



RV-017 - IMPORTANCIA SEGÚN EL TIPO DE TERAPIA DE REPERFUSIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

V. Naranjo Velasco¹, A. del Rio Lechuga², M. Pérez Ruiz³, J. Barcala Salido¹, O. Zoletto Camacho¹, J. Mora Delgado¹ y A. Estella García³

¹Medicina Interna, ³Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz). ²Cardiología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Resumen

Objetivos: Analizar la distribución de una serie de factores de riesgo cardiovasculares tras un síndrome coronario agudo en una serie de pacientes ingresados en la Unidad Coronaria de Cuidados Intensivos del Hospital de Jerez.

Material y métodos: Estudio descriptivo-transversal con intención analítica, cuya población a estudio han sido todos los pacientes con SCA ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos durante un periodo de 60 días. Las variables recogidas: edad, sexo, tabaquismo, diabetes, hipertensión, dislipemia, obesidad, tratamiento domiciliario y los datos analíticos (marcadores cardíacos y función renal), electrocardiográficos y de la coronariografía. El análisis ha sido realizado mediante el programa estadístico SPSS v 24.00 con la aplicación de los coeficientes de correlación de Pearson y Spearman.

Resultados: N = 41 pacientes. Hombres: 68%. Edad media: 64,63 ± 11,68 (41,93). SCACEST 58,5%; SCASEST 39%. Angioplastia primaria 56%, fibrinólisis 22% y angioplastia de rescate 22%. Angioplastias primarias efectivas 95%, rescatadas 5%. Fibrinólisis efectivas 2,5%, rescatadas 87,5%. Estudio de la asociación edad-terapia de reperfusión: edad/angioplastia primaria r = 0,137 p = 0,406; edad/fibrinólisis r = -0,429 p = 0,006. Relación terapia de reperfusión y elevación del ST: angioplastia 1ª/SCASEST r = -0,187 p = 0,254 y angioplastia/SCACEST r = 0,236 p = 0,148. Fibrinólisis/SCASEST r = -0,295 p = 0,069; fibrinólisis/SCACEST r = 0,319 p = 0,048.

Discusión: En nuestra serie, la terapia de reperfusión más empleada fue la angioplastia primaria con un alto grado de eficacia. En contraposición, un porcentaje muy elevado de las fibrinólisis realizadas precisaron angioplastia de rescate. No se observaron diferencias por edad para la angioplastia primaria pero sí para fibrinólisis de manera significativa, realizándose menos según aumentaba la edad, posiblemente por los riesgos que conlleva la terapia, unido a la comorbilidad de estos pacientes. En el SCACEST se realizó más fibrinólisis frente a al SCASEST con una asociación estadísticamente significativa.

Conclusiones: La angioplastia 1ª parece ser más eficaz en restaurar el flujo coronario y mejorar la evolución clínica. No obstante, esta terapia no siempre está disponible puesto que hay muchos hospitales donde no existe sala de hemodinámica disponible. La fibrinólisis reduce la mortalidad a

corto y largo plazo y es aplicable a la mayoría de los pacientes pero incrementa el riesgo hemorrágico, su beneficio depende de la precocidad de la aplicación y hay una alta incidencia de fallo de repermeabilización. Lo más importante es tener presente que la terapia de reperfusión ha de ser realizada de la forma precoz, ya que, su retraso se relaciona con peor evolución, mayor tamaño del infarto y mayor mortalidad.