Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 987

Revista Española de Cardiología

# 6045-295. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO ¿HA CAMBIADO EL MANEJO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?

Renée Olsen Rodríguez[1], Rebeca Mata Caballero[1], Bárbara Izquierdo Coronel[1], Daniel Nieto Ibáñez[1], Cristina Perela Álvarez[1], María Álvarez Bello[1], María Martín Muñoz[1], Nuria Gil Mancebo[1], Paula Rodríguez Montes[1], Silvia Humanes Ybañez[1], Migue de la Serna Real de Ansua[1], Alfonso Fraile Sanz[1], Javier López Pais[2], María Jesús Espinosa Pascual[1] y Joaquín J. Alonso Martín[1]

[1]Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid), España y [2]Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña), España.

## Resumen

**Introducción y objetivos:** El infarto agudo de miocardio sin arterias coronarias obstructivas (MINOCA) representa el 10% del total de infartos agudos de miocardio. En los últimos años ha aumentado el conocimiento al respecto y se han publicado documentos de consenso. El objetivo del estudio es analizar el impacto en el manejo real de los pacientes MINOCA tras la publicación científica de la Sociedad Europea de Cardiología (2016) y el documento de posicionamiento científico de la Asociación Americana del Corazón (AHA) en 2019.

**Métodos:** Estudio prospectivo, observacional y analítico que incluyó pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) hospitalizados desde enero de 2016 a diciembre de 2023. Comparamos las pruebas diagnósticas realizadas y el tratamiento establecido antes y después de 2019 (año de publicación del comunicado de la AHA) en pacientes MINOCA.

**Resultados:** Se incluyeron a 136 pacientes MINOCA, 57 antes de la publicación del comunicado de la AHA (11,3% de los IAM) y 79 después (14%). No encontramos diferencias en género o edad entre los dos grupos (tabla). Se realizaron veintidós resonancias magnéticas cardiacas (RMC) en el primer grupo (38,6% de los MINOCA) frente a cuarenta (50,1%) en el segundo grupo (p 0,01). La terapia médica no difirió significativamente entre ambos grupos, excepto por un aumento en el tratamiento hipolipemiante (tabla).

Análisis descriptivo y comparativo del tratamiento antes y después de la publicación de la declaración científica de 2019

| | Antes 2019 | Después 2019 | *p* |
|---|---|---|---|
| Género femenino | 26 (45,6%) | 39 (49,4%) | 0,6 |
| Edad (años) | 67 | 63 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Aspirina (N, %) | 36 (63,2%) | 55 (69,6%) | 0,43 |
| Segundo antiagregante | | | 0,31 |
| No (N, %) | 31 (54,4%) | 42 (53,2%) | |
| Clopidogrel (N, %) | 19 (33,3%) | 26 (32,9%) | |
| Ticagrelor (N, %) | 5 (8,8%) | 11 (13,9%) | |
| Prasugrel (N, %) | 2 (3,5%) | 0 (0%) | |
| Bloqueadores beta (N, %) | 29 (50,9%) | 41 (51,9%) | 0,9 |
| IECA (N, %) | 25 (43,9%) | 36 (45,6%) | 0,8 |
| ARA II (N, %) | 8 (14%) | 10 (12,7%) | 0,8 |
| Nitratos (N, %) | 8 (14%) | 16 (20,3%) | 0,3 |
| Calcioantagonistas (N, %) | 14 (24,6%) | 25 (31,6%) | 0,4 |
| Estatinas (N, %) | 40 (70,2%) | 68 (86,1%) | *0,02* |
| Otros hipolipemiantes (N, %) | 2 (3,5%) | 13 (16,5%) | *0,01* |

IECA: inhibidores de enzima convertidora de angiotensina; ARA II: antagonistas de receptores de angiotensina II.

**Conclusiones:** Tras la publicación de 2019 del documento de posicionamiento de la AHA hay un aumento en el número de diagnósticos MINOCA, de las resonancias realizadas y del porcentaje de pacientes en tratamiento hipolipemiante. A pesar de las recomendaciones de establecer un tratamiento guiado por el mecanismo fisiopatológico, más del 50% de los MINOCA reciben doble antiagregación.