



6020-226. MORTALIDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON MINOCA Y EFECTO PRONÓSTICO DEL TRATAMIENTO CON ESTATINA

María Cespón Fernández, Emad Abu-Assi, Sergio Raposeiras Roubín, Isabel Muñoz Pousa, Pablo Domínguez Erquicia, Luis Manuel Domínguez Rodríguez, Rafael Cobas Paz, Berenice Caneiro Queija, Karim Jamhour Chelh, Luis Pérez Casares, Elena López Rodríguez, María Castiñeira Busto, Saleta Fernández Barbeira y Andrés Iñiguez Romo, del Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra).

Resumen

Introducción y objetivos: Varios estudios mostraron una alta mortalidad pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) sin enfermedad coronaria aterosclerótica obstructiva, o MINOCA, pero existe poca información sobre las causas de muerte en el MINOCA frente al IAM con lesiones coronarias. Por otro lado, en un estudio observacional reciente se observó beneficio con el tratamiento con estatinas en MINOCA. Pretendemos describir los aspectos previos en una cohorte contemporánea de pacientes con IAM.

Métodos: Retrospectivamente (enero de 2010-diciembre de 2016) incluimos 4.499 pacientes consecutivos con el diagnóstico confirmado de IAM. Los pacientes con lesiones coronarias de 50% de la luz se clasificaron como MINOCA (excluidos los pacientes con *tako-tsubo*). Se analizó el tiempo hasta la muerte en MINOCA frente a AMI con enfermedad coronaria aterosclerótica obstructiva o MI-OCA y se compararon las causas de muerte (cardiovascular frente a no cardiovascular). Se usó el test de *log rank* para hallar las diferencias en la tasa de muerte de ambos grupos. Se probó el efecto del tratamiento con estatinas.

Resultados: Un total de 643 (14,3%) eran MINOCA. Los pacientes con MINOCA era más frecuentemente mujeres (42,8 frente a 22,6%; $p = 0,01$) y de mayor edad (69 ± 13 frente a 66 ± 13 ; $p = 0,01$), más hipertensos (70,85 frente a 65,3%; $p = 0,007$), ictus previo (10,65 frente a 7,0%; $p = 0,001$), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (14,0 frente a 9,95; $p = 0,002$) e historia de cáncer (9,2 frente a 7,6%; $p = 0,16$). En contraste, tenían menos tabaquismo (19,9 frente a 35%; $p = 0,01$) y diabetes mellitus (33,0 frente a 29,4%; $p = 0,07$). El IAM con elevación del segmento ST fue la forma de presentación más frecuente en los MI-OCA (41,95 frente a 19,1%). La fracción de eyección del ventrículo izquierdo era mayor en los MINOCA (55 ± 11 frente a 52 ± 10 ; $p = 0,006$). Al alta, 86,5% de los MINOCAs se trataron con estatina frente a 86,2% en MI-OCA. La estatina prescrita era de potencia alta en 78,25 en MINOCA frente a 88,1%, de potencia moderada en 16,1 frente a 9,5%, y baja en 5,7 frente a 2,4%, respectivamente ($p = 0,001$). Durante una mediana de 15 meses (RIC 12,6-26,0), se registraron 383 muertes (8,5%): 314 (8,2%) en MI-OCA y 69 (11,1%) en MINOCA; $p = 0,001$. 46,8% eran muertes de origen cardiovascular en el grupo MINOCA frente a 48,1% en el grupo MI-OCA ($p = 0,61$). La causa de muerte fue indeterminada en el 8,7% de MINOCA y en 14,7% con MI-OCA ($p = 0,19$). No se observó beneficio del tratamiento con estatina de cualquier potencia en MINOCA (HR = 0,8 (IC95% 0,4-1,6) frente a 0,7 (IC95% 0,5-0,98) en MI-OCA.



Mortalidad cardiovascular comparativa en MINOCA frente a MI-OCA y efecto del tratamiento con estatinas.

Conclusiones: Existe una considerable diferencia en las comorbilidades entre MINOCA y MI-OCA, pero similar tasa de muerte de origen cardiovascular a medio plazo. La ausencia de beneficio del tratamiento con estatina ha de confirmarse en otros estudios más grandes.