



6016-177. PRONÓSTICO INTRAHOSPITALARIO Y AL ALTA DE PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO SIN ENFERMEDAD CORONARIA ATEROESCLERÓTICA OBSTRUCTIVA SEGÚN LA ETIOLOGÍA DEFINITIVA

Jorge Martínez del Río¹, Martín Negreira Caamaño¹, Jesús Piqueras Flores¹, Daniel Salas Bravo¹, Álvaro Moreno Reig¹, Miguel Ángel Rienda Moreno², Germán Hernández Herrera¹, M. Antonia Montero Gaspar¹, Felipe Higuera Sobrino¹, Ramón Maseda Uriza¹, Juan Antonio Requena Ibáñez¹, Pedro Pérez Díaz¹, Raquel Frías García¹, Alfonso Morón Alguacil¹ y Manuel Muñoz García¹, del ¹ Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real y ² Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Resumen

Introducción y objetivos: El diagnóstico de infarto de miocardio (IM) sin enfermedad coronaria aterosclerótica obstructiva (MINOCA) plantea dilemas, dado que incluye a patologías, *a priori*, con diferencias pronósticas y del abordaje terapéutico. No obstante, la evidencia actual sobre dichas diferencias en países mediterráneos es escasa. Objetivos: analizar y comparar la incidencia de complicaciones intrahospitalarias (CIH) y eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) según la etiología MINOCA definitiva en una cohorte española.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de 126 pacientes ($63,6 \pm 17,7$ años, 65,9% mujeres) con criterios de MINOCA, ingresados en Ciudad Real entre enero de 2012 y abril de 2019 (mediana de seguimiento de 20,5 meses). El diagnóstico definitivo se estableció según los criterios de la Clínica Mayo para síndrome de *tako-tsubo* (STT), los criterios Lake Louise para miocarditis (MC) y la presencia de realce tardío subendocárdico o transmural en la resonancia magnética cardíaca (RMC) para IM (embólico o con recanalización espontánea). Se evaluó la incidencia de CIH (variable combinada: insuficiencia cardíaca [IC], *shock* cardiogénico, arritmias malignas, muerte) y MACE (variable combinada: mortalidad global [MG], IM, IC, fibrilación auricular [FA] *de novo*, accidente cerebrovascular [ACV]).

Resultados: La incidencia global de CIH fue del 30,2% (individualmente: IC [15,1%], *shock* cardiogénico [8,7%], arritmias malignas [5,6%] y muerte [1,6%]). La tasa global de MACE fue del 19,0%, con una mortalidad global del 7,4%; las incidencias del resto de variables MACE individuales fueron: IC 5,9%, FA *de novo* 4,2%, IM 1,7% y ACV 0,8%. El diagnóstico definitivo fue de 52,5% para STT, 20,8% para MC, y 26,7% para IM. Comparando las diferentes etiologías (tabla), la incidencia de *shock* cardiogénico como CIH fue significativamente mayor en los pacientes con STT respecto a los otros diagnósticos. No se observaron otras diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes etiologías MINOCA y la incidencia (global o individual) del resto de CIH o MACE.

Incidencia de complicaciones intrahospitalarias y eventos cardiovasculares adversos mayores según la etiología MINOCA definitiva

	Infarto de miocardio ^a	Miocarditis	Síndrome de <i>tako-tsubo</i>	p
Complicaciones intrahospitalarias (%)	28,2	15,0	37,6	0,16
Insuficiencia cardiaca (%)	21,9	6,0	15,3	0,17
<i>Shock</i> cardiogénico (%)	0	3,0	14,3	0,04
Arritmias malignas (%)	6,3	6,0	6,3	0,91
Muerte intrahospitalaria (%)	0	0	1,7	0,63
Eventos cardiovasculares adversos mayores (%)	18,9	4,3	23,8	0,13
Infarto de miocardio (%)	3,2	0	1,7	0,67
Insuficiencia cardiaca (%)	6,3	3,1	7,6	0,35
Fibrilación auricular <i>de novo</i> (%)	6,3	1,2	3,5	0,47
Accidente cerebrovascular (%)	0	0	0,7	0,62
Mortalidad global (%)	3,1	0	10,3	0,06

MINOCA; infarto de miocardio sin enfermedad coronaria aterosclerótica obstructiva; ^aInfarto embólico o recanalización espontánea.

Conclusiones: A pesar de las presumibles diferencias pronósticas entre las distintas etiologías MINOCA (tradicionalmente, el STT se ha considerado una entidad benigna), en este estudio solo se observaron diferencias significativas, en términos de CIH y MACE, en la incidencia de *shock* cardiogénico (precisamente, mayor entre los pacientes con STT).