



10. CÓDIGO INFARTO EN PACIENTES JÓVENES: ¿A QUÉ NOS ENFRENTAMOS?

Teresa Borderías Villarroel, Jara García Ugaldebere, Octavio Jiménez Melo, Javier Martínez Bastera, Pablo Legarra Oroquieta, Aitziber Munarriz Arizcuren, Betel Olaizola Balboa, Julene Ugarriza Ortueta, Arturo Lanaspa Gallego, Cristina Villabona Rivas, Pablo Raposo Salas, Leire Goñi Blanco, Amaia Martínez León, Marina Segur García y Gonzalo Alonso Salinas

Cardiología. Hospital Universitario Navarra, Pamplona/Iruña (Navarra), España.

Resumen

Introducción y objetivos: El infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) en adultos jóvenes es infrecuente y su incidencia varía entre 2-12%. Nuestro objetivo es analizar características clínicas, manejo y pronóstico de los pacientes $\geq$ 45 años con activación de código infarto por elevación del segmento ST.

Métodos: Revisión retrospectiva del registro de Código Infarto de nuestro centro de enero 2020 a marzo 2023. De los 867 códigos, se seleccionaron los 51 pacientes con edad $\geq$ 45 años. Se estudiaron parámetros clínicos y angiográficos, ecocardiográficos.

Resultados: En la tabla se recogen las características basales y clínicas de los pacientes. La mediana del tiempo desde el inicio de síntomas al primer contacto médico fue de 126 (30-160) minutos y la del tiempo de isquemia fue 226 (122-270) minutos. La figura 1A muestra los hallazgos angiográficos y la 1B el patrón de afectación coronaria. La enfermedad aterotrombótica fue la responsable en el 78,4% de los pacientes, presentando el 75% una enfermedad coronaria monovaso con similar afectación de las arterias coronaria derecha y descendente anterior. 5 pacientes (9,8%) presentaron una disección espontánea, siendo la mayoría mujeres (80%). En 5 casos (9,8%) las arterias coronarias fueron normales. El segundo antiagregante más empleado fue el prasugrel (64,7%). Se realizó fibrinólisis en 5 pacientes (9,8%). Solo 3 pacientes (5,9%) requirieron tratamiento inotrópico/vasopresor y 2 (3,9%) balón de contrapulsación. La aparición de taquiarritmias fue la complicación más frecuente (27,4%) durante el ingreso, seguida de insuficiencia cardiaca (7,8%). Al alta, el 52,9% presentó una fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) $>$ 55%, el 49,3% FEVI 40-55% y solo el 7,8% FEVI 40%. La mediana de estancia hospitalaria fue de 5,7 (3-6) días y no hubo muertes intrahospitalarias, La supervivencia al año es del 98%.

Características basales y presentación clínica

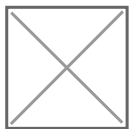
Edad en años (RIQ)	43 (39-45)
Sexo masculino, n (%)	44 (86,2)

Tabaquismo, n (%)	38 (71,5)
Dislipemia, n (%)	28 (54,9)
Lipoproteína lipasa a elevada (n)	13
Hipertensión arterial, n (%)	14 (27,4)
Diabetes mellitus, n (%)	6 (11,8)
Obesidad, n (%)	10 (19,7)
Sedentarismo, n (%)	8 (15,7)
Consumo de drogas, n (%)	9 (17,6)
Historia familiar de CI precoz, n (%)	10 (19,7)
Síntoma inicial, n (%)	
Dolor torácico	41 (80,4)
Cortejo vegetativo	12 (23,5)
Disnea	10 (19,7)
Presentación atípica	4 (7,8)
Síncope	1 (2)
Parada cardiorrespiratoria, n (%)	5 (9,8)
Localización del infarto, n (%)	
Inferior	24 (47,1)

Anterior	21 (41,2)
----------	-----------

Lateral	6 (11,7)
---------	----------

N: número; RIQ: rango intercuartílico; CI: cardiopatía isquêmica.



Conclusiones: La enfermedad aterotrombótica es la principal causa de IAMCEST en ? 45 años en nuestro medio. El tabaquismo y la dislipemia son los factores de riesgo más prevalentes. El tiempo de isquemia es más largo de lo deseable en este grupo, a expensas de un retraso en el tiempo desde el inicio de síntomas hasta el primer contacto médico. Fomentar la prevención primaria y concienciar sobre la clínica e importancia del diagnóstico temprano en el IAM podrían ayudar a disminuir el tiempo de isquemia en esta población.