



## 6020-218. PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE *TAKO-TSUBO*. DIFERENCIAS PRONÓSTICAS SEGÚN LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO PROPUESTA POR LA SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA

Jorge Martínez del Río<sup>1</sup>, Jesús Piqueras Flores<sup>1</sup>, Daniel Salas Bravo<sup>1</sup>, Álvaro Moreno Reig<sup>1</sup>, Martín Negreira Caamaño<sup>1</sup>, Miguel Ángel Rienda Moreno<sup>2</sup>, Francisco Javier Jiménez Díaz<sup>1</sup>, Felipe Higuera Sobrino<sup>1</sup>, Ramón Maseda Uriza<sup>1</sup>, José María Arizón Muñoz<sup>1</sup>, Juan Antonio Requena Ibáñez<sup>1</sup>, Pedro Pérez Díaz<sup>1</sup>, Raquel Frías García<sup>1</sup>, Alfonso Morón Alguacil<sup>1</sup> y Manuel Muñoz García<sup>1</sup>, del <sup>1</sup>Servicio de Cardiología y <sup>2</sup>Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Tradicionalmente, el síndrome de *tako-tsubo* (STT) se ha considerado una entidad relativamente benigna. Sin embargo, datos más recientes sugieren tasas de complicaciones mayores a las inicialmente planteadas. La Sociedad Europea de Cardiología (ESC) recomienda la estratificación del riesgo de estos pacientes (imagen); no obstante, la evidencia de estudios prospectivos que evalúen dicho sistema es escasa. Objetivo: comparar características basales y diferencias en términos pronósticos entre pacientes con STT de bajo y alto riesgo.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo de 62 pacientes ( $71,5 \pm 9,8$  años, 90,3% mujeres) con diagnóstico de STT, ingresados en Ciudad Real entre enero de 2012 y abril de 2019 (mediana seguimiento de 27,5 meses). Se registraron variables clínicas, analíticas y de imagen cardiaca. Se estratificó el riesgo de complicaciones siguiendo recomendaciones de la ESC. Se evaluaron complicaciones intrahospitalarias (CIH, variable combinada: insuficiencia cardiaca [IC], *shock* cardiogénico, arritmias malignas, muerte intrahospitalaria) y al alta (CA, variable combinada: mortalidad global, recurrencia STT, IC, accidente cerebrovascular [ACV]).

**Resultados:** El 75,8% de los pacientes eran hipertensos, el 43,5% dislipémicos, y el 14,5% diabéticos. El 3,2% había presentado episodio de IC previa. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) media al ingreso fue  $40,0 \pm 11,8\%$ . El 37,1% presentó alguna CIH, y un 23,7% presentó alguna CA. Según el sistema de estratificación del riesgo de la ESC, el 66,1% presentaba alto riesgo de complicaciones. En comparación con el resto, los pacientes con riesgo alto eran mayores, presentaban menor FEVI al ingreso y menor índice cardiaco indexado por resonancia. La tasa de CIH (global, e IC y *shock* cardiogénico por separado) fue significativamente mayor en los pacientes de alto riesgo, que también presentaron una mayor mortalidad global (tabla), si bien las diferencias en CSA de forma global no alcanzaron significación estadística (0 frente a 15,8%,  $p = 0,08$ ).

Diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con STT de alto y bajo riesgo

Riesgo bajo

Riesgo alto

p

Edad (años)	62,7 ± 7,6	76,0 ± 7,4	0,001
FEVI (%)	63,9 ± 11,2	59,6 ± 10,0	0,001
Índice cardiaco indexado (L/min/m <sup>2</sup> )	3,0 ± 0,2	2,2 ± 0,1	0,003
CIH (%)	0	56,1	0,001
IC intrahospitalaria (%)	0	24,4	0,01
<i>Shock</i> cardiogénico intrahospitalario (%)	0	22,0	0,02
Mortalidad global (%)	0	21,1	0,04

STT: síndrome de *tako-tsubo*; FEVI: fracción eyección ventrículo izquierdo; CIH: complicaciones intrahospitalarias; IC: insuficiencia cardiaca.



*Estratificación de riesgo propuesta por la Sociedad Europea de Cardiología.*

**Conclusiones:** En este estudio, los pacientes con STT de alto riesgo presentaron una mayor tasa de complicaciones intrahospitalarias y de mortalidad global en el seguimiento en comparación con aquellos de bajo riesgo. No obstante, podría explicarse por la mayor edad y disfunción ventricular sistólica de dichos pacientes, variables incluidas en la estratificación de riesgo propuesta por la ESC.