



6017-203. ESCALA PRECISE TAPD COMO PREDICTOR DE ICTUS POSTSÍNDROME CORONARIO AGUDO

Abel Torrelles Fortuny, Teba González Ferrero, Carla Eugenia Cacho Antonio, Pablo José Antúnez Muiños, Marta Pérez Domínguez, Belén Álvarez Álvarez, Rosa María Agra Bermejo, Pedro Rigueiro Veloso, José María García Acuña, Alberto Cordero y José Ramón González Juanatey, del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela (A Coruña).

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.

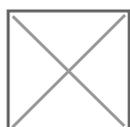
Métodos: Se incluyeron 5.916 pacientes de 2 centros tras su hospitalización por SCA, con una mediana de seguimiento de 5,5 (IQR 2,6-7,0), con una edad media de 66 (13) años, el 27,7% eran mujeres. Se evaluó la tasa de ictus durante el seguimiento y el riesgo asociado al mismo.

Resultados: Entre los factores de riesgo más frecuentes: 25,7% 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 AIT. 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 fibrilación auricular (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).

Ictus frente a no ictus post-SCA

	No ictus (n = 5674)	Ictus (n = 242)	p
Edad	66 (13)	73 (11)	0,001
Sexo femenino	1.553 (27,4%)	85 (35,1%)	0,006

Diabetes mellitus	1.439 (25,4%)	84 (34,7%)	0,001
Hipertensión arterial	3.102 (54,7%)	160 (66,1%)	0,001
Dislipemia	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
Estatinas al alta	4.780 (84,2%)	205 (84,7%)	0,466
Mortalidad seguimiento	1.274 (22,5%)	115 (47,5%)	0,001



Curva ROC.

Conclusiones: Las escalas GRACE y PRECISE TAPD son predictores 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.