



6038-8. IMPACTO DE ESTRATEGIA DE CONTROL DEL RITMO EN PACIENTE CON INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDIACA Y TAQUIMIOCARDIOPATÍA

Javier Alonso Belló, Adriana de la Rosa Riestra, Elena Magallanes-Ribeiro Catalán, Cynthia Nuez Cartango, Rosa M. Jiménez Hernández, Pedro Luis Talavera Calle, Iria Andrea González García, Carlos Gutiérrez Landaluze, Silvia del Castillo Arrojo, José María Serrano Antolín, Carmen Cristóbal Varela, Catherine Graupner Abad y Alejandro Curcio Ruigómez

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La taquimiocardiopatía (TCMP) es un tipo miocardiopatía inducida por taquiarritmias sostenidas que pueden producir insuficiencia cardiaca (IC) con disfunción ventricular. La mejor estrategia de tratamiento sigue todavía sin dilucidar.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de 95 pacientes (ptes) ingresados de forma consecutiva por IC con fracción de eyección (FE) reducida (FE 110 latidos por minuto (lpm) o presencia de extrasistolia ventricular en Holter-24h (> 15%). Se compararon dos grupos en función de la estrategia a elegir, control del ritmo (Grupo 1) y control de la FC (Grupo 2). Se recogen variables demográficas, clínicas, eléctricas y ecocardiográficas. Se analiza la mejoría de la FE (si recupera al menos un 15%) y normalización (si FE > 50%) así como el pronóstico en el seguimiento según la estrategia.

Resultados: Se han estudiado un total de 95 ptes, edad media 65 (26-84) años, la mayoría varones (76%) con FE media de $32,7 \pm 7\%$. Seguimiento medio de 30 (10-72) meses. Se decidió estrategia de control del ritmo (grupo 1) en 46,3% (44) y control de FC (grupo 2) en 53,7% (51). En el grupo 1 se observa una mejoría de la FE en el 90,5 vs 70,4% [OR 4,74 IC95% (1,19-16,73); $p = 0,002$] del grupo 2, y una normalización de la FE en el 90,8 vs 58,8% [OR 3,49 (1,38-89,70); $p = 0,001$]. La edad más avanzada (73 vs 63, $p = 0,009$), el ventrículo izquierdo más dilatado, medido como DTD ($58,7 \pm 6,8$ mm vs $55,3 \pm 6,7$ mm; $p = 0,021$) y la menor frecuencia cardiaca al ingreso (120 lpm vs 140 lpm; $p = 0,024$) son las únicas variables clínicas que se comportan como predictores clínicos de mejoría/normalización de la FE (tabla). Aquellos pacientes en los que logramos mantener el ritmo sinusal a final del seguimiento presentan menor mortalidad (2,4 vs 16,7%; $p = 0,039$) y menor tendencia a ingresar por IC (17 vs 31,5%; $p = 0,153$).

Variables predictoras de la mejoría en la fracción de eyección

	Total	Si (n = 68)	No (n = 25)	p
Edad (años)		63 [26-84]	73 [50-83]	0,009

Sexo: varón	72	55 (80,9%)	17 (68,0%)	0,812
Hipertensión	56	40 (58,8%)	16 (64%)	0,417
Dislipemia	44	31 (45,6%)	13 (52%)	0,421
Diabetes mellitus tipo 2	29	23 (33,8%)	6 (24%)	0,453
IMC > 30 kg/m ²	55	40 (58,8%)	15 (60%)	1,000
TFG 60	36	24 (35,3, %)	11 (44%)	0,476
Hábito enólico	19	14 (20,6%)	5 (20%)	1,000
Cardiopatía previa	22	14 (21%)	8 (35%)	0,260
Quimioterapia	8	6 (8,8%)	2 (8%)	1,000
Neumopatía	27	18 (26,9%)	9 (39,1%)	0,299
Variables ecocardiográficas				
DTD (mm)		55,2 ± 6,7	58,7 ± 6,8	0,021
AI (mm)		45,1 ± 5	46,7 ± 6,1	0,113
Frecuencia cardiaca		140 [76-180]	120 [68-187]	0, 024

Conclusiones: En los pacientes que se sigue una estrategia de control del ritmo presentan en el seguimiento mayor porcentaje de normalización de la FE y menor mortalidad, así como menor tendencia a ingreso por IC, siempre que permanezcan en ritmo sinusal. Por tanto, debemos ser más intensivos en la estrategia de control del ritmo y mantenimiento del ritmo sinusal.