

El ritmo cardiaco final, determinante pronóstico principal en la miocardiopatía inducida por arritmia

Rosa María Jiménez Hernández(1), Clara Dolores de Esteban de Cristóbal(2), Claudia María Morales Aguilar(2), Carmen Cristóbal Varela(2), Javier Cáceres Losada(2), Guillermo Soriano(2), Natalia Valero Navarro(3), Adriana de la Rosa Riestra(2), Javier Alonso Belló(2), Victoria Espejo Bares(2), Elena Magallanes-Ribeiro Catalán(2), Julia Gómez Diego(2), José María Serrano Antolín(2), Pedro Luis Talavera Calle(2) y Alejandro Curcio Ruigómez(2) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada (Madrid) - España, (2)Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada (Madrid) - España y (3)Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla - España

Introducción: La miocardiopatía inducida por arritmias (MIA) es una entidad potencialmente reversible, pero su manejo en "vida real" es complejo. Aunque los expertos priorizan el control del ritmo (CR), la dificultad técnica y las recidivas hacen que, en la práctica, el rimo sinusal no siempre se alcance. Nuestro objetivo es demostrar que no mantener el ritmo sinusal, condiciona el pronóstico y la recuperación de la FEVI.

Métodos: Estudio de cohorte prospectivo (2014-2026). Se comparan dos grupos según el ritmo documentado en la visita final: ritmo sinusal (RS) vs. fibrilación auricular (FA). En el seguimiento de 8,5 años, se analizan eventos clínicos (hospitalización por insuficiencia cardíaca (IC), ictus, mortalidad cardiovascular y recidiva de la disfunción ventricular) junto con la evolución de la fracción de eyección (FEVI). Se utilizaron los test chi-cuadrado, t de Student o U de Mann-Whitney según la distribución de las variables. Para identificar predictores independientes de eventos se empleó un modelo de regresión de Cox.

Resultados: Se incluyeron 207 pacientes (68,2 ± 10 años; 73,6% varones). Al final del estudio, 84 pacientes (40,6%) permanecían en RS frente a 123 (59,4%) en FA. El grupo en FA era más añoso (68 vs. 62 años; $p < 0,001$), con mayor prevalencia de mujeres (45,1% vs. 23,6%; $p = 0,006$), hipertensión (67,5% vs. 48,8%; $p = 0,009$) y dislipemia (53,2% vs 39%, p=0,04).
Aunque el tratamiento médico fue similar, la normalización de la FEVI (>50%) fue superior en el grupo de RS (84,5% vs. 76,4%; $p = 0,019$). Los pacientes en FA presentaron una mayor incidencia de MACE (57,7% vs. 26,2%; $p < 0,001$), hospitalización por IC (40,6% vs. 11,9%; $p < 0,001$) y recidiva de la disfunción ventricular (30,9% vs. 13,1%; $p = 0,003$). En el grupo con intención inicial de CR, la recidiva de la FA explicó el 90% de la hospitalización por IC y el 93,3% de la recaída de DVI. El análisis multivariante identificó la FA final como predictor independiente de riesgo, triplicando la probabilidad de eventos (HR 3,12; IC 95%: 1,95-4,98; $p < 0,001$),

Conclusiones: En la MIA, el ritmo cardiaco final es el principal marcador pronóstico. La persistencia de FA triplica el riesgo de eventos adversos, es la causa principal de reingresos por insuficiencia cardíaca y de recaida de la FEVI. Estos hallazgos exigen priorizar el mantenimiento del ritmo sinusal

Evolución y eventos clínicos según el ritmo cardiaco final

Variable resultado	Ritmo sinusal (n=84)	Fibrilación auricular (n=123)	p
Recuperación de FEVI (aumento ≥10 puntos)	77 (91,7)	112 (91,1)	0,110
Resolución de FEVI ≥ 50%	71 (84,5)	94 (76,4)	0,019
FEVI al final del seguimiento, %	60,0 [50,0-65,0]	55,0 [45,0-62,0]	0,006
Evento combinado	22 (26,2)	71 (57,7)	<0,001
Hospitalización por insuficiencia cardiaca	10 (11,9)	50 (40,6)	<0,001
Recidiva de disfunción ventricular	11 (13,1)	38 (30,9)	0,003
Mortalidad total	7 (8,3)	19 (15,4)	0,163
Mortalidad cardiovascular	0 (0,0)	5 (4,1)	0,159
Ictus/hematoma/embolia sistémica	2 (2,4)	11 (8,9)	0,081