



6015-273. INFARTO DE MIOCARDIO SIN LESIONES CORONARIAS OBSTRUCTIVAS (MINOCA) EN BASE A LA NUEVA DEFINICIÓN DE LA ESC: EPIDEMIOLOGÍA, PERFIL CLÍNICO, PREDICTORES, Y PRONÓSTICO A LARGO PLAZO

Javier López-Pais¹, Bárbara Izquierdo Coronel¹, María Jesús Espinosa Pascual¹, David Galán Gil¹, Juan Gorriz Magana¹, Rebeca Mata Caballero¹, Carlos Gustavo Martínez Peredo², Carlos Moreno Vinués¹, Paula Awamleh García¹ y Joaquín Alonso Martín¹, del ¹ Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid) y ²CHR Mons-Hainaut, Mons (Bélgica).

Resumen

Introducción y objetivos: El documento de posicionamiento de la ESC sobre el infarto agudo de miocardio sin lesiones coronarias obstructivas (MINOCA) publicado en 2016 lo define por primera vez y lo considera un diagnóstico de trabajo. Basado en esta definición ampliamente aceptada en el momento actual el objetivo de este estudio es analizar su perfil clínico y pronóstico al año.

Métodos: Estudio observacional analítico de cohortes, de todos los MINOCA ingresados consecutivamente en nuestro centro durante 3 años (118 pacientes). Se compararon con 269 pacientes consecutivos ingresados por infarto de miocardio con lesiones coronarias obstructivas durante 18 meses. Se utilizaron las definiciones del documento de la ESC de 2016. Se realizó análisis univariante y multivariable para determinar identificadores precoces de MINOCA. Se estudió el pronóstico mediante Kaplan-Meier comparadas con *log rank* y ajuste mediante regresión de Cox.

Resultados: El 11,6% de los ingresos por infarto durante 3 años fueron MINOCAS. Los MINOCA fueron más jóvenes (62 ± 16 frente a 67 ± 13 años, $p < 0,01$) con más frecuencia mujeres (51 frente a 22% $p < 0,01$) y tenían menos factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Los MINOCA tuvieron más antecedentes psicoconductuales (29,1 frente a 12,6%, $p < 0,01$) y más situaciones proinflamatorias: enfermedades autoinmunes (19,5 frente a 10,0%, $p < 0,014$), cáncer (10,2 frente a 3,7%, $p < 0,01$) y conectivopatías (7,6 frente a 1,5%, $p < 0,01$). Fueron identificadores precoces de MINOCA: sexo femenino, estrés emocional, alergias, frecuencia cardíaca elevada, ausencia de diabetes, ausencia de descenso del ST y menores niveles de troponina. En el seguimiento al año (figura), los pacientes con MINOCA presentaron menos mortalidad total (A) (8 frente a 26%, $p < 0,01$) y cardiovascular (B) (5 frente a 20% $p < 0,01$) así como menos tasa de MACE (C) (11 frente a 17%, $p < 0,02$), sin diferencias en la tasa de reingresos (D) (40 VS 49%, $p < 0,24$). Si bien, una vez ajustados los datos por edad y FRCV mediante regresión de Cox, el hecho de ser MINOCA no tuvo impacto independiente en el pronóstico.



Conclusiones: La frecuencia del MINOCA es alta (11% de los infartos), tienen menos FRCV y se asocia con más frecuencia a alteraciones psico-conductuales y situaciones proinflamatorias. Los pacientes con MINOCA tienen menos mortalidad y MACE al año de seguimiento, sin diferencias en los reingresos; pero tras ajuste multivariable el pronóstico es similar.