



## 7001-4. IMPACTO DE LAS CONDICIONES PROINFLAMATORIAS EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO CON ARTERIAS CORONARIA NO OBSTRUCTIVAS

Javier López Pais<sup>1</sup>, María Jesús Espinosa Pascual<sup>2</sup>, Barbara Izquierdo Coronel<sup>2</sup>, David Galán Gil<sup>2</sup>, Blanca Alcón Durán<sup>2</sup>, Paula Awamleh García<sup>2</sup>, Carlos Moreno Vinués<sup>2</sup>, Carlos Gustavo Martínez Peredo<sup>2</sup>, Leyre Álvarez Rodríguez<sup>1</sup>, Álvaro Núñez Rodríguez<sup>3</sup>, Juan Górriz Magana<sup>2</sup>, Rebeca Mata Caballero<sup>2</sup>, Juan Francisco Oteo Domínguez<sup>4</sup>, José Ramón González Juanatey<sup>1</sup> y Joaquín Jesús Alonso Martín<sup>2</sup>, del <sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela (A Coruña), <sup>2</sup>Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid), <sup>3</sup>Hospital Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa) y <sup>4</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** A pesar de las publicaciones recientes, incluidas las nuevas guías, el infarto de miocardio con arterias coronaria no obstructivas (MINOCA) siguen siendo un controvertido «diagnóstico de trabajo». Los pacientes con MINOCA tienen un perfil característico, con menor prevalencia de factores de riesgo clásicos (FRCV). El objetivo de este estudio es analizar la relación entre condiciones proinflamatorias conocidas y MINOCA.

**Métodos:** Estudio analítico y observacional desarrollado en un centro. Se analizaron los datos de 109 pacientes consecutivos con MINOCA durante un periodo de 3 años (2016-2018). Utilizamos las definiciones y la abordaje clínico del Documento de Posición sobre MINOCA de la ESC. El compuesto de condiciones proinflamatorias (CPI) incluye patologías autoinmunes, enfermedades del tejido conectivo, cáncer activo y el hecho de presentar un infarto de miocardio como una complicación durante el ingreso por una patología no cardiovascular. El análisis de seguimiento incluyó mortalidad y eventos cardiovasculares adversos (MACE). El análisis de supervivencia se basa en la regresión de Cox y curvas de Kaplan-Meier. La mediana de seguimiento fue de 17 meses.

**Resultados:** Un tercio de los pacientes de MINOCA tenían CPI (34,8%). Tienden a ser mayores ( $67,9 \pm 14$  frente a  $62,8 \pm 15$ ,  $p 0,08$ ), sin diferencias en la tasa de sexo femenino (55,3 frente a 49,3%,  $p 0,55$ ) ni en FRCV tradicional. Los pacientes con CPI presentaron ECG con alteraciones isquémicas en mayor proporción (75,7 frente a 53,5%,  $p 0,03$ ), así como tendencia a más disfunción ventricular (45,9 frente a 28,2%,  $p 0,07$ ) y mayor mortalidad hospitalaria (2,6 frente a 0,0%,  $p 0,17$ ). Los niveles de troponina fueron similares ( $4,0 \pm 6,0$  frente a  $6,6 \pm 10,4$ ,  $p 0,2$ ). Durante el seguimiento, las CPI (figura, en verde) se relacionaron con una mayor mortalidad (16,2 frente a 1,5%, *hazard ratio* [HR] 10,7; 95% de intervalo de confianza [IC]: 1,3-89,0,  $p 0,03$ ). Los pacientes con CPI también mostraron un aumento no significativo de mortalidad cardiovascular (5,3 frente a 1,4%, HR 3,5 [IC: 0,3-38,5],  $p 0,3$ ) y de MACE (13,5 frente a 9,2%, HR 1,6 [IC: 0,5-5,1],  $p 0,4$ ).



**Conclusiones:** En este estudio, los MINOCA presentaron una alta prevalencia de CPI, más de un tercio de ellos. Las CPI se vincularon a peor pronóstico, con una mayor mortalidad por todas las causas y un aumento no significativo de la mortalidad cardiovascular y MACE, lo que podría ser significativo con el número adecuado de pacientes.