



6015-235. ¿ES EL RATIO PLAQUETAS/LINFOCITOS ÚTIL COMO VARIABLE PREDICTORA DE LA GRAVEDAD DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO?

Kevin Álvarez Ruiz, Carlos Gil Guillén, José María Medina Gil, Efrén Martínez Quintana y Francisco Jiménez Cabrera del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).

Resumen

Introducción y objetivos: La determinación del ratio plaquetas/linfocitos (RPL) podría ayudar a predecir la gravedad del evento agudo presentado por el paciente. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la asociación entre el ratio RPL con: la gravedad del diagnóstico inicial, la gravedad de la enfermedad coronaria (EC) demostrada en la coronariografía durante el ingreso, el pico de troponinas y la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) al alta.

Métodos: Seleccionamos de forma consecutiva los pacientes que ingresaron en Cardiología con el diagnóstico de síndrome coronario agudo (SCA) entre mayo y agosto de 2016. De ellos, se analizaron los datos de la analítica extraída a su llegada al servicio de urgencias. Dado que la variable RPL no sigue una distribución normal (comprobado mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov) se utilizaron test no paramétricos para contrastar las hipótesis del estudio.

Resultados: Se analizaron un total de 97 pacientes. No existieron diferencias entre el RPL y la edad, el sexo ni los factores de riesgo cardiovascular clásicos, salvo con respecto a la dislipemia, donde se encontró un ratio RPL mayor en los pacientes no dislipémicos. A mayor gravedad del diagnóstico de ingreso, mayor elevación del ratio RPL (angina inestable 41,82; SCASEST 44,47; SCACEST 58,14) p 0,04. No se encontraron diferencias entre la gravedad de la EC objetivada en la coronariografía y el ratio RPL (sin lesiones 44,90; 1 vaso 46,70; 2 vasos; 50,81; 3 vasos 50,48) p 0,91. A su vez, se comprobó una débil correlación entre el pico de troponina alcanzado y el ratio RPL (coeficiente 0,233 p 0,022). No se encontró una relación estadísticamente significativa entre mayor gravedad de la disfunción ventricular izquierda al alta con respecto al ratio RPL (FEVI [$> 50\%$]: 46,41; FEVI [50-40%]: 48,65; FEVI [40-30%]: 46,83; FEVI [30%]: 66,70) p 0,212.

Resultados principales

Diagnóstico al ingreso	Angina inestable	25 (25,8%)	Test Kruskal-Wallis (41,82 frente a 44,47 frente a 58,14), p 0,04
	SCASEST	35 (36,1%)	

SCACEST 37 (38,1%)

Correlación usando Rho de Spearman

Pico de troponina (I) Media 18,24 (DE 53)
Coeficiente débil (0,233) pero significativo (p 0,022)

> 50 58 (59,1%)

50-40 20 (20,6%)

FEVI al alta

40-30 9 (9,3%)

30 10 (10,3%)

Sin lesiones 5 (5,2 %)

Monovaso 33 (34%)

Enfermedad arterial coronaria en coronariografía

Dos vasos 27 (27,8%)

TCI o 3 vasos 32 (33%)

Test Kruskal-Wallis (46,41 frente a 48,65 frente a 46,83 frente a 66,70), p 0,212

Test Kruskal-Wallis (44,90 frente a 46,70 frente a 50,81 frente a 50,48), p 0,91

Conclusiones: El ratio RPL se asoció de forma significativa con la mayor gravedad del evento agudo presentado y presentó una correlación débil con el pico de troponinas alcanzado. Sin embargo, no se relacionó con el número de vasos afectados en la coronariografía ni con la FEVI al alta. Haría falta realizar un estudio con un mayor número de pacientes, pero en este estudio el ratio RPL no se muestra como un parámetro de utilidad a la hora de predecir la gravedad del evento agudo presentado por el paciente.