



## 5010-9. ¿ES DIFERENTE EL PERFIL CLÍNICO Y EL PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES QUE PRESENTAN *SHOCK* CARDIOGÉNICO EN EL SÍNDROME DE *TAKO-TSUBO*?

Pablo Carrión Montaner<sup>1</sup>, Jordi Sans-Roselló<sup>1</sup>, Estefanía Fernández-Peregrina<sup>2</sup>, Gabriel Torres Ruiz<sup>1</sup>, Paola Noemí Rojas Flores<sup>1</sup>, Jordi Cahís-Vela<sup>1</sup>, Víctor García-Hernando<sup>3</sup>, Aleksander Kardenass<sup>1</sup>, Mario Torres Sanabria<sup>4</sup>, José Pablo del Castillo Vázquez<sup>4</sup>, Gala Caixal Vila<sup>3</sup>, Héctor M. García-García<sup>5</sup> y Antonio Martínez Rubio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cardiología. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell (Barcelona), España, <sup>2</sup>Hemodinámica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España, <sup>3</sup>Electrofisiología. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell (Barcelona), España, <sup>4</sup>Hemodinámica. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell (Barcelona), España y <sup>5</sup>Cardiología Intervencionista. Medstar Hospital Center, Washington DC (Estados Unidos).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El pronóstico intrahospitalario del síndrome de *tako-tsubo* (STT) está condicionado por la aparición de insuficiencia cardiaca (IC), arritmias ventriculares y eventos tromboembólicos. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar qué variables se asocian a la aparición de *shock* cardiogénico (SC) en la fase aguda del STT así como evaluar su pronóstico intrahospitalario y en el seguimiento.

**Métodos:** 1.027 STT desde 2004-2023. Se recogieron datos clínicos, analíticos y terapias mediante revisión de historias clínicas. Se registraron recurrencias, mortalidad global (cardiovascular) y aparición de MACE (muerte por cualquier causa, ictus, eventos de IC, arritmias sintomáticas y síndrome coronario agudo) durante el seguimiento a 1 año.

**Resultados:** Edad 72 años (IQR 63,0-80,0), 87,5% mujeres, 79,1% formas clásicas apicales, 22,3% formas secundarias y 52,7% estresor. 16,9% SC durante el ingreso y 3,7% mortalidad intrahospitalaria (37,0% cardiovascular). En el seguimiento, 9,6% mortalidad acumulada (28% cardiovascular), 18,9% MACE y 1,1% recurrencias. Entre los pacientes con SC se objetivó un mayor porcentaje de fumadores, estresor físico asociado y formas secundarias. En el grupo de SC hubo mayor porcentaje de disnea, menor FEVI al ingreso. El grupo con SC presentó un menor porcentaje de ritmo sinusal al ingreso y aunque no hubo diferencias en porcentaje de QT largo, hubo un mayor porcentaje de muerte súbita en este grupo. Analíticamente el grupo con SC presentó valores más bajos de hemoglobina y más elevados de creatinina, leucocitos y NT-proBNP al ingreso. El grupo con SC presentó un mayor porcentaje de soporte inotrópico, ventilación mecánica y fallo renal agudo con necesidad de terapias de reemplazo renal. La mortalidad intrahospitalaria global, cardiovascular y no-cardiovascular fueron mayores en el grupo con SC. Se observó una menor prescripción de antiagregación y IECA/ARA-2 junto con una tendencia a prescribir menos bloqueadores beta al alta en el grupo con SC. No se detectaron diferencias en cuanto a la aparición de recurrencias, mortalidad global/cardiovascular/no-cardiovascular, ni aparición de MACE en el seguimiento.

Variables

	SC (n = 174)	No SC (n = 853)	p
Edad, años (IQR)	70,4 (64,0-79,0)	73 (63,0-80,7)	0,191
Fumador, % (n)	38,4 (65)	23,2 (195)	0,001
Estresor físico, % (n)	58,2 (53)	28,5 (146)	0,001
Forma clásica apical, % (n)	76,5 (75)	79,2 (473)	0,544
Formas secundarias, % (n)	49,0 (49)	18,7 (114)	0,001
Antecedente de enfermedad coronaria, % (n)	12,9 (21)	8,1 (60)	0,052
Disnea, % (n)	57,1 (96)	32,1 (274)	0,001
FEVI al ingreso, % (IQR)	30 (25-40)	40 (30-45)	0,001
FG, ml/min/1,73 m <sup>2</sup> (IQR)	55,8 (33,2-80,2)	71 (47,9-89,7)	0,001
Leucocitos, × 10 <sup>9</sup> /l (IQR)	12,2 (8,9-17,4)	9,2 (7,5-11,9)	0,001
Hemoglobina, g/dl (IQR)	11,7 (100-135)	12,7 (115-139)	0,001
NT-proBNP, pg/ml (IQR)	9.312 (4.169-21.022)	3.442 (1.490-7.309)	0,001
Mortalidad global intrahospitalaria, % (n)	13,2 (23)	1,76 (15)	0,001
Mortalidad CV intrahospitalaria, % (n)	12,3 (8)	0,5 (2)	0,001
FEVI seguimiento, % (IQR)	60 (55-63,5)	60 (55-63)	0,239
Mortalidad global, seguimiento, % (n)	5,7 (4)	5,5 (33)	0,936
Mortalidad cardiovascular, seguimiento, % (n)	2,7 (2)	1 (6)	0,214
MACE seguimiento, % (n)	15,4 (11)	15,6 (84)	0,979

Recurrencias, % (n)	1,7 (1)	0,9 (4)	0,538
<p>Las variables categóricas están mostradas como porcentajes mientras que las continuas mediante mediana (IQR: rango intercuartil). SC: <i>shock</i> cardiogénico; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; FG: filtrado glomerular; CV: cardiovascular; MACE: <i>Major Adverse Cardiovascular Events</i>.</p>			

**conclusiones:** La presencia de un estresor físico, de formas secundarias y de tabaquismo activo se asociaron a mayor riesgo de SC en el STT. La mortalidad y las complicaciones intrahospitalarias fueron mayores en el grupo de SC pero sin diferencias en el seguimiento.