



## 6013-83. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICO DEL MINOCA EN FUNCIÓN DE LA EDAD

Paula Rodríguez Montes, Alfonso Fraile Sanz, Bárbara Izquierdo Coronel, Nuria Gil Mancebo, Daniel Nieto Ibáñez, Cristina Perela Álvarez, María Álvarez Bello, María Martín Muñoz, Miguel de la Serna Real de Asúa, Silvia Humanes Ybáñez, María Jesús Espinosa Pascual, Renée Olsen Rodríguez, Rebeca Mata Caballero, Paula Awamleh García y Joaquín J. Alonso Martín

Cardiología. Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid), España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** En los últimos años se ha estudiado cada vez más el infarto sin lesiones coronarias obstructivas (MINOCA). Además, hay un interés creciente en investigar las peculiaridades de las enfermedades cardiovasculares en el paciente anciano, frecuentemente excluido de los ensayos. El objetivo de este estudio es comparar la epidemiología, diagnóstico, tratamiento y pronóstico del MINOCA en función de la edad.

**Métodos:** En este estudio observacional, prospectivo y analítico se han incluido los pacientes a los que se les realizó coronariografía entre 2016 y 2023. Se han cumplido los criterios diagnósticos de MINOCA de las Guías Europeas y del posicionamiento de la AHA. Se han comparado dos grupos en función de la edad (70 años) con una mediana de seguimiento de 43 meses [20-71].

**Resultados:** Se incluyeron 136 pacientes con MINOCA, el 63,2% (n = 86) 70 años. Los ancianos presentaron mayor prevalencia de insuficiencia cardíaca (0 vs 10%, p 0,01), enfermedad renal crónica (2,3 vs 18%; p 0,01), anemia (8,3 vs 30%; p 0,01) y fibrilación auricular (4,7 vs 26%; p 70a presentaron más MACE que los 70 años (HR 3,79; IC95% [1,63-8,78]). A pesar de la ausencia de significación estadística, se observó tendencia a mayor reingreso cardiovascular (HR 1,19; IC95% [0,33-4,31]), mortalidad (HR 1,53; IC95% [0,32-7,40]) e IAM (HR 104,94; IC95% [70 años).

	70 años (n = 86, 63,2%)	> 70 años (n = 50, 36,8%)	p
Mujeres (n, %)	37 (43)	28 (56)	0,14
Tabaquismo (n, %)	50 (62,5)	18 (39,1)	0,01
DM tipo 2 (n, %)	12 (14)	18 (36)	0,01

<b>Dislipemia (n, %)</b>	37 (43)	26 (53,1)	0,26
<b>HTA (n, %)</b>	45 (52,3)	43 (86)	<b>0,01</b>
<b>Pico de troponina T ultrasensible (ng/l, mediana, RIC)</b>	149 [37-424]	164 [64,83-388,75]	0,45
<b>Pico de CK (U/l, mediana, RIC)</b>	202 [103-356]	131,50 [76,5-211]	0,06
<b>Disfunción ventricular izquierda (n, %)</b>	10 (11,6)	7 (14)	0,69
<b>AAS (n, %)</b>	56 (65,1)	35 (70)	0,56
<b>Anticoagulantes (n, %)</b>	7 (8,3)	9 (18)	0,14
<b>Bloqueadores beta (n, %)</b>	47,4 (41)	29 (58)	0,25
<b>Nitratos (n, %)</b>	10 (11,6)	14 (28)	<b>0,02</b>
<b>Calcioantagonistas no dihidripiridínicos (n, %)</b>	10 (11,6)	7 (14)	0,69
<b>Estatinas (n, %)</b>	69 (80,2)	39 (78)	0,76
<b>Vasoespasma (n, %)</b>	15 (18,3)	2 (4,1)	<b>0,02</b>
<b>Embolia (n, %)</b>	1 (1,2)	4 (8,2)	0,06
<b>Disección coronaria (n, %)</b>	6 (7,3)	0 (0)	0,08
<b>IAM tipo II (n, %)</b>	8 (9,8)	18 (36,7)	<b>0,01</b>
<b>Desconocido (n, %)</b>	37 (45,1)	17 (34,7)	0,24

DM: diabetes mellitus; HTA: hipertensión arterial;  
RIC: rango intercuartílico; CK: creatina cinasa;  
AAS: ácido acetilsalicílico; IAM: infarto agudo de miocardio.

**Conclusiones:** El MINOCA es menos prevalente en ancianos. Estos asocian más factores de riesgo cardiovascular, menos angina y mayor prevalencia de IAM tipo II. A pesar de que no hubo diferencias

significativas en cuanto al manejo, el ticagrelor se prescribió más en jóvenes. Los ancianos presentaron más MACE durante el seguimiento.