



5021-2. AUSENCIA DE VALOR PRONÓSTICO INCREMENTAL DE LA ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA AÑADIDA A LA ESCALA PRECISE-TAPD EN LA ESTIMACIÓN DEL RIESGO HEMORRÁGICO AL AÑO DE SEGUIMIENTO TRAS SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Isabel Muñoz Pousa, Emad Abu-Assi, Sergio Raposeiras Roubín, María Cespón Fernández, Luis Manuel Domínguez Rodríguez, Pablo Domínguez Erquicia, Rafael Cobas Paz, Berenice Caneiro Queija, Karim Jamhour Chelh, Luis Pérez Casares, Elena López Rodríguez, María Castiñeira Busto, Saleta Fernández Barbeira y Andrés Íñiguez Romo, del Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra).

Resumen

Introducción y objetivos: La vasculopatía periférica (VP; arteriopatía periférica y antecedentes de ACV) es un factor de riesgo de complicaciones hemorrágicas en el SCA. Dicha condición no se contempla en la escala PRECISE-TAPD y se desconoce si mejora sus estimaciones para predecir sangrado. Estudiamos este aspecto en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) tratados con intervencionismo coronario percutáneo (ICP) y tratamiento antiagregante plaquetario doble (TAPD) al alta.

Métodos: Fueron recogidos 3,814 pacientes con SCA tratados con ICP y TAPD al alta de forma retrospectiva desde 2010 a 2016, en todos calculamos el PRECISE-TAPD. Para determinar la asociación y la magnitud de dicha asociación entre PRECISE-TAPD solo y combinado con la VP usamos modelos de regresión de Cox. La variable independiente fue sangrado BARC 2-5 o BARC 3-5 al año tras el alta. Calculamos los estadísticos C y los comparamos con test de Delong. Se usó el índice de mejoría neta de reclasificación para verificar el valor pronóstico incremental de añadir la VP a la escala. La calibración se comprobó con el método de Hosmer-Lemeshow.

Resultados: La media de edad fue 64 ± 13 años, el 21,4% eran mujeres. La prevalencia de sangrado previo fue de 2,5%. La media del PRECISE-TAPD fue de 23 ± 13 puntos. De la muestra final de pacientes, 17,7% eran de riesgo muy bajo de sangrado, 23,5% riesgo bajo, 19,5% riesgo moderado y 39,2% riesgo alto. 306 (8,0%) tenían vasculopatía periférica. Durante un seguimiento de $12 \pm 2,6$ meses, se registraron 5,7% BARC 2-5. La HR de PRECISE-TAPD para sangrado BARC 2-5 fue de 1,03 (1,02-1,04; $p < 0,001$) y del modelo Cox incluyendo PRECISE-TAPD y VP, la HR de VP fue de 1,5 (1,0-2,2; $p = 0,05$). La incidencia de BARC 3-5 fue de 1,7%. La HR de PRECISE-TAPD para sangrado BARC 3-5 fue de 1,05 (1,03-1,07; $p < 0,001$) y en el modelo Cox incluyendo VP, la HR de VP fue de 1,6: (0,8-3,1; $p = 0,13$). La capacidad discriminativa del PRECISE-TAPD solo fue de 0,60 (IC95% 0,56-0,64; $p < 0,001$) e incluyendo VP: $C = 0,68$ (IC95% 0,61-0,75; p del test de Delong para la comparación de ambos valores = 0,99). El índice de mejoría neta de reclasificación fue de 0,01% ($p = 0,78$). La calibración fue buena para todo los modelos Cox (χ^2_{15} y $p > 0,4$).

Conclusiones: La adición de VP a la escala PRECISE-TAPD no parece proporcionar una ganancia en su capacidad predictiva, y es razonable prescindir de su presencia en la estimación del riesgo hemorrágico.