

5017-6. UTILIDAD DE LAS ESCALAS DE RIESGO PRECISE-TAPD Y PARIS PARA PREDECIR EL SANGRADO DURANTE EL SEGUIMIENTO EN PACIENTES INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ARTERIAS CORONARIAS NO OBSTRUIDAS (MINOCA)

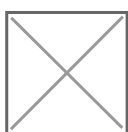
Leyre Álvarez Rodríguez¹, Javier López Pais², Milagros Pedreira Pérez¹, Barbara Izquierdo Coronel², David Galán Gil², Alberto Cordero³, Rosa Agra Bermejo¹, Ana Belén Cid Álvarez¹, José María García Acuña¹, Joaquín Jesús Alonso Martín² y José Ramón González Juanatey¹, del ¹Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela (A Coruña), ²Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid) y ³Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante (Alicante).

Resumen

Introducción y objetivos: Las escalas de riesgo PRECISE-TAPD y PARIS se desarrollaron recientemente para la evaluación del riesgo de hemorragia en pacientes con intervención coronaria percutánea (ICP) tratados con tratamiento antiagregante plaquetario doble (TAPD).

Métodos: Estudio observacional con carácter retrospectivo basado en una cohorte de MINOCA (según las definiciones del Documento de Posición del Grupo de Trabajo de la ESC 2016 sobre MINOCA) procedente de los registros de infarto de miocardio de 3 hospitales universitarios durante el periodo 2003-2018 (N 622 pacientes). Registramos información específica sobre el tratamiento prescrito después de la hospitalización y los eventos hemorrágicos (según las escalas TIMI y BARC) durante el seguimiento.

Resultados: De los 10.000 pacientes ingresados por infarto agudo de miocardio se clasificaron como MINOCA 622 pacientes (incidencia 6,2%). El 40,7% eran mujeres, el 27,0% mayores de 75 años. Con respecto a los factores de riesgo cardiovascular, el 25,1% eran fumadores, el 19,0% tenía diabetes, el 42,3% presentaban dislipemia y el 57,7% eran hipertensos. En el momento del alta, el 18,2% tenía disfunción ventricular. TAPD se prescribió en el 32,4% de los pacientes con MINOCA, ácido acetilsalicílico en el 74,3%, clopidogrel en el 26,2%, prasugrel en el 1,5%, ticagrelor en el 4,7% y anticoagulación en el 16,2%. Sobre la cohorte, se calcularon las escalas PARIS y PRECISEDAPT. La puntuación media entre los pacientes con antecedentes de hemorragia fue de 5,7 y 23,3 respectivamente, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas en comparación con las puntuaciones medias en los pacientes sin antecedentes de hemorragia (p 0,082). Según la escala BARC, se documentaron 10 episodios de sangrado durante el seguimiento. Ninguna de las 2 escalas (PRECISE-TAPD y PARIS) presenta una discriminación adecuada (área debajo de la curva 0,56 y 0,66, respectivamente), para la predicción de eventos hemorrágicos.



Curvas ROC escalas Paris y Precise-TAPD.

Conclusiones: Las puntuaciones de PRECISE-TAPD y PARIS no han mostrado poder suficiente para predecir eventos hemorrágicos en nuestra cohorte de pacientes con MINOCA.