



4. IMPACTO DEL MANTENIMIENTO DEL TRATAMIENTO NEUROHORMONAL TRAS LA RECUPERACIÓN MIOCÁRDICA EN PACIENTES CON TAQUIMIOCARDIOPATÍA

Luis Manuel Domínguez-Rodríguez, David Dobarro Pérez, Sergio Raposeiras Roubín, Carla Iglesias Otero, Rafael José Cobas Paz, Isabel Muñoz Pousa, Emad Abu Assi, María Melendo Viu y Andrés Iñiguez Romo

Cardiología. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), España.

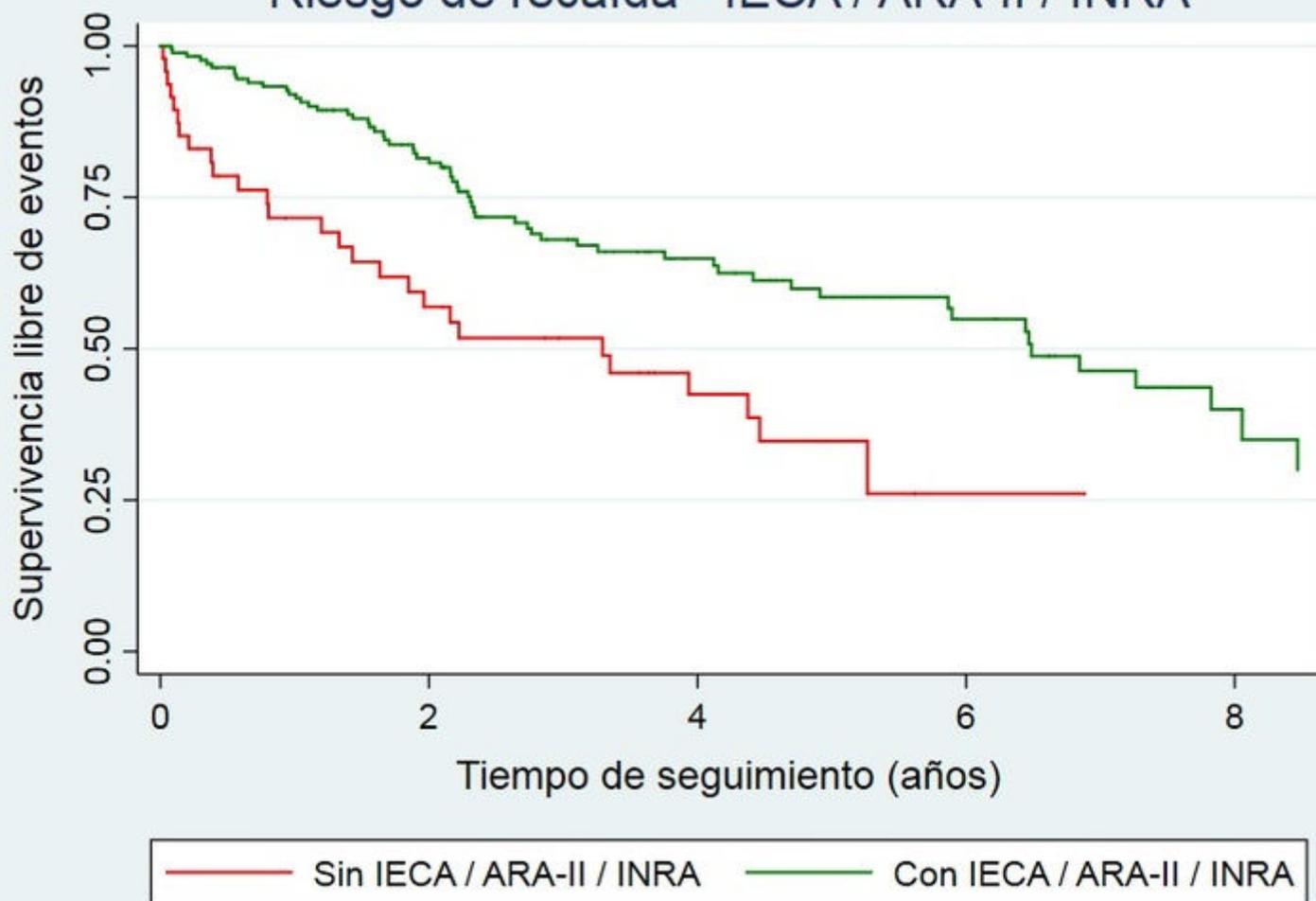
Resumen

Introducción y objetivos: La evidencia acerca del tratamiento médico óptimo de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y FEVI recuperada es escasa. Hasta la fecha, ningún estudio ha analizado la eficacia de mantener el tratamiento neurohormonal en pacientes con taquimiocardiopatía (TMC) tras la recuperación de la función ventricular

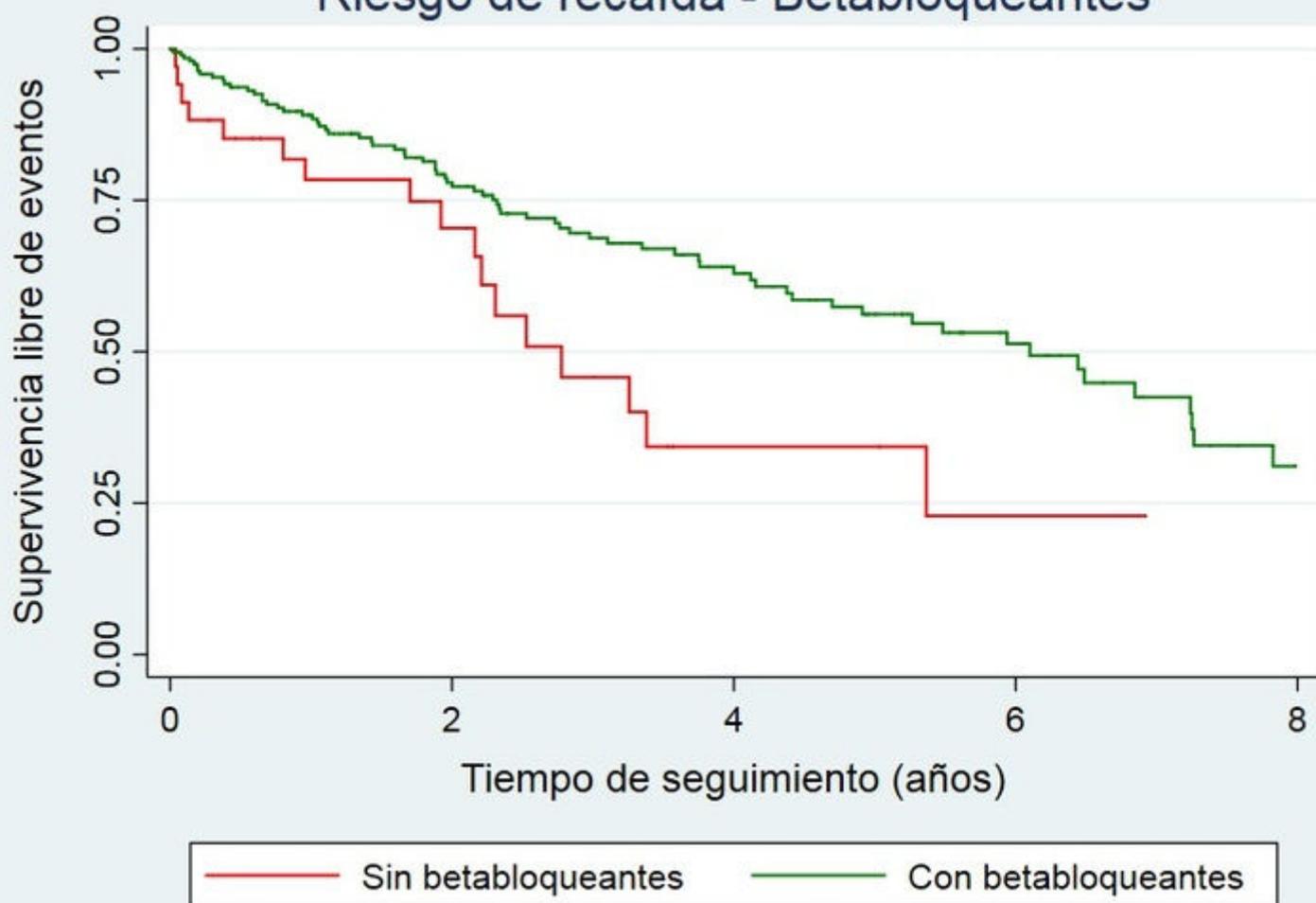
Métodos: Analizamos datos de una cohorte unicéntrica de 200 pacientes ingresados por IC y sospecha inicial de TMC entre 2008 y 2020. Se ha definido la recuperación miocárdica como una mejoría de la FEVI a \geq 50% (recuperación completa) o el incremento de FEVI de \geq 10% hasta un valor de \geq 40% (recuperación parcial). Se han dividido las TMC en puras (en caso de que la arritmia fuese la única etiología de la disfunción) e impuras (en caso de que se diagnosticase durante el seguimiento otra cardiopatía subyacente que pudiese contribuir a la disfunción). Las recaídas se definieron como el compuesto de: 1) recurrencia de la disfunción en pacientes con recuperación completa previa o un descenso de la FEVI de \geq 10%, 2) reingreso por IC o 3) asistencia a Urgencias por IC. Se han registrado los cambios en la medicación durante el seguimiento y se emplearon covariables dependientes del tiempo para el análisis estadístico. Se empleó un modelo de regresión de Fine and Gray ajustado por edad, FEVI al ingreso, grado de recuperación miocárdica y tipo de TMC, considerando la muerte como riesgo competitivo.

Resultados: Tras una mediana de seguimiento de 6,14 años, 168 pacientes (84,0%) presentaron recuperación miocárdica completa. 20 pacientes (10%) recuperación parcial y 12 (6,0%) no recuperaron la FEVI. De los 188 pacientes con recuperación miocárdica, 89 (47,34%) presentaron una recaída. El mantenimiento de IECA/ARA-II/INRA [sHR 0,44 (IC95% 0,26-0,74), p 0,002] y bloqueadores beta (BB) [sHR 0,50 (IC95% 0,28 - 0,89), p 0,019] se asociaron con un menor riesgo de recaída. Los ARM se asociaron con una reducción no significativa de recaída [sHR 0,69 (IC95% 0,44 - 1,10), p 0,123]. Ni los fármacos antiarrítmicos [sHR 0,91 (IC95% 0,55-1,51), p 0,720] ni la digoxina [sHR 0,84 (IC95% 0,44-1,60), p 0,605] mostraron beneficio en este estudio.

Riesgo de recaída - IECA / ARA-II / INRA



Riesgo de recaída - Betabloqueantes



Tratamiento bloqueador beta.

Conclusiones: El tratamiento con IECA/ARA-II/INRA y BB después de la recuperación miocárdica se ha asociado con un riesgo menor de recaída en pacientes con taquimiocardiopatía y FEVI recuperada.