



Cardiocre



128/117. - EL USO DE PRASUGREL EN PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST SOMETIDOS A TROMBOLISIS

F. Carrasco Ávalos, F. Mazuelos, M. Pan Álvarez-Ossorio, J. Suárez de Lezo Herreros de Tejada, M. Romero Moreno, S. Ojeda Pineda, J. Segura Saint-Gerons, T. Seoane García, M. Martín Hidalgo y J. Suárez de Lezo Cruz-Conde

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen

Introducción y objetivos: Disponemos de nuevos agentes antiplaquetarios como el prasugrel en terapia antiplaquetaria adyuvante a trombolisis intravenosa para el infarto con elevación del ST (IAMCEST). La terapia fibrinolítica está considerada como de alto riesgo de sangrado, especialmente cerebral. Objetivo: mostrar eventos clínicos en pacientes con SCACEST tratados con prasugrel como terapia adyuvante a la trombolisis.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron los registros de pacientes admitidos en dos hospitales (uno comarcal sin PCI y otro regional con PCI), diagnosticados de IAMCEST con trombolisis como terapia de reperfusión, realizada con aspirina y prasugrel.

Resultados: Enero 2011-junio 2013, 164 pacientes (edad: 58 ± 10 , hombres: 88%) con IAMCEST más dosis completas de trombolítico, aspirina y prasugrel. Todos considerados para coronariografía e ICP. Mediana de tiempo de aparición de síntomas al primer contacto médico (FMC) fue de 56 min (rango intercuartil 30-90 min). Mediana aguja-FMC fue de 60 minutos (rango intercuartil 30-81 min). Coronariografía a 159 de 164 pacientes (97%). ICP de rescate a 51 (31%). 108 pacientes restantes (66%) PCI electiva a los $1,7 \pm 1,5$ días. Flujo en arteria relacionada con el infarto con TIMI 0-1 en 39 (24,5%), TIMI 2-3 en 120 (75,5%). Enfermedad arterial coronaria significativa (151 pacientes), en 67 (44%) se implantó *stent* metálico, *stent* liberador de fármacos en 79 (52%). En 24 pacientes se usó anti IIb/IIIa (15%). Durante el ingreso 4 pacientes (2,4%) fallecieron. En 4 (2,4%) hemorrágica importante (1 mortal). En 2 (1,2%) un ACV isquémico. Ninguna hemorragia intracraneal. En total 10 eventos adversos (6%) durante la hospitalización. Media de seguimiento ($10,5 \pm 7,5$ meses), incidencia de eventos mayores (muerte, sangrado mayor o eventos isquémicos), sangrado y eventos isquémicos a un año fue 10,3%, 3,7% y 7,2%, respectivamente. Mortalidad a un año del 3%. Ningún ACV hemorrágico detectado al seguimiento.

Conclusiones: Aunque nuestro estudio fue observacional, una serie relativamente pequeña de pacientes, administrar prasugrel en el momento de la trombolisis con SCACEST parece ser seguro. El beneficio de esta terapia adyuvante debe estudiarse.

Valor pronóstico del volumen plaquetario medio en pacientes ingresados por síndrome coronario agudo en una Unidad Coronaria

M. Gómez Domínguez, M. Lobo González, K. Medina Rodríguez, E. Blanco Ponce, A. Ruiz Duthil, J. García Rubira, M. Chaparro Muñoz y A. Recio Mayoral

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: El volumen plaquetario medio (VPM) se ha propuesto como marcador de reactividad plaquetaria y riesgo cardiovascular. Evaluamos si el VPM se correlaciona con el pronóstico a corto plazo tras un síndrome coronario agudo (SCA).

Material y métodos: Estudio observacional de cohortes retrospectivo que incluyó 136 pacientes consecutivos (93 hombres, edad media 66 ± 12 años) ingresados en Unidad Coronaria por SCA, con/sin elevación segmento ST (83 y 53 pacientes respectivamente). Se recogieron los valores de VPM al ingreso, dividiéndose la muestra en tertiles (VPM < 7,8; VPM 7,8-8,5; y VPM > 8,5 fl). Se evaluó la mortalidad intrahospitalaria y un combinado de muerte, reinfarto y reingreso al mes del evento.

Resultados: La mortalidad intrahospitalaria fue del 4,4%, registrándose 18 eventos (13,2%) en el seguimiento. No hubo diferencias en los valores de VPM según la presentación del SCA. Los pacientes en el máximo tercil presentaron una tendencia a mayor mortalidad intrahospitalaria y un significativo incremento de eventos al mes comparado con aquellos pacientes con menores VPM (9,5% vs 2,1%, $p = 0,07$ y 31% vs 5,3%, $p < 0,001$, respectivamente). El análisis de regresión logística mostró el mayor tercil de VPM (OR 6,4, IC95% 2,0-20,1) y la diabetes (OR 3,6, IC95% 1,2-11,1; $p = 0,02$) como los mejores predictores de eventos al seguimiento. El análisis de curva ROC mostró un aceptable valor pronóstico del VPM (área bajo curva 0,79 [0,68-0,90], $p < 0,001$).

Conclusiones: En pacientes ingresados por un SCA, los valores elevados de VPM se asociaron con un peor pronóstico a corto plazo.