Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 342

Revista Española de Cardiología

3. IMPACTO PRONÓSTICO DEL TIEMPO DE RECUPERACIÓN DE LA FUNCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN EL SÍNDROME DE *TAKO-TSUBO*

Luis López Flores[1], Paula Marín Andreu[1], Margarita Montero Parrilla[1], Antonio Pablo Rivas García[1], Mireia Andrés[2], Alberto Pérez Castellanos[3], Aitor Uribarri González[4], Iván Núñez Gil[5], Juan Carlos García Rubira[1] y Manuel Almendro Delia[1]

[1]Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España, [2]Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España, [3]Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears), España, [4]Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España y [5]Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome de *tako-tsubo* (STK) se caracteriza por una disfunción sistólica transitoria del ventrículo izquierdo (VI), con diversos patrones de alteración de la movilidad parietal que se normalizan en un intervalo de tiempo que puede ir desde horas a varias semanas. Clásicamente se ha entendido como una enfermedad con un curso benigno. Sin embargo, varios estudios han demostrado que durante la fase aguda la tasa de mortalidad es similar a la del infarto agudo de miocardio y que existe un alto riesgo de eventos en la evolución a largo plazo. El objetivo de este estudio fue valorar el impacto pronóstico del tiempo de recuperación del VI en el seguimiento de los pacientes con STK.

Métodos: Se utilizaron los datos del Registro nacional multicéntrico sobre el síndrome de *tako-tsubo* (RETAKO). Se recogieron las características clínicas, analíticas, ecocardiográficas y de otras pruebas de imagen y los eventos durante el seguimiento. Se comparó la mortalidad durante el seguimiento en los grupos de recuperación precoz (10 días) del VI utilizando un modelo de Cox. También se estudió la mortalidad según el tiempo de recuperación analizado como variable continua mediante un análisis paramétrico flexible de supervivencia.

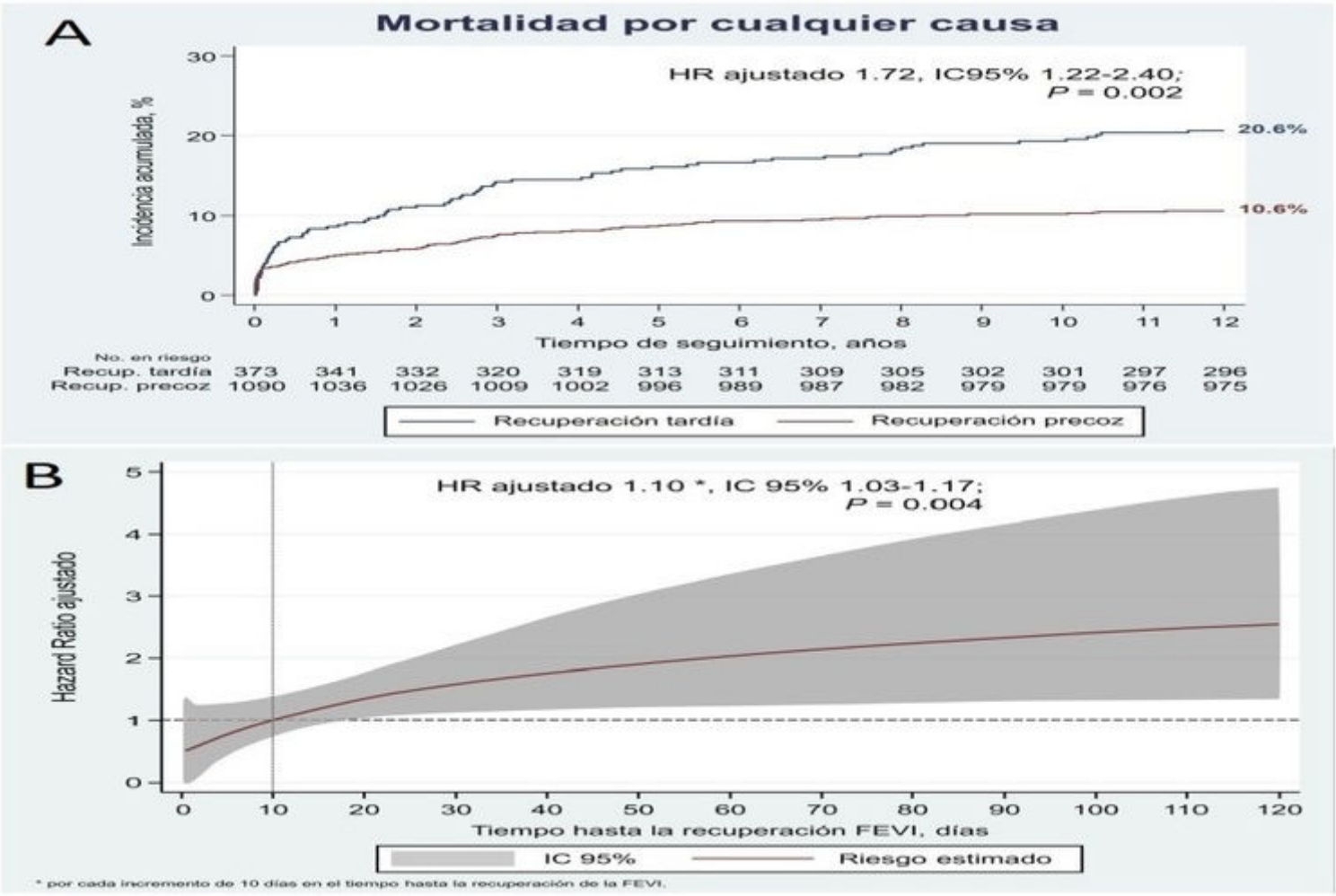
Resultados: De los 1.463 pacientes incluidos, 373 (25,5%) tuvieron una recuperación tardía y 1.090 (74,5%) temprana. La mortalidad en los pacientes con recuperación tardía fue significativamente mayor (20,6 vs 10,6%, p 0,001). En el análisis flexible de supervivencia, el riesgo de muerte por cualquier causa aumentó un 10% (HR 1,10, IC95% (1,03-1,17); p = 0,004) por cada 10 días de demora en la recuperación de las anomalías segmentarias del VI.

Características basales

Variable	Recuperación temprana (n = 1.090)	Recuperación tardía (n = 373)	Total (n = 1.463)	p
Edad-mediana (P25-P75)	72 (63-79)	74 (65-81)	73 (62-75)	0,018

> 75 años	453 (41,5)	177 (47,5)	630 (43,0)	0,047
Sexo, hombre-n (%)	135 (12,4)	61 (16,4)	196 (13,4)	0,050
Fumador-n (%)	144 (13,2)	48 (13,0)	192 (13,0)	0,866
Hipertensión - n (%)	722 (66,2)	246 (66,0)	968 (66,2)	0,920
Diabetes - n (%)	212 (19,4)	80 (21,4)	292 (20,0)	0,405
Hiperlipemia - n (%)	379 (34,8)	143 (38,3)	522 (35,7)	0,214
Enfermedad arterial coronaria - n (%)	71 (6,5)	22 (5,9)	93 (6,4)	0,674
Enfermedad neurológica - n (%)	157 (14,4)	75 (20,0)	323 (16,0)	0,009
Enfermedad pulmonar - n (%)	226 (20,7)	96 (25,7)	322 (22,0)	0,044
Enfermedad arterial periférica n (%)	84 (7,7)	47 (12,6)	131 (9,0)	0,004
Enfermedad renal crónica - n (%)	55 (5,0)	21 (5,6)	76 (5,2)	0,661
Insuficiencia cardiaca - n (%)	220 (20,2)	82 (22,0)	302 (20,6)	0,458
Cáncer - n (%)	153 (14,0)	67 (18,0)	220 (15,0)	0,067
Activo - n (%)	59 (5,4)	40 (10,7)	99 (6,8)	0,001
Anemia - n (%)	79 (7,2)	37 (10,0)	116 (8,0)	0,099
Enfermedad hepática - n (%)	35 (3,2)	18 (4,8)	53 (3,6)	0,150
Enfermedad autoinmune - n (%)	19 (1,7)	12 (3,2)	31 (2,1)	0,088

Enfermedad psiquiátrica - n (%)	69 (6,3)	22 (5,9)	91 (6,2)	0,765
Episodio previo de *tako-tsubo* - n (%)	19 (1,7)	11 (2,9)	30 (2,1)	0,156



Resultados. A. Modelo de Cox; B. Modelo flexible paramétrico.

Conclusiones: El incremento del tiempo de recuperación de la función del VI en los pacientes con STK se asocia a un aumento de mortalidad. En los pacientes en los que no se produce una recuperación temprana habría que valorar realizar un seguimiento clínico más estrecho tras el alta hospitalaria.