

Síndrome coronario agudo con elevación del ST en jóvenes: el consumo de cocaína se asocia a mayor mortalidad a 30 días y al año en una cohorte de código infarto

Claudio Piqueras Sánchez(1), Ramón López-Palop(1), M. Pilar Carrillo Sáez(1), Eduardo Pujante Gómez(2), María Dolores Vallés García(3), Noelia Fernández Villa(1), Jorge Moreno Fernández(1), Antonio Pujante Martínez(1), Juan M. Durán Hernández(1), Joaquín Salinas García(1), Juan García de Lara(1), Francisco Javier Lacunza Ruíz(1), Alfonso Vidal López(1), Eduardo Pinar Bermúdez(1) y Domingo Andrés Pascual Figal(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia - España, (2)Universidad Católica San Antonio de Murcia, Murcia - España y (3)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia - España

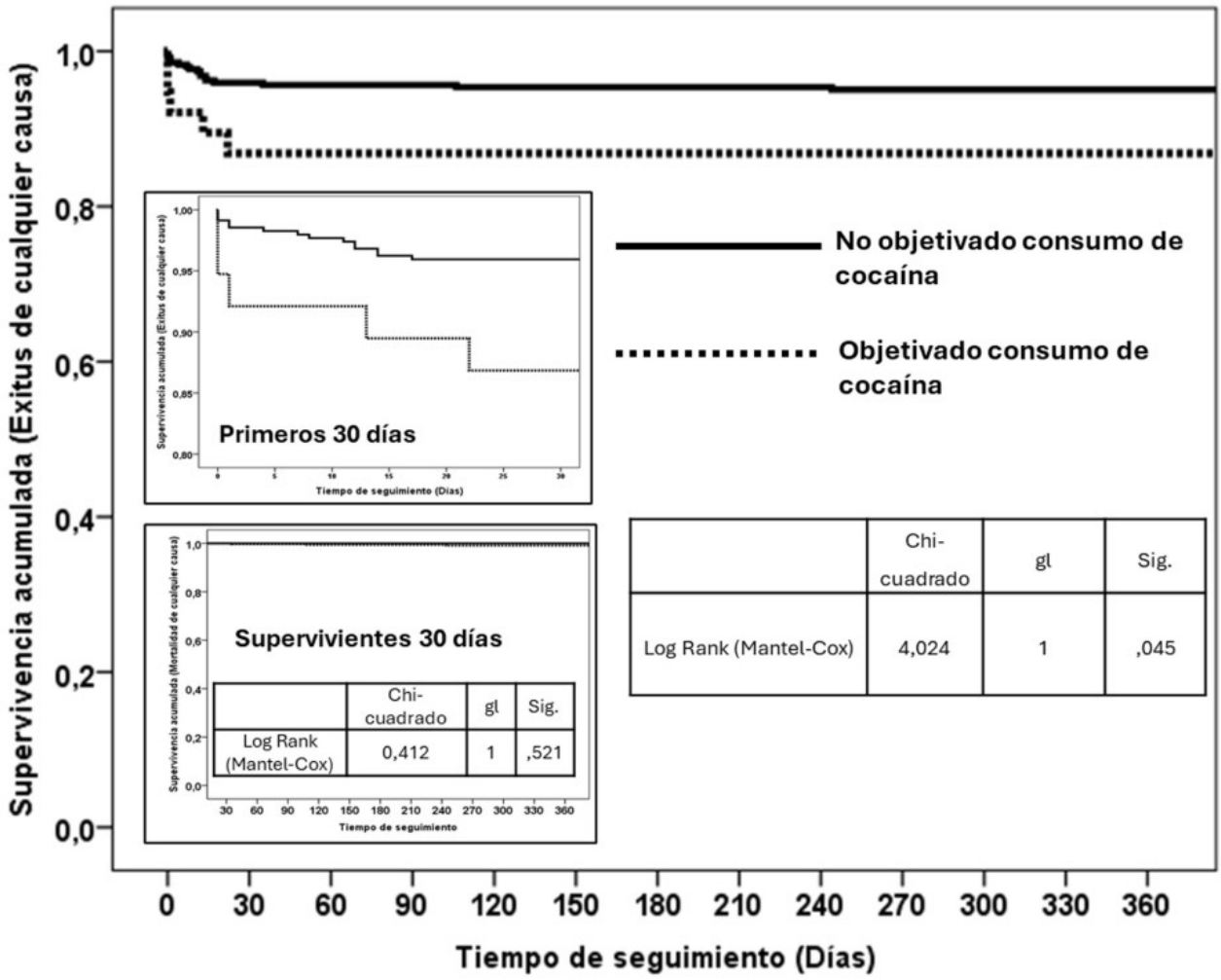
Introducción: El infarto en pacientes menores de 50 años ha aumentado su frecuencia en los últimos años, probablemente en relación con hábitos y patologías distintas a los clásicos factores de riesgo cardiovascular. Su pronóstico puede estar condicionado a factores distintos a los pacientes de mayor edad.
Analizamos la mortalidad a 30 días y al año de una serie consecutiva de pacientes con una edad menor o igual a 50 años incluidos en un programa código infarto y sus posibles condicionantes pronósticos.

Métodos: Estudio observacional de una cohorte de pacientes consecutivos de edad ?50 años remitidos para angioplastia primaria entre el 1-1-2021 y el 31-12-2025 en un programa regional código infarto. Las variables se obtuvieron de la historia clínica electrónica, el registro prospectivo del programa código infarto y mediante llamada telefónica. Para el seguimiento al año se incluyeron los pacientes hasta el 31-12-2024. Con las variables asociadas significativamente a la mortalidad a 30 días y al año en el análisis univariante se elaboraron los pertinentes modelos multivariantes.

Resultados: Se incluyeron 482 pacientes. Edad media: 44,5±5,1 años. Rango 22-50 años, 87% hombres. Hipertensión arterial 20,3%; dislipemia 17,4%; diabetes 9,8%; tabaquismo 41,9%; obesidad 20,5%: Un 22% tuvieron un test positivo para tóxicos en orina, 10,2% para cocaína. El test se realizó en el 40,2% de pacientes. Se obtuvo un seguimiento a 30 días en el 98,3% de los pacientes y al año en el 98,2%. La mortalidad a 30 días fue del 4,4% (21 pacientes), cardiaca en el 2,1%. La mortalidad al año del 5,7%, cardiaca del 2,6%. La mortalidad de los supervivientes de los 30 primeros días fue del 0,8%, cardiaca del 0,3%
Tras ajustar por las variables asociadas con la mortalidad en el análisis univariante, un test positivo para cocaína se asoció a una mayor mortalidad tanto a 30 días como al año, pero a expensas, principalmente de la mortalidad precoz (tabla). En el análisis de supervivencia los pacientes con test positivo a cocaína tuvieron una mayor mortalidad al año (p=0,045 -log rank -Mantel Haesnzel-)(Figura).

Conclusiones: El infarto con elevación del segmento ST se asocia en jóvenes a un elevado consumo de

estupefacientes. El consumo de cocaína puede ser no solo un factor desencadenante del infarto sino asociarse a un peor pronóstico del mismo.



Resultado de los análisis multivariantes con los predictores de mortalidad a los 30 días y al año.

		Exp (B)	*IC 95%*	*p*
Predictores de mortalidad a 30 días. Análisis multivariante	Edad (por año)	1,18	1,01-1,38	0,042
	Mujer	5,52	1,51-20,29	0,010
	Tabaquismo	4,44	1,26-15,67	0,020
	ACV previo	9,25	0,31-277,42	0,200
	SCA previo	6,69	1,54-29,00	0,011
	PCR antes cateterismo	25,5	6,72-96,83	0,000
	Shock	15,75	4,05-61,19	0,000
	Positivo en cocaína	5,78	1,37-24,50	0,017
		Exp (B)	*IC 95%*	*p*
Análisis multivariante de Cox, Mortalidad al año	Edad (por año)	1,17	1,03-1,32	0,011
	Mujer	2,63	0,95-7,26	0,063
	Tabaquismo	4,20	1,52-11,55	0,005
	ACV previo	12,11	1,25-116,52	0,031
	SCA previo	2,78	0,80-9,59	0,106
	PCR antes cateterismo	11,91	4,26-33,23	0,000
	Shock	9,57	3,41-26,8	0,000
	Positivo en cocaína	4,42	1,49-13,10	0,007

IC: intervalo de confianza. ACV: accidente cerebrovascular. SCA: síndrome coronario agudo. PCR: parada cardiaca recuperada