



3. PRECISE-DAPT, ARC-HBR, O EVALUACIÓN CLÍNICA SIMPLIFICADA EN LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE SANGRADO TRAS INTERVENCIONISMO CORONARIO EN PACIENTES MAYORES

David Martí Sánchez, Alexander Felix Marschall, Manuel Tapia Martínez, Belén Biscotti Rodil, Juan Duarte Torres, Elena Basabe Velasco, Freddy Andrés Delgado Calva, Carmen Ramos Alejos Pita, Vicente Peruyero Gil, Edurne López Soberón, Alfonso Suárez Cuervo y Salvador Álvarez Antón

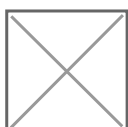
Servicio de Cardiología, Hospital Central de la Defensa, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Intensidad y duración del tratamiento antiplaquetario se sustentan en el riesgo de sangrado. Sin embargo, no hay consenso sobre el mejor método de estratificación del riesgo en poblaciones concretas. Nuestro objetivo fue analizar el rendimiento de las puntuaciones más comunes o de una evaluación clínica simplificada en la predicción del sangrado en pacientes mayores.

Métodos: Registro observacional prospectivo de todos los pacientes ≥ 75 años tratados con una intervención coronaria percutánea (ICP) en un hospital terciario durante 2012-2018. Se calcularon PRECISE-DAPT y ARC-HBR (criterio mayor, 1 punto; criterio menor, 0,5 punto), así como una evaluación clínica simplificada (ECS) que otorgó 1 punto a cada una de: anticoagulación crónica, hemoglobina basal 11 g/dl , antecedente de sangrado. Se comparó su rendimiento en población total y en no anticoagulados (método DeLong). El evento de valoración principal fue el sangrado BARC 3 o 5 tras el alta hospitalaria (SAH) a los 12 meses.

Resultados: Se incluyeron 693 pacientes consecutivos (edad 81 ± 4 años, 33% mujeres, 50% síndromes coronarios agudos, 80% acceso radial). La distribución de cada escala fue, mediana (rango intercuartílico): PRECISE-DAPT, 29 (24-37); ARC-HBR, 1,5 (0,5-2,0); ECS, 0 (0-1). El 72,5%, 72,0% y 37,2% cumplieron criterios de alto riesgo (PRECISE-DAPT ≥ 25 , ARC-HBR ≥ 1 y ECS ≥ 1). A los 12 meses, la incidencia del evento principal fue del 7,0%. Únicamente los ECS elevados se asociaron con el sangrado (HR 2,53, IC95% 1,40-4,54, $p = 0,002$), pero no así los PRECISE-DAPT o ARC-HBR elevados ($p = 0,19$ y $p = 0,29$). La capacidad discriminativa en la población total fue moderada y similar para las 3 escalas (estadístico c 0,601; 0,621; 0,617, $p > 0,05$ todas las comparaciones, figura). En no anticoagulados, en coherencia con la cohorte de derivación original, mejoró discretamente la capacidad discriminativa de PRECISE-DAPT (estadístico c 0,616) y empeoraron la de ARC-HBR (estadístico c 0,585) y ECS (estadístico c 0,596).



Conclusiones: La incidencia de sangrado tras el alta es elevada, por lo que la duración abreviada de antiplaquetarios debería plantearse como estándar en población mayor. En subgrupos complejos es necesario diseñar escalas que mejoren el rendimiento de las escalas comunes. Mientras tanto, la evaluación clínica simplificada puede aportar información equivalente a la de escalas de aplicación más laboriosa.