



Revista Española de Cardiología



6002-150. VALOR PRONÓSTICO A CORTO PLAZO DEL VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO EN LOS PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Dafne Viliani¹, Ana Viana Tejedor¹, Nuria Acosta García², Elena Fortuny Frau¹, Iván Núñez Gil¹, Nieves Gonzalo López¹, Antonio Fernández Ortiz¹ y Carlos Macaya Miguel¹ del ¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid y ²Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La presencia de un volumen plaquetario medio (VPM) elevado se considera un marcador de reactividad plaquetaria y se ha asociado con una mayor incidencia de síndrome coronario agudo (SCA) y con una mayor frecuencia de eventos adversos en el contexto del mismo. El objetivo de nuestro estudio es analizar la influencia del VPM en el pronóstico a corto plazo de los pacientes con un SCA.

Métodos: Analizamos retrospectivamente los datos de 712 pacientes ingresados en la Unidad Coronaria (UC) de nuestro centro entre enero de 2011 y diciembre de 2012 con el diagnóstico de SCA. Para cada paciente, se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, ecocardiográficos y angiográficos y se analizó la relación entre el VPM y la mortalidad intrahospitalaria precoz, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y la clase Killip.

Resultados: El 56% de los pacientes ingresados en nuestra UC presentaban un SCA con elevación del segmento ST (56%) y el 44% sin elevación del segmento ST (44%). No hubo diferencias significativas en el VPM de ambos grupos ($8,64 \pm 1,22$ fl los SCACEST vs $8,65 \pm 1,19$ fl los SCASEST, $p = 0,8$). Encontramos una asociación lineal inversa entre el VPM y la FEVI, de manera que un mayor tamaño plaquetario se asoció con una FEVI peor ($p = 0,017$). Asimismo, un VPM elevado al ingreso se asoció de forma significativa con la presencia de *shock* cardiogénico. Tanto los pacientes que ingresaron en *shock* cardiogénico, como los que lo desarrollaron a lo largo del ingreso, presentaron un VPM mayor que los pacientes en clase de Killip menor ($9,27 \pm 1,49$ fl en los Killip IV al ingreso vs $8,63 \pm 1,18$ fl en los Killip I, II o III al ingreso: $p = 0,006$. Killip máximo I-II-III: $8,62$ fl $\pm 1,17$ vs Killip máximo IV: $9,14$ fl $\pm 1,59$, $p = 0,006$). Además, los pacientes que fallecieron durante su estancia en la UC (2,1%) tenían un VPM mayor que el grupo de supervivientes, aunque esta diferencia no llegó a ser estadísticamente significativa ($9,03 \pm 1,58$ fl vs $8,65 \pm 1,19$ fl, $p = 0,233$).



Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que la presencia de un VPM elevado al ingreso es un factor de mal pronóstico en los pacientes con SCA, ya que se asocia con una mayor incidencia de *shock* cardiogénico y con una FEVI menor. La determinación del VPM es sencilla y barata y puede ser de gran utilidad para la evaluación pronóstica estos pacientes.