



5015-2. UTILIDAD DE LA ESCALA PRECISE-TAPD MÁS ALLÁ DE LA VALORACIÓN DEL RIESGO HEMORRÁGICO

Gabriela Veiga Fernández, José M. de la Torre Hernández, Beatriz de Tapia Majado, Ángela Alonso Miñambres, Tamara García Camarero, Dae-Hyun Lee, Fermín Sainz Laso y Javier Zueco Gil, del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

Resumen

Introducción y objetivos: El PRECISE-TAPD es una escala que predice riesgo hemorrágico en pacientes con enfermedad arterial coronaria y doble antiagregación (TAPD) tras revascularización percutánea. Se desconoce su papel para predecir otro tipo de eventos cardiovasculares. Nos planteamos investigar la relación de las distintas puntuaciones de esta escala con el pronóstico de estos pacientes.

Métodos: Se incluyeron pacientes sometidos a revascularización percutánea con *stent* y necesidad de TAPD con al menos un año de seguimiento. Se dividieron en 2 grupos según su puntuación en la escala PRECISE-TAPD ≥ 25 o < 25 . Se evaluó la relación de la puntuación del PRECISE-TAPD con otras escalas de riesgo y con la aparición de eventos cardiovascular mayores (MACE).

Resultados: Se incluyeron un total de 487 pacientes: 172 (35,3%) con puntuación PRECISE-TAPD ≥ 25 y 315 (64,7%) puntuación < 25 . La media de edad fue mayor en el grupo con puntuación ≥ 25 : $72,2 \pm 13,5$ frente a $62,2 \pm 11$ ($p = 0,001$). Estos pacientes también tenían más HTA 128 (74,4%) frente a 190 (60,3%) ($p = 0,02$) y enfermedad vascular periférica 32 (18,6%) frente a 29 (9,2%) ($p = 0,003$). Los de puntuación ≥ 25 en menos ocasiones se presentaron como SCAEST 99 (57,6%) frente a 214 (69,7%) ($p = 0,022$); sin embargo los que sí lo hicieron se encontraban en un Killip mayor (III-IV) 14 (20,6%) frente a 10 (7,3%) ($p = 0,005$). La relación con las escalas y los MACE se muestran en la tabla. El tiempo medio de seguimiento fue de 521 ± 96 días. A pesar de que la tasa de nuevas revascularizaciones fue mayor en el grupo de puntuación < 25 ; el % de IAM y la mortalidad global así como la relacionada con sangrado fue superior en el subgrupo con puntuación ≥ 25 . El análisis de regresión logística mostró un mayor riesgo de muerte en los pacientes con puntuación ≥ 25 (HR 2,54; IC95% 1,25-5,14 $p = 0,01$).

	PRECISE DAPT ≥ 25 (n: 315)	PRECISE DAPT < 25 (n: 172)	
CHADS-VASC	$1,8 \pm 1,44$	$3,4 \pm 1,5$	$p = 0,001$
SYNTAX I	$15,4 \pm 12,2$	$28,3 \pm 60$	$p = 0,005$

Escala GRACE	113,3 ± 26,3	140,8 ± 38	p = 0,001
Escala DAPT	1,14 ± 1,3	0,7 ± 1,4	p = 0,003
MACE	44 (13,8%)	28 (14,7%)	p = 0,796
Muerte global	13 (4,3%)	19 (10,5%)	p = 0,007
Muerte relacionada con sangrado	0	4 (21%)	
IAM	9 (2,8%)	12 (6,3%)	P = 0,042
Nueva revascularización	28 (8,8%)	8 (4,2%)	P = 0,049
Ictus	2 (0,6%)	4 (2,1%)	P = 0,138
Sangrado BARC > 2	5 (1,6%)	11 (5,8%)	P = 0,009

Conclusiones: El PRECISE-TAPD es una escala que permite predecir eventos isquémico-trombóticos y extensión de enfermedad coronaria. Se relaciona además con un riesgo aumentado de sangrado, infarto y mortalidad a expensas de la relacionada con sangrado.