



5014-10. CAMBIOS EN EL PERFIL DEL PACIENTE JOVEN INGRESADO POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN LOS ÚLTIMOS VEINTE AÑOS

Javier Corral Macías¹, Eladio Galindo Fernández¹, Juan Manuel Nogales Asensio¹, Inmaculada Gómez Sánchez², Dante Paul Agip Fustamante¹, José Carlos Fernández Camacho¹, Javier Pérez Cervera¹, Estrella Suárez Corchuelo¹, José María Gimeno Montes¹, Miguel Sánchez Sánchez¹, Rosa Navarro Romero¹, Carlos Antonio Aranda López¹, Ángel Morales Martínez de Tejada¹, Antonio Merchán Herrera¹ y José Ramón López Mínguez¹

¹Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. ²Hospital de Mérida (Badajoz).

Resumen

Introducción y objetivos: Ante la evidencia de que el síndrome coronario agudo (SCA) cursa de manera diferente al resto de la población en pacientes jóvenes, edad menor o igual a 45 años (? 45a), y dado el aumento de prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares en este grupo de edad, nuestro objetivo ha sido analizar las características de esta entidad clínica en estos pacientes.

Métodos: Analizamos 10.429 pacientes ingresados de forma consecutiva en la unidad de cuidados cardiológicos agudos (UCCA) de nuestro servicio en los últimos 20 años. En 7.005 pacientes el diagnóstico fue SCA, de los cuales, 412 pacientes (5,9%) tenían ? 45 años. Se dividió la muestra por quinquenios para facilitar la interpretación de los resultados.

Resultados: El porcentaje de pacientes jóvenes ingresados por SCA ha crecido significativamente en los últimos años, siendo dicho incremento a expensas del SCA con elevación del ST (SCAEST) ($p = 0,006$) pero no de SCA sin elevación del ST (SCASEST) ($p = 0,781$). La prevalencia de SCA en mujeres fue menor en el grupo de ? 45a (15,3 vs 28,8%; $p 0,001$) aunque el porcentaje de mujeres ? 45a entre los pacientes con SCA ha ido en aumento en el último quinquenio. En cuanto a los factores de riesgo cardiovasculares clásicos (FRCV), los ? 45a tuvieron menor prevalencia de hipertensión (22,3 vs 62%; $p 0,001$), dislipemia (34 vs 43,6%; $p 0,001$) y diabetes mellitus (6,1 vs 32,2%; $p 0,001$). Sin embargo, este grupo de pacientes mostró una mayor prevalencia de antecedentes familiares cardiológicos (23,5 vs 8%; $p 0,001$) y tabaquismo (73,1 vs 30,6%; $p 0,001$). Los ? 45a presentaban una mayor prevalencia de dislipemia aterogénica (35 vs 22,8%; $p 0,001$) y menores niveles de lipoproteínas de baja densidad (93,2 vs 115,6; $p 0,001$) durante el ingreso. La prevalencia de infarto agudo de miocardio sin enfermedad coronaria aterosclerótica obstructiva (MINOCA) también fue mayor en este grupo de pacientes (10,9 vs 3,6%; $p 0,001$) siendo además un diagnóstico que se ha incrementado en los últimos años. Por último, destacar que la mortalidad hospitalaria fue menor en los ? 45a (1,2 vs 7,1%; $p 0,001$).

Relación de pacientes menores de 45 años según diagnóstico clínico o variables estudiadas

Variable	Total	2000-2005	2005-2010	2010-2015	2015-2020	p
----------	-------	-----------	-----------	-----------	-----------	---

SCA en ? 45	412/7.005 (5,9%)	110/1.827 (6%)	99/2.172 (4,6%)	89/1.478 (6%)	114/1.528 (7,5%)	0,003
SCAEST en ? 45	260/3.549 (7,3%)	66/888 (7,4%)	52/968 (5,4%)	60/848 (7,1%)	82/845 (9,7%)	0,006
SCASEST en ? 45	152/3.456 (4,4%)	44/939 (4,7%)	47/1.204 (3,9%)	29/630 (4,6%)	32/683 (4,7%)	0,781
Sexo femenino ? 45 vs > 45	15,3 vs 28,8%	12,7 vs 30,4%	15,2 vs 30,1%	11,2 vs 28,1%	21,1 vs 25,9%	0,028
MINOCA ? 45 vs > 45	10,9 vs 3,6%	9,1 vs 2,6%	10,1 vs 3,6%	12,4 vs 3,9%	12,3 vs 4,5%	0,013
Shock cardiogénico ? 45 vs > 45	4,4 vs 9,2%	2,7 vs 7,7%	4 vs 9%	5,6 vs 11,7%	5,3 vs 9%	0,001
Muerte ? 45 vs > 45	1,2 vs 7,1%	0 vs 9,5%	2 vs 7,3%	1,1 vs 7,2%	1,8 vs 4%	0,001

? 45: 45 años o menos. > 45: mayores de 45 años. SCA: síndrome coronario agudo. SCAEST: SCA con elevación del ST. SCASEST: SCA sin elevación del ST. MINOCA: infarto agudo de miocardio sin enfermedad aterosclerótica obstructiva.

Conclusiones: En los últimos 20 años se ha producido un aumento de la proporción de pacientes menores de 45 años con diagnóstico de SCAEST, presentado éstos un mayor consumo de tabaco y prevalencia de dislipemia aterogénica como FRCV y una menor mortalidad asociada.