

Cuando el riesgo no se ve: SCA en pacientes sin factores de riesgo cardiovascular

Julia Piñana Sendra(1), Lidia Laguía Zarco(1), Aday Monzón Melián(1), Raúl Calvo Córdoba(1), Ester Mínguez de la Guía(1), Macarena López Vázquez(1), Mateo Jiménez García(1), Álvaro Rodríguez-Lescure González(1), Francisco Manuel Salmerón Martínez(1), Jesús María Jiménez Mazuecos(1) y Miguel José Corbi Pascual(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete - España

Introducción: El síndrome coronario agudo (SCA) se asocia habitualmente a factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Sin embargo, un subgrupo de pacientes desarrolla SCA en ausencia total de FRCV, lo que podría sugerir mecanismos fisiopatológicos diferentes. El objetivo es describir el perfil clínico, analítico, angiográfico y evolutivo de pacientes con SCA sin ningún FRCV conocidos.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de pacientes ingresados por SCA sin FRCV conocidos. Se analizaron variables demográficas, clínicas, analíticas, características del evento, manejo terapéutico y evolución intrahospitalaria.

Resultados: De un total de 4919 de pacientes con SCA ingresados en nuestra UCIC se incluyeron 288 que no presentaba FRCV conocidos. La edad media fue 65,9±13,9 años, con predominio masculino (68,5%). El 72,3% presentó IAMCEST y el 27,7% IAMSEST. La glucemia media al ingreso fue 145,9±62,7 mg/dl, HbA1c 5,69±1,10% y LDLc 105,2±32,5 mg/dl. La FEVI inicial fue 46,2±12,8%, clasificando al 13,9% de pacientes según la clasificación Killip III-IV. El GRACE medio fue 134,3±41,7 y CRUSADE 24,6±14,8. Se realizó coronariografía mayoritariamente por acceso radial (93,3%), presentando enfermedad multivaso el 29% y realizándose revascularización percutánea en el 77,3% (stent farmacoactivo en el 73,7%). Durante el ingreso, el 16% de pacientes precisó noradrenalina y el 13% dobutamina y un 4,6% ventilación mecánica invasiva. La complicación más frecuente fue la FV/TV primaria (5%). La mortalidad en UCIC fue del 3,4%. A destacar que por analítica de ingreso 15 pacientes realmente eran diabéticos (lo que suponer el 5,3%) y 83 tenían un LDL elevado, situándolos en dislipémicos, suponiendo el 34,87% de la muestra.

Conclusiones: Los pacientes con SCA sin ningún FRCV constituyen un perfil clínico relevante, con alta prevalencia de IAMCEST y afectación ventricular moderada. Los valores analíticos de LDL y HbA1c sugieren una elevada carga metabólica subclínica. A pesar de la ausencia de factores clásicos, presentan una evolución no exenta de complicaciones y requerimientos terapéuticos avanzados, sugiriendo la existencia de mecanismos fisiopatológicos alternativos. Todo ello refuerza la necesidad de un manejo intensivo similar al de la población con FRCV.

Análisis descriptivo de variables demográficas, clínicas, analíticas, características del evento, manejo terapéutico y evolución intrahospitalaria en pacientes ingresados por SCA sin FRCV conocidos.

Población (n)= 238	
Edad (años)	65,9 ± 13,9
Hombres (%)	68,5
Glucemia (mg/dl)	145,9 ± 62,7
HbA1c (%)	5,69 ± 1,10
LDLc (mg/dl)	105,2 ± 32,5
Creatinina (mg/dl)	0,96 ± 0,38
IAMCEST (%)	72,3
IAMSEST (%)	27,7
FEVI (%)	46,2 ± 12,8
Killip III-IV (%)	13,9
GRACE	134,3 ± 41,7
CRUSADE	24,6 ± 14,8
ICP (%)	77,3
Noradrenalina (%)	16,0
Dobutamina (%)	13,0
IOT (%)	4,6
FV/TV primaria (%)	5,0
Mortalidad UCIC (%)	3,4

IAMCEST: Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. IAMSEST: infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST. FEVI: Fracción de eyección del ventrículo izquierdo. KK: Killip-Kimball. ICP: Intervención coronaria percutánea. IOT: Intubación orotraqueal. V: Fibrilación ventricular. TV: Taquicardia ventricular. UCIC: Unidad cuidados intensivos cardiológicos.