



6123-8. EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO Y FACTORES PREDICTORES EN LOS PACIENTES CON MINOCA

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

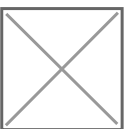
Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid), España.

Resumen

Introducción y objetivos: El pronóstico de los pacientes con MINOCA comparado con los MICAD es aún un reto para la investigación. Algunos estudios han demostrado una evolución más favorable en los MINOCA pero esto no es algo consistente en todas las series. El objetivo del estudio es comparar el pronóstico entre ambos grupos y analizar factores predictores de peor pronóstico en los MINOCA.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo y analítico en un hospital universitario. Se incluyeron los pacientes con infarto a los que se realizó coronariografía entre enero-2016 y diciembre-2023. El análisis de seguimiento incluyó eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE: muerte por cualquier causa, mortalidad cardiovascular, reingreso cardiovascular, infarto e ictus) y cada uno por separado. La mediana de seguimiento fue de 43 meses [RIC 20-71].

Resultados: Se incluyeron 1.064 pacientes, 928 MICAD (74%) y 136 MINOCA (26%). El pronóstico fue mejor en los MINOCA en cuanto a MACE (IC95% [0,39-0,92] $p = 0,02$), y los resultados al analizar cada evento por separado fueron: 1) mortalidad por cualquier causa (IC95% [0,34-1,25] $p = 0,2$), 2) mortalidad cardiovascular (IC95% [0,39-2,46] $p = 0,96$), 3) reinfarto (IC95% [0,17-1,93] $p = 0,4$), 4) ictus (IC95% [0,59-3,5] $p = 0,43$), y 5) reingreso cardiovascular (IC95% [0,5-1,98] $p = 0,83$). En los MINOCA, la edad media fue de 63,4 años, con un 53% de hombres, sin diferencias al compararlo con las mujeres (IC95% [0,4-2], $p = 0,82$). Se asociaron a mejor MACE la edad (IC95% [1,02-1,1] $p = 0,001$), diabetes (IC95% [1,1-6,5] $p = 0,03$), insuficiencia cardiaca previa (IC) (IC95% [3,1-39,3] $p = 0$), arteriopatía periférica (IC95% [2,4-17,6] $p = 0,001$), y enfermedad renal crónica (ERC) (IC95% [1,98-14,9] $p = 0,001$), sin diferencias en: la hipertensión (IC95% [0,67-4,32] $p = 0,26$), tabaco (IC95% [0,45-1,23] $p = 0,245$), dislipemia (IC95% [0,67-3,35] $p = 0,32$); ni la disfunción ventricular (IC95% [0,53-9,82] $p = 0,26$). Los niveles de troponina al ingreso se asociaron a mayor MACE (HR 1 IC95% [1-1,001] $p = 0$), pero no los de CK (HR 1 IC95% [0,9-1,001] $p = 0,89$); y no hubo alteraciones electrocardiográficas específicas asociadas a un peor pronóstico (IC95% [0,86-1,45] $p = 0,4$).



Curva de supervivencia comparando los pacientes MINOCA vs MICAD (HR 0,6, IC95% [0,39-0,92], $p = 0,018$).

Conclusiones: En nuestro estudio, el pronóstico en términos de MACE fue más favorable en el grupo de MINOCA. Como predictores de mayor riesgo de MACE dentro de los MINOCA encontramos: ERC, IC previa, diabetes, arteriopatía periférica y elevación de troponina.