



6014-15. ESTIMACIÓN DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR RECUPERADA EN PACIENTES CON TAQUIMIOCARDIOPATÍA EN RELACIÓN CON FIBRILACIÓN AURICULAR

M. Inmaculada Fernández Valenzuela, Diego Félix Arroyo Moñino, Álvaro Izquierdo Bajo, Rocío Cózar León, Pablo Bastos Amador y Ernesto Díaz Infante

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: La taquimiocardiopatía (TMC) es una causa frecuente de insuficiencia cardiaca. Nuestro objetivo fue estimar la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) recuperada en pacientes con TCM y fibrilación auricular (FA) como arritmia responsable.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo de pacientes con TCM secundaria a FA entre enero 2015-2022. Se valoraron características clínicas, demográficas y parámetros ecocardiográficos previos al diagnóstico y tras la recuperación. La FEVI recuperada (FEVI final-FEVI inicial) se calculó en todos los pacientes. Se seleccionó el mejor modelo a partir del método de todas las ecuaciones posibles, aquel con el índice Cp de Mallows más bajo, manteniendo un coeficiente de correlación múltiple (R2) suficientemente alto.

Resultados: 134 pacientes diagnosticados de TMC, 99 con FA como arritmia causal. Las características basales se recogen en la tabla. La muestra se dividió aleatoriamente en dos grupos; el primero (N = 69) para la creación del modelo y el segundo (N = 30) para su comprobación externa. Se construyó el modelo en base a 16 variables potenciales: sexo, edad, enfermedad renal (ER), obesidad, enolismo, hipertensión arterial, diabetes (DM), apnea obstructiva del sueño, frecuencia cardiaca al diagnóstico, FEVI al diagnóstico, uso de inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina, antagonistas del receptor de angiotensina II, antagonistas del receptor de la neprilisina, antagonistas del receptor de mineralcorticoide (ARM), ablación como tratamiento y estrategia de control de ritmo. Se estimaron 32,767 potenciales modelos. El mejor fue el compuesto por ER, enolismo, DM, ARM, FEVI al diagnóstico y control del ritmo, siendo la FEVI recuperada predicha = $49,3 + 0,86 \times ER + 0,32 \times \text{enolismo} + 0,76 \times DM - 1,38 \times ARM - 0,89 \times \text{FEVI diagnóstico} + 4,07 \times \text{control del ritmo}$. De ellos, la FEVI al diagnóstico y la estrategia de control del ritmo resultaron estadísticamente significativos. Posteriormente, se calculó la FEVI predicha por el modelo en el segundo grupo (fig.) y se compararon los respectivos R2 (0,482-0,443), siendo 10% y validando el modelo.

Características basales y ecocardiográficas

Características basales

Porcentaje

Sexo masculino	76,7%
Hipertensión arterial	49,4%
Diabetes mellitus	19,1%
Dislipemia	31,3%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	9,1%
Síndrome de apnea del sueño	16,1%
Enfermedad renal	18,1%
Enolismo	15,1%
Tratamiento con IECA/ARAII	72,7%
Tratamiento con bloqueadores beta	98,8%
Tratamiento con ARM	65,6%
Tratamiento con ARNI	24,2%
Parámetros ecocardiográficos	Media $\pm$ desviación típica
FEVI al diagnóstico	33,4 $\pm$ 6,3%
FEVI tras recuperación	55,4 $\pm$ 6,4%
Diámetro anteroposterior de aurícula izquierda	46,4 $\pm$ 5,4 mm
TAPSE al diagnóstico	18,6 $\pm$ 7 mm
TAPSE tras recuperación	23,5 $\pm$ 4,4 mm



Variación de FEVI, TAPSE y DTDVI.

Conclusiones: En pacientes con TMC y FA como arritmia responsable una menor FEVI al diagnóstico y el control del ritmo se comportaron como predictores de una mayor FEVI recuperada de manera estadísticamente significativa. La DM, la ER y el enolismo fueron factores predictores aunque no alcanzaron la significación.