Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 40

Revista Española de Cardiología

4. CUANDO EL PRIVILEGIO DE LA JUVENTUD NO ES SUFICIENTE. SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES JÓVENES

Macarena López Vázquez[1], Ester Mínguez de la Guía[2], Álvaro Pinar Abellán[2], Pablo Valentín García[3], Sonia Cebrián López[2], Nuria Vallejo Calcerrada[2], Marta Cubells Pastor[2], Alicia Prieto Lobato[2], Concepción Urraca Espejel[2], Juan José Portero Portaz[2], Cristina Ramírez Guijarro[4], Javier Cuartero Navarro[5], Juan Gabriel Córdoba Soriano[2], Francisco Manuel Salmerón Martínez[2] y Miguel José Corbi Pascual[2]

[1]Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, España, [2]Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, España, [3] Hospital General de Albacete, Albacete, España, [4]Hospital General de Almansa, Almansa (Albacete), España y [5]Hospital de Hellín, Hellín (Albacete), España.

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome coronario agudo (SCA) constituye una de las principales causas de mortalidad en nuestro medio. Es de interés conocer los factores de riesgo (FR) y la evolución en los pacientes más jóvenes para optimizar su manejo y prevención.

Métodos: Análisis retrospectivo de todos los pacientes (p) menores de 40 años que ingresan por SCA, de un total de 3.859 pacientes con SCA ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos (UCIC) de nuestro hospital entre los años 2012 y 2022. El objetivo es conocer los FR, características clínicas y evolución a corto plazo.

Resultados: Se incluyeron 67p (1,73%). La mayoría eran varones (83,6%). Las características basales se recogen en la tabla 1. Presentaban hipertensión (HTA) el 77,6%, diabetes (DM) el 22,4% y dislipemia (DLP) el 34,3%. Eran fumadores el 79,1%, enolismo el 9,1% y consumidores de cocaína el 29,9%. No presentaban antecedentes de ictus, ni fibrilación auricular (FA) y solo el 3% era isquémico. Del total de SCA, el 68,7% se presentó como SCACEST y fue más frecuente el inferior (38,7%). En SCACEST anterior (22p), 15 pacientes lesión grave en descendente anterior media (DAm) y 6 en tronco. La enfermedad más frecuente fue la de 1 vaso (70,8%), presentando 3 vasos hasta un 4,6%. El 75,8% recibieron revascularización percutánea (ICP) y un 3% *bypass*. Durante el ingreso, el 10,5% evolucionó a Killip III-IV. La mortalidad en UCIC 1,5%. Recibieron drogas vasoactivas el 9% y se intubaron el 4,5%. Ventilación no invasiva 3%p y gafas nasales de alto flujo 5,3%. Al 3% de pacientes se le asistió con balón de contrapulsación y un 1,5% se sometió a diálisis o ultrafiltración. Implante DAI al 4,5%. Ningún p con bloqueo de rama, nodo auriculoventricular ni FA. Tras alta, el 11,1% SCA, un 5,6% ICP de nuevo y muerte 11,8%.

Características basales de pacientes menores de 40 años con SCA

Edad (media, DE)	35,57 ± 4,08

Escala GRACE (media, DE)	88,70 ± 34,84
Tiempo clínica-arteria abierta en minutos (media, DE)	204,49 ± 99,3
Creatinina (mg/dl) (media, DE)	0,91 ± 0,22
HbA1c (media, DE)	6,44 ± 2,15
Cifras LDL (mg/dl) (media, DE)	122,81 ± 46
FEVI inicial (media, DE)	50,22 ± 13,2

Evolución en UCIC y a corto plazo de pacientes que ingresan por SCA.

Conclusiones: La población de menos de 40 años supone menos del 2% de los pacientes ingresados con SCA y en estos toman mayor importancia el consumo de tóxicos (tabaquismo, cocaína y enolismo). La frecuencia de comorbilidades como diabetes y nefropatía es menor, por lo que son menos susceptibles de desarrollar a corto plazo insuficiencia cardiaca, siendo más proclives a presentar nuevos eventos isquémicos. Es elevada la frecuencia de SCACEST con lesión de DAm y tronco en estos pacientes, por lo que representan un grupo de riesgo no desestimable en el que se debe incidir sobre todo en los tóxicos e investigar otros FR como la carga familiar.