



RV-2. - SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN ST (SCACEST) Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV) CONCOMITANTE

R. Bravo Marqués, P. Chinchurreta Capote, A. Pérez Cabeza, L. Fernández López, F. Torres Calvo, J. Siles Rubio, C. Corona Barrio, F. Ruiz Mateas

Servicio de Cardiología. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

Resumen

Objetivos: El ictus es una complicación infrecuente en nuestro medio pero muy importante en pacientes que sufren SCACEST, asociándose a una elevada morbimortalidad. Se estima que la incidencia de ictus en pacientes con SCACEST es en torno al 1,3% aproximadamente. Los factores que predisponen al ictus en aquellos que han sufrido un SCACEST son la presencia de fibrilación auricular, IAM anterior, edad, diabetes mellitus, realización de coronariografía y cirugía de revascularización coronaria. Tanto el ACV como el SCACEST son patologías con elevada prevalencia estando el manejo de las mismas protocolizados de forma individual, pero debido a la gran complejidad, cuando ambas confluyen en el mismo tiempo, no existe un acuerdo generalizado sobre el tratamiento a llevar a cabo en el momento agudo y en el posterior seguimiento de las mismas. Nuestro objetivo es analizar aquellos pacientes que han sufrido ambas patologías de forma concomitante, el tratamiento realizado en el momento agudo, y la morbimortalidad en cada uno de los pacientes.

Métodos: Realizamos un análisis descriptivo de aquellos pacientes que han sufrido de forma concomitante SCACEST e ictus en nuestro centro en los últimos 3 años (0,95% en 2010, 0,85% en 2011 y 2,07% en 2012), estudiando las características basales, tratamiento efectuado en cada caso, la mortalidad y el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron a 9 pacientes. El 66,7% eran varones con edad media de 68 años. El 67% presentaba ≥ 3 FRCV, un 11% cardiopatía isquémica e ictus previo. En un 80% se consideró el SCACEST como diagnóstico principal, realizándose fibrinólisis en un 44%. El 44% de los SCACEST fueron anteriores o inferoposteriores siendo la FEVI del $50 \pm 11\%$. El tratamiento con doble antiagregación se inició en el 66% de los casos. La conversión hemorrágica sólo tuvo lugar en un paciente, no siendo atribuible a la doble antiagregación ni a la realización de coronariografía; la tasa de exitus durante el ingreso fue de un 44%. Los pacientes que sobrevivieron fueron tratados con doble antiagregación en el 60%, sólo con AAS en el 20% y con clopidogrel en el resto. La triple terapia no se utilizó en ningún caso. A los 12 meses de seguimiento el 75% de los supervivientes se encontraban estables cardiovascularmente, sin angina y mínimas secuelas neurológicas (tabla).

Tabla (RV 2)

Paciente	Edad	Sexo	≥ 3FRCV	Cardiopatía Isquémica previa	ACV previo	Fibrinólisis Cardíaca	ACTP primaria	FEVI	Antiagregación	ICP	Exitus	Motivo exitus
1	90	V	NO	Sí	Sí	No	Sí	50%	AAS+IP2Y12	BAR	No	
2	52	V	No	No	No	Sí	No	50%	AAS+IP2Y12	NO	No	
3	72	M	No	No	No	Sí	No	55%	AAS+IP2Y12	NO	No	
4	65	V	Sí	No	No	Sí	No	34%	IP2Y12	NO	No	
5	58	V	Sí	No	No	No	No	58%	AAS	NO	No	
6	65	V	No	No	No	No	No	32%	NO	NO	Sí	Shock cardiogénico
7	66	M	Sí	No	No	No	No	60%	AAS+IP2Y12	NO	Sí	Shock cardiogénico
8	81	M	Sí	No	No	Sí	No	60%	AAS+IP2Y12	BAR	Sí	Asistolia
9	71	V	No	No	No	No	No	?	AAS+IP2Y12	NO	Sí	Fibrilación ventricular

Conclusiones: A pesar de su baja incidencia, alta tasa de mortalidad y complicaciones, hace que sea necesario realizar una estrategia individualizada y multidisciplinar en estos casos, orientando el tratamiento hacia la patología con mayor riesgo vital.