



5021-3. ¿ESCALA PRECISE TAPD COMO PREDICTOR DE ICTUS POSTSÍNDROME CORONARIO AGUDO?

Teba González Ferrero¹, Belén Álvarez Álvarez¹, Carla Eugenia Cacho Antonio¹, Abel Torrelles Fortuny¹, Charigan Abou Jokh Casas¹, Rosa María Agra Bermejo¹, Pedro Rigueiro Veloso¹, José María García Acuña¹, Alberto Cordero Fort² y José Ramón González Juanatey¹, del ¹Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela (A Coruña) y ²Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante (Alicante).

Resumen

Introducción y objetivos: El riesgo de ictus postsíndrome coronario agudo está incrementado. El objetivo de nuestro estudio ha sido evaluar la tasa de ictus en un estudio multicéntrico y evaluar la capacidad discriminativa del GRACE, que ya ha demostrado su capacidad de predicción de ictus, pero también la que tendría la escala PRECISE TAPD.

Métodos: Se incluyeron 5.916 pacientes de 2 centros tras su hospitalización por SCA, con una mediana de seguimiento de 5,5 (IQR 2,6-7,0), con una edad media de 66 (13) años, siendo el 27,7% mujeres. Se evaluó la tasa de ictus durante el seguimiento y el riesgo asociado al mismo.

Resultados: Entre los factores de riesgo más frecuentes: 25,7% diabetes mellitus (DM), 27,0% tabaquismo, 55,1% hipertensión arterial (HTA), 20,3% antecedentes de cardiopatía isquémica previa, 11,5% tenían patología pulmonar previa. Además el 8,2% presentaban antecedentes de FA. Durante el seguimiento medio de 4,9 (2,7) años, 242 pacientes (4,1%) presentaron un ictus o accidente isquémico transitorio. En la tabla se resumen las características entre los pacientes con y sin ictus durante el seguimiento. Se realizó un análisis de regresión logística multivariable donde tanto el GRACE (HR 1,01, IC95% 1,00-1,02) como la escala PRECISE TAPD (HR 1,03, IC95% 1,01-1,05) fueron predictores independientes de ictus tras ajustarlo por presencia de edad y FA, que era el factor independiente de mayor riesgo (HR 1,67, IC95% 1,09-2,55). Ambos mostraron una capacidad moderada en la predicción de ictus, ligeramente superior en la escala PRECISE TAPD (AUC 0,64 ± 0,02) que con la escala GRACE (AUC 0,63 ± 0,02) (figura).

Características basales

	No ictus (n = 5.674)	Ictus (n = 242)	p
Edad	66 (13)	73 (11)	0,001
Sexo femenino	1.553 (27,4%)	85 (35,1%)	0,006

DM	1.439 (25,4%)	84 (34,7%)	0,001
HTA	3.102 (54,7%)	160 (66,1%)	0,001
DLP	2.682 (47,3%)	123 (50,8%)	0,154
Tabaquismo	1.550 (27,3%)	47 (19,4%)	0,003
Antecedentes de cardiopatía isquémica	1.141 (20,1%)	61 (25,2%)	0,035
Fibrilación auricular total (pre y post)	446 (7,9%)	40 (16,5%)	0,001
GRACE	139 (36)	154 (37)	0,001
CRUSADE	20 (16)	26 (18)	0,001
PRECISE	15 (8)	19 (10)	0,001
Hemoglobina	14,1 (1,8)	13,6 (1,8)	0,001
Creatinina	1,0 (0,5)	1,2 (0,7)	0,001
Coronariografía	5.158 (90,9%)	206 (85,1%)	0,003
Ácido acetilsalicílico al alta	5.113 (90,1%)	216 (89,3%)	0,363
Bloqueadores beta al alta	3.903 (68,8%)	158 (65,3%)	0,141
IECA/ARA II al alta	3.543 (62,4%)	149 (61,6%)	0,416
Estatinas al alta	4.780 (84,2%)	205 (84,7%)	0,466
Mortalidad seguimiento	1.274 (22,5%)	115 (47,5%)	0,001



Conclusiones: Las puntuaciones GRACE y PRECISE TAPD son predictoras de ictus en el seguimiento en pacientes tras SCA y que debemos usar no solo en la predicción del riesgo isquémico y hemorrágico respectivamente, sino también como predictor de ictus. Sin embargo, la presencia de FA previo o su aparición posterior sigue siendo el predictor independiente de mayor riesgo.