Rev Esp Cardiol. 2020;73(Supl 1): 771

Revista Española de Cardiología

6032-329. CARACTERÍSTICAS BASALES Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CARDIOLÓGICOS AGUDOS SEGÚN LA EDAD DE PRESENTACIÓN

Miguel Sánchez Sánchez, José Carlos Fernández Camacho, Juan Manuel Nogales-Asensio, Eladio Galindo Fernández, Estrella Suárez Corchuelo, Javier Pérez Cervera, José María Gimeno Montes, Dante Paul Agip Fustamante, Inmaculada Gómez Sánchez, Javier Corral Macías, Rosa Navarro Romero, Ángel Morales Martínez de Tejada, Carlos Antonio Aranda López, Antonio Merchán Herrera y José Ramón López-Mínguez

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome coronario agudo (SCA) es uno de los principales motivos de ingreso en las Unidades de Cuidados Cardiológicos Agudos (UCCA). Existen diferencias en los modos de presentación, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), actitud terapéutica y pronóstico según la edad de presentación. Nuestro objetivo fue comparar las características de los pacientes ingresados por SCA en UCCA de acuerdo con su edad.

Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo unicéntrico en el que se analizan 7009 pacientes ingresados en la UCCA de un centro terciario con el diagnóstico de SCA en los últimos veinte años. Se definen los siguientes grupos etarios: edad menor o igual a 45 años (? 45); de 45 a 65 años (45-65); de 65 a 80 años (60-80) y edad mayor o igual a ? 80 años (> 80).

Resultados: La prevalencia del sexo femenino fue menor de forma global (28,1%) aunque esta prevalencia aumentó en edades más avanzadas (45: 15,3 vs > 80: 49%; p 0,001). La prevalencia de los FRCV clásicos como hipertensión arterial, dislipemia, diabetes y el antecedente de cardiopatía isquémica aumentó en los grupos de mayor edad, mientras que otros como el tabaquismo, antecedentes familiares y la dislipemia aterogénica fueron más prevalentes en los grupos de menor edad. En cuanto al modo de presentación, los grupos más jóvenes presentaron mayor prevalencia de SCA con elevación del ST (SCAEST) y de infarto de miocardio sin lesiones ateroscleróticas obstructivas (MINOCA). Los grupos de mayor edad presentaron mayor morbimortalidad hospitalaria. En el subgrupo de pacientes con SCAEST (N = 3.551) la terapia de reperfusión fue más frecuente en los grupos de menor edad (45: 81,5%; 45-65: 80,6%; 65-80: 75,6%; > 80: 21,2%; p 0,001). La terapia de reperfusión disminuyó la incidencia de shock cardiogénico y muerte en todos los grupos de edad.

Características basales y clínicas de los pacientes ingresados por SCA según grupo etario

	45	45-65	65-80	> 80	P

N	412 (5,9%)	2.610 (37,2%)	2.999 (42,8%)	988 (14,1%)	
Sexo femenino	63 (15,3%)	435 (16,7%)	986 (32,9%)	484 (49%)	0,001
HTA	92 (22,3%)	1.254 (48%)	2.121 (70,7%)	714 (72,3%)	0,001
Dislipemia	140 (34%)	1.106 (42,4%)	1.401 (46,7%)	371 (37,6%)	0,001
DLA	144 (35%)	814 (31,2%)	567 (18,9%)	135 (13,7%)	0,001
Fumadores	301 (73,1%)	1.391 (53,3%)	571 (19%)	56 (5,7%)	0,001
DM	25 (6,1%)	571 (21,9%)	1.118 (37,3%)	375 (38,0%)	0,001
DMID	4 (1%)	132 (5,1%)	366 (12,2%)	121 (12,2%)	0,001
Antecedentes familiares	97 (23,5%)	375 (14,4%)	136 (4,5%)	19 (1,9%)	0,001
Antecedentes personales de CI	44 (10,7%)	593 (22,7%)	1.206 (40,2%)	452 (45,7%)	0,001
SCAEST	260 (63,1%)	1.461 (56%)	1.349 (45%)	481 (48,7)	0,001
MINOCA	45 (10,9%)	118 (4,5%)	97 (3,2%)	21 (2,1%)	0,001
Killip > 1 al ingreso	38 (9%)	337 (12,9%)	769 (25,6%)	344 (34,8%)	0,001
VMI	11 (2,7%)	81 (3,1%)	162 (5,4%)	53 (5,4%)	0,001
Marcapasos transitorio	8 (1,9%)	39 (1,5%)	96 (3,2%)	45 (4,6%)	0,001
Muerte	5 (1,2%)	67 (2,6%)	247 (8,2%)	158 (16%)	0,001

HTA: hipertensión arterial; DLA: dislipemia aterogénica; DM: diabetes mellitus (ID: insulíndependiente); CI: cardiopatía isquémica; VMI: ventilación mecánica invasiva.

Conclusiones: En nuestro estudio observamos diferencias significativas en las variables basales y variables clínicas relativas al manejo y evolución hospitalaria entre los pacientes ingresados por SCA en nuestra UCCA según la edad. La terapia de reperfusión en el SCAEST, si bien infrautilizada en los pacientes de mayor edad, disminuye la morbimortalidad hospitalaria en todos los grupos de edad.