



## 6032-301. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN LOS ÚLTIMOS TRECE AÑOS EN NUESTRO CENTRO SEGÚN LA PRESENCIA DE LESIONES SIGNIFICATIVAS EN LA ANGIOGRAFÍA

Carmen García Corrales<sup>1</sup>, Juan Manuel Nogales-Asensio<sup>1</sup>, José Miguel Rojo Pérez<sup>2</sup>, Reyes González Fernández<sup>1</sup>, Ginés Martínez Cáceres<sup>1</sup>, Dante Paul Agip Fustamante<sup>1</sup>, Inmaculada Gómez Sánchez<sup>1</sup>, Patricia Trinidad Márquez Lozano<sup>1</sup>, Carlos Antonio Aranda López<sup>1</sup>, Ángel Morales Martínez de Tejada<sup>1</sup>, Alejandra Vaello Paños<sup>1</sup>, Luis Javier Doncel Vecino<sup>1</sup>, Eugenio Dávila Dávila<sup>1</sup>, Antonio Merchán Herrera<sup>1</sup> y José Ramón López-Mínguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. <sup>2</sup>Universidad de Extremadura, Badajoz.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Bajo el término MINOCA se engloba al subgrupo de pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) sin enfermedad aterosclerótica obstructiva por angiografía. Nuestro objetivo fue analizar las características diferenciales de los pacientes con IAM según la etiología.

**Métodos:** Analizamos todos los pacientes con diagnóstico de IAM sometidos a coronariografía en nuestro servicio entre el 1/1/2007 y el 1/1/2020. Se definieron, según los hallazgos angiográficos, cuatro grupos: pacientes con lesiones ateroscleróticas obstructivas (LAO), disección coronaria espontánea (DCE), embolismo coronario (EC) y el de otros pacientes con MINOCA (la mayor parte sin diagnóstico etiológico). Analizamos las características de los pacientes según el diagnóstico etiológico del IAM.

**Resultados:** Analizamos 5.129 pacientes (2.281 con SCASEST y 2.848 con SCAEST). En 566 (11%) se estableció el diagnóstico de MINOCA (ausencia de LAO) siendo el diagnóstico DCE en 44 pacientes y EC en 21 pacientes mientras que en 501 no se estableció el diagnóstico etiológico. Las condiciones subyacentes en los 21 pacientes con EC fueron: FA no conocida en 9 pacientes (42,9%), FA conocida con INR bajo en 4 pacientes (19%), prótesis aórtica con INR bajo en 2 pacientes (9,5%), prótesis mitral con INR bajo en 1 paciente (4,8%), embolismo paradójico por foramen oval permeable en 2 pacientes (9,5%), endocarditis aórtica en 1 paciente (4,8%), síndrome paraneoplásico en 1 paciente (4,8%) y síndrome antifosfolípido en 1 paciente (4,8%). La edad fue significativamente menor entre los pacientes con DCE y significativamente mayor entre los pacientes con EC. El sexo femenino fue más prevalente entre los pacientes con DCE y EC. La distribución de los factores de riesgo cardiovascular clásicos también difirió según la etiología del IAM. La manifestación más frecuente de la DCE fue el SCASEST mientras que en el EC fue el SCAEST. La mortalidad fue significativamente mayor entre los pacientes con IAM por EC debido a la mayor comorbilidad de estos pacientes.

Características diferenciales de los pacientes según la etiología del IAM

	LAO (N = 4.563)	DCE (N = 44)	EC (N = 21)	Otros MINOCA (N = 501)	p
Edad	65,4 ± 12,8	54,6 ± 9,7	69,2 ± 13,1	63,0 ± 14,7	0,001
Sexo femenino	1.115 (24,4%)	38 (86,4%)	12 (57,1%)	201 (40,1%)	0,001
HTA	2.646 (58%)	17 (38,6%)	16 (76,2%)	272 (54,3%)	0,008
Tabaco	1.474 (32,3%)	19 (43,2%)	2 (9,5%)	128 (25,5%)	0,001
Hiperlipidemia	2.050 (44,9%)	12 (27,3%)	11 (52,4%)	215 (42,9%)	0,085
Diabetes	1.287 (28,2%)	0	6 (28,6%)	103 (20,6%)	0,001
AF CI	884 (19,4%)	7 (15,9%)	3 (14,3%)	101 (20,2%)	0,890
IAM previo	639 (14%)	0	0	54 (10,8%)	0,002
ACV previo	153 (3,4%)	0	3 (15%)	14 (2,8%)	0,050
SCA-SEST	1.926 (42,2%)	28 (63,6%)	3 (14,3%)	324 (64,7%)	0,001
SCA-EST	2.637 (57,8%)	16 (36,4%)	18 (85,7%)	177 (35,3%)	0,001
ICP	3.399 (74,5%)	10 (22,7%)	14 (66,7%)	--	0,001
Mortalidad	269 (5,9%)	0	3 (25%)	3 (0,6%)	0,001

HTA: hipertensión arterial; AF CI: antecedentes familiares de cardiopatía isquémica; SCA: síndrome coronario agudo; EST/-SEST: con/sin elevación del ST; ICP: intervencionismo coronario percutáneo.

**Conclusiones:** La prevalencia de MINOCA en nuestra serie fue del 11% de los pacientes ingresados por IAM. En la mayor parte de estos pacientes no se llega a un diagnóstico etiológico del IAM. Encontramos diferencias significativas en las características basales, prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, manifestación clínica, manejo y mortalidad según la etiología del IAM.