



## 6017-290. CARACTERÍSTICAS Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES SIN LESIONES CORONARIAS SIGNIFICATIVAS TRAS ACTIVACIÓN DE UN CÓDIGO INFARTO

Joaquín Jesús Alonso Martín<sup>1</sup>, Rosa Ana Hernández Antolín<sup>1</sup>, Javier López Pais<sup>2</sup>, Juan Górriz Magaña<sup>2</sup>, Alberto García Lledó<sup>1</sup>, Juan Carlos Ansedé<sup>1</sup>, Ervigio Corral Torres<sup>1</sup> y Raul Moreno<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Código Infarto Madrid, Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria de Madrid y <sup>2</sup>Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Recientemente ha crecido el interés por el infarto agudo de miocardio (IAM) sin lesiones significativas en la coronariografía (MINOCA por sus siglas en inglés). El objetivo de este estudio es definir el perfil clínico y evolución de los pacientes en los que se activa un Código Infarto y no se detectan lesiones significativas en la coronariografía.

**Métodos:** Análisis de la base de datos prospectiva del Código Infarto Madrid (Registro de la C. de Madrid) desde el 3-6-13 al 3-6-2015. En este periodo (2 años) se activaron 4.434 códigos y se realizó en 3.537 pacientes una coronariografía. Se recogieron datos clínicos y demográficos, lugar del primer contacto con el S. sanitario (centros de atención primaria, Servicios de EMER extrahospitalaria SUMMA y SAMUR, y hospitales con y sin programa de ACTP primaria), tiempos y características de la reperfusión y mortalidad hospitalaria.

**Resultados:** En 440 pacientes (12%) no se detectaron lesiones significativas en la coronariografía. Este grupo de pacientes tuvo, en relación a pacientes con IAM con lesiones significativas, más frecuentemente un IAM no localizable en el ECG (28 frente a 9,1%,  $p < 0,05$ ) y sexo femenino (34 frente a 22%,  $p < 0,05$ ). Así el 11% de los varones no tenían lesiones significativas en la coronariografía frente al 18% en las mujeres ( $p < 0,05$ ). No hubo diferencias entre pacientes sin y con lesiones significativas en el lugar de primera atención y en los tiempos. Por ejemplo, el tiempo entre el inicio del dolor y el ICP (mediana + rango intercuartílico fueron de 220 min [133-426] frente a 185 min [130-313],  $p > 0,05$ ). La edad media de ambos grupos también fue similar ( $63 \pm 16$  frente a  $64 \pm 14$  años,  $p > 0,05$ ). De los 440 pacientes, solo se confirmó el IAM en 103 (25%) frente a un 97% de IAM confirmados cuando se encontraron lesiones coronarias significativas ( $p < 0,05$ ). A pesar de ello, la mortalidad intrahospitalaria de los pacientes sin lesiones significativas fue similar a la de los pacientes con estenosis significativas (5,7 frente a 5,5%) en la coronariografía.

	Coronarias sin lesiones significativas	Coronarias con lesiones significativas	p
Edad media (años)	63	64	NS
Mujeres (%)	34	22	< 0,05

Confirmación del infarto (%)	25	97	< 0,05
Infarto no localizable por ECG (%)	28	9,1	< 0,05
Mortalidad (%)	5,7	5,5	NS
Tiempo inicio de dolor - ICP [mediana en minutos (RIC)]	220 (133-426)	185 (130-313)	NS

RIC: rango intercuartílico. ICP: intervencionismo coronario percutáneo.

**Conclusiones:** En el 12% de los pacientes en los que se llega a realizar una coronariografía tras activar un Código Infarto no se observan lesiones significativas. En estos solo se confirmó el IAM en el 25% de los pacientes, a pesar de lo cual tiene una mortalidad similar a los pacientes en los que se activa el Código Infarto y presentan lesiones significativas. Este grupo de pacientes necesita estudios más amplios para caracterizarlos y definir su manejo.