorrágicos fueron más frecuentes en el grupo de riesgo de sangrado alto. Se obtuvieron 880 pacientes con PRECISE-TAPD ? 25. La incidencia de eventos hemorrágicos mostró tendencia a ser más elevada en el grupo de TAPD > 6 meses (35,1%, IC95% 29,8-40,7) frente a ? 6 meses (31,5%, IC95% 25,9-37,6) con sHR = 1,25; IC95% 0,97-1,63; p = 0,09. En contraste, la incidencia de eventos isquémicos fue similar entre ambos grupos de tratamiento: 30,9% (IC95% 24,2-36,5) frente a 32,2% (IC95% 24,4-45,5), respectivamente (sHR = 0,93; IC95% 0,71-1,25; p = 0,68). En el grupo con PRECISE-TAPD 25 no hubo diferencias significativas en la incidencia de sangrado en pacientes con TAPD > frente a ? 6 meses [(28,1%, IC95% 23,6-37,7) frente a (25,9%, IC95% 18,2-35,1)] con sHR = 1,09; IC95% 0,80-1,48; p = 0,57. En cambio, la incidencia de eventos isquémicos mostró una tendencia a ser más elevada en pacientes con TAPD ? 6 meses (19,8%, IC95% 14,0-27,2) frente a TAPD > 6 meses (13,3%, IC95%: 8,6-18,9), con sHR = 0,68, IC95% 0,44-1,03; p = 0,07.



Flowchart.

Conclusiones: La clasificación de los pacientes en alto riesgo frente a sin alto riesgo hemorrágico en función del PRECISE-TAPD (? 25 frente a 25) parece adecuada para guiar la duración de la TAPD en base a que permite lograr un equilibrio entre el riesgo hemorrágico e isquémico en pacientes con SCA tratados con *stent* coronario y TAPD.