



## 6034-6. ICTUS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS. ANÁLISIS RETROSPECTIVO

Alicia Prieto Lobato, Marta Cubells Pastor, Francisco Manuel Salmerón Martínez, Juan Gabriel Córdoba Soriano, Sara Díaz Lancha, Laura Expósito Calamardo, Raquel Ramos Martínez y Miguel José Corbi Pascual

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Las complicaciones cerebrovasculares son cada vez más frecuentes en los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos cardiológicos (UCIC). La patología isquémica, en especial el infarto agudo de miocardio, su intervencionismo y la disfunción ventricular secundaria, favorecen el ictus tromboembólico; mientras que la medicación antitrombótica es un factor predisponente para el ictus hemorrágico. Sin embargo, existe poca bibliografía en la literatura acerca de este tema.

**Métodos:** Estudio observacional donde se analizaron los datos de 4.929 pacientes ingresados en la UCIC de nuestro centro entre enero de 2012 y junio de 2020, analizándose las complicaciones neurológicas. Se llevó a cabo un análisis retrospectivo utilizando el *software* SSPS Statistics. Los estadísticos descriptivos de dicho análisis aparecen recogidos en la tabla 1.

**Resultados:** De los 4929 pacientes ingresados, 23 presentaron complicaciones neurológicas (0,46%): un 33% mujeres y un 67% varones. El diagnóstico de ingreso más frecuente fue el síndrome coronario agudo (SCA) con elevación del ST (50%), seguido por el SCA sin elevación de ST y el implante de prótesis aórtica transcatóter (TAVI) -13% ambos-. La comorbilidad asociada con mayor frecuencia fue la HTA (66,7%) seguida de la dislipemia (54,2%), mientras que solo un 20,8% de los pacientes eran fumadores. La doble terapia antiagregante con ácido acetilsalicílico y clopidogrel fue la estrategia de tratamiento más empleada en los pacientes con SCA. De ellos, un 62,5% se revascularizaron mediante intervencionismo percutáneo siendo el *stent* convencional el más empleado (29,2 vs 20,8% de *stent* farmacoactivo; mientras que en un 58,3% se realizó ACTP simple). Tres de los pacientes fallecieron durante su estancia en la UCIC (12,5%) y otros 5 durante su estancia en planta (21,7%).

Estadísticos descriptivos.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Edad	23	54	87	73,48	10,664

GRACE <i>score</i>	5	143	252	192,00	44,503
CRUSADE <i>score</i>	5	24	37	28,20	5,263
Tiempo clínica-arteria abierta (minutos)	10	30,0	420,0	211,500	124,9455
Glucemia al ingreso	22	99	300	179,36	59,545
Creatinina (mg/dl)	23	0,50	2,32	0,9878	0,39265
Filtrado glomerular (%)	23	28,0	120,0	68,235	20,1290
Hemoglobina (g/l)	23	9,10	17,70	13,4870	2,55633
HbA1c (%)	20	5,1	10,6	6,720	1,4713
LDL (mg/dl)	21	44	188	94,86	37,321
HDL (mg/dl)	21	15	63	42,86	12,354
Pico de TnT-US (ng/l)	17	31	18.850	4.207,35	4.961,842
Pico CK (mg/dl)	17	90	6.847	1.986,76	2.318,144
FEVI inicial	20	10,00	70,00	45,1500	17,69411
N válido (según lista)	0				

FEVI: fracción eyección del ventrículo izquierdo.

**Conclusiones:** Las complicaciones neurológicas (principalmente el ictus isquémico o hemorrágico) son una complicación poco frecuente de la patología cardiovascular aguda ingresada en las UCIC, pero puede condicionar tanto el pronóstico como el tratamiento de los pacientes. En nuestra serie solo un 0,46% de los pacientes las presentaron, pero su presencia se asoció a una elevada mortalidad durante el ingreso hospitalario (34,2%). Se hace necesario un registro exhaustivo de las mismas dentro de las UCIC, para identificar aquellos pacientes con mayor riesgo y poder aplicar un tratamiento precoz.