Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 924

Revista Española de Cardiología

6047-4. EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ARTERIAS CORONARIAS NO OBSTRUIDAS EN EL MUNDO REAL: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICO

María Álvarez Bello[1], Rebeca Mata Caballero[1], Alfonso Fraile Sanz[1], Bárbara Izquierdo Coronel[1], María Martin Muñoz[1], Cristina Perela Álvarez[1], Daniel Nieto Ibáñez[1], Rocío Abad Romero[1], Renée Olsen Rodríguez[1], David Galán Gil[2], María Jesús Espinosa Pascual[1], Carlos Moreno Vinués[1], Javier López País[3], Paula Awamleh García[1] y Joaquín J. Alonso Martín[1]

[1]Hospital Universitario de Getafe, (Madrid), [2]Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid y [3]Complexo Hospitalario, Ourense.

Resumen

Introducción y objetivos: El infarto agudo de miocardio con arterias coronarias no obstruidas (MINOCA) es una entidad clínica que se encuentra en continuo estudio. El objetivo de este estudio es comparar las características basales y el pronóstico de los pacientes con MINOCA con los pacientes con infarto de miocardio con enfermedad coronaria obstructiva.

Métodos: Se han analizado todos los infartos de miocardio a los que se le realiza coronariografía que ingresan en un Hospital Universitario, siguiendo un protocolo que no incluye la realización de imagen intracoronaria ni estudios funcionales de rutina. La base de datos y todas las imágenes angiográficas han sido revisadas por un grupo de expertos, para la clasificación de los MINOCA empleando la definición de las guías de la European Society of Cardiology 2020 y American Heart Association.

Resultados: Se han incluido 805 pacientes, de los cuales 81 (10,1%) eran MINOCA. La mediana de seguimiento fue de 37 meses [RIC 19-55]. No encontramos diferencias entre ambos grupos en cuanto a la edad. La prevalencia de MINOCA fue significativamente mayor en pacientes de género femenino (46,9 vs 22,4%, p 0,001). También lo fue la presencia de fibrilación auricular (13,6 vs 7,2%, p = 0,05), diabetes (21 vs 33,7%, p = 0,02) y tabaquismo (43,3 vs 73,2%, p 0,001) comparado con los pacientes con enfermedad coronaria obstructiva. Los síntomas no difirieron en ambos grupos, aunque los niveles de marcadores de daño miocárdico en pacientes con MINOCA fueron significativamente menores (troponina T hs 748 ± 273 vs 2415 ± 296 ng/ml, p 0,001). Además tenían menos complicaciones cardiovasculares, como necesidad de inotrópicos (0 vs 8,2%, p = 0,008), *shock* (0 vs 6,4%, p = 0,01) o edema agudo de pulmón (0 vs 4,4%, p = 0,065) durante el ingreso. Las tasas de mortalidad fueron similares tanto en el hospital (0 vs 3%, p = 0,155) como en el seguimiento (10 vs 12,7%, p = 0,49) de ambos grupos. No se encontraron diferencias en otros parámetros analizados (tabla).

Características basales de pacientes con MINOCA vs pacientes con infarto de miocardio con enfermedad arterial obstructiva

	MINOCA (81)	MICAD (724)	p

Edad (años)	67 ± 14	67 ± 13	0,263
Sexo femenino (n (%))	38 (46,9)	162 (22,4)	0,001
Fibrilación auricular (n (%))	11 (13,6)	52 (7,2)	0,050
Tabaco (n (%))	35 (43,3)	470 (73,2)	0,001
Diabetes (n (%))	17 (21)	243 (33,7)	0,020
Dislipemia (n (%))	39 (48,8)	395 (54,9)	0,292
Hipertensión (n (%))	54 (66,7)	429 (59,6)	0,217
Necesidad de inotrópicos durante la hospitalización (n (%))	0	57 (8,2)	0,008
Edema agudo de pulmón durante la hospitalización (n (%))	0	32 (4,4)	0,065
Shock cardiogénico durante la hospitalización (n (%))	0	46 (6,4)	0,010
Muerte durante la hospitalización (n (%))	0	22 (3)	0,155
Muerte durante el seguimiento (n (%))	8 (10)	86 (12,7)	0,494
Escala STAI* (puntos)	40 ± 24	38 ± 19	0,728
Escala DS-14* (puntos)	23 ± 12,5	18 ± 11,5	0,292
Creatinina al ingreso (mg/dl)	1,24 ± 0,18	1,27 ± 0,05	0,028
Troponina T hs (ng/l)	748 ± 273	2415 ± 296	0,001
CK (U/l)	362 ± 59,5	911 ± 50,4	0,001
Proteína C reactiva (mg/l)	11,39 ± 3,4	17,22 ± 1,8	0,217

Las variables cualitativas se expresan como número de casos y porcentaje. Las variables cuantitativas se expresan con la mediana y rango intercuartílico. *Escalas validadas STAI y DS-14 en medición de estrés.

Conclusiones: Los factores de riesgo cardiovascular clásicos no parecen ser tan importantes en los pacientes con MINOCA como en los pacientes con enfermedad coronaria obstructiva. No se han encontrado diferencias que nos ayuden a un diagnóstico precoz en el momento del ingreso, pero sí menores niveles en los marcadores de daño miocárdico en los pacientes con MINOCA. No se han encontrado diferencias en cuanto al pronóstico en ambos grupos.