

Áreas de mejora en el seguimiento ambulatorio de la miocarditis en la práctica clínica: hacia un protocolo asistencial basado en la estratificación del riesgo

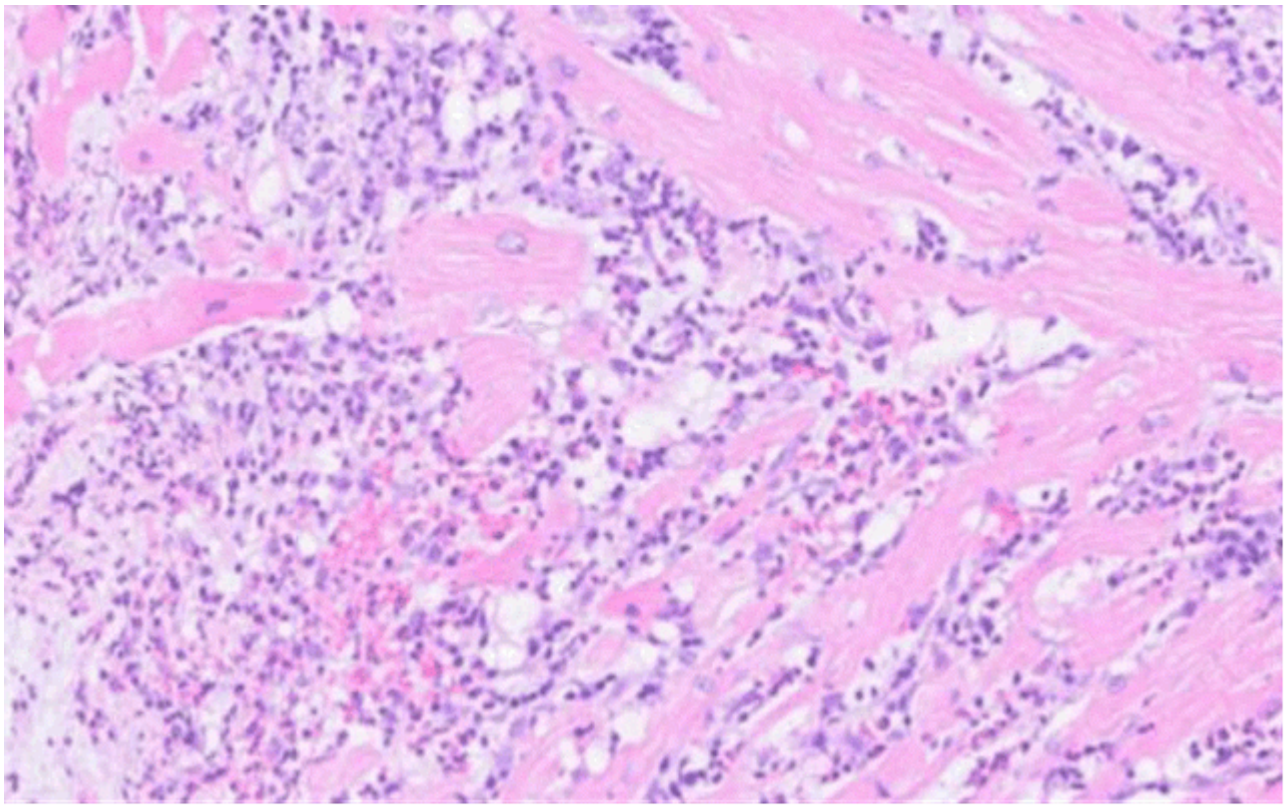
Carmen de la Hoz López-Collado(1), Elena Velasco Alonso(1), Lidia Martínez Fernández(1), Beatriz Samaniego Lampón(1), Adela Castro García(1), María Victoria Luis Valle(1), Alejandro Gullón de la Roza(1), Laura Pérez Bacigalupe(1), Paula Bouzón Iglesias(1), Beatriz Nieves Ureña(1), María Fernández García(1), Rosana González Mesa(1), Diego de la Eranueva Calvo(1), Raquel Flores Belinchón(1) y Juan Francisco Ortiz de Zárate Pulido(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) - España

Introducción: La miocarditis presenta una evolución clínica heterogénea y requiere un seguimiento estructurado tras el alta. Documentos recientes, como la guía ESC 2025 sobre el manejo de la miocarditis y el consenso SEC-GT de miocarditis, proponen estrategias de seguimiento adaptadas al perfil de riesgo. No obstante, su implementación en la práctica clínica real es variable. El objetivo del estudio es analizar el seguimiento ambulatorio de pacientes diagnosticados de miocarditis en un hospital de tercer nivel, su adecuación al perfil de riesgo e identificar posibles áreas de mejora.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo con 43 pacientes ingresados entre enero de 2024 y diciembre de 2025 con diagnóstico de miocarditis o perimiocarditis al alta. Se recogieron variables clínicas y diagnósticas al ingreso y datos del seguimiento ambulatorio, incluyendo tiempo hasta la primera revisión, pruebas solicitadas y su momento de realización. Los pacientes se estratificaron en riesgo bajo, intermedio y alto según el consenso SEC-GT, evaluando la concordancia entre el seguimiento realizado y las recomendaciones para cada estrato.

Resultados: Predominio de varones (81%) con edad media de 49 años (rango 14-81 años). El 18,6% de los pacientes se clasificó como riesgo bajo, el 60,47% como riesgo intermedio y el 4,65% como riesgo alto. Un 18,6% no tuvo seguimiento cardiológico documentado y el tiempo medio hasta la primera revisión fue de 140 días (rango 10-252 días). Las pruebas de seguimiento se solicitaron de forma heterogénea, sin adecuación sistemática al estrato de riesgo: analítica con troponina y marcadores inflamatorios en el 18,6%, ecocardiografía en el 30,23%, resonancia magnética cardiaca en el 20,93% (tiempo medio 6 meses), ergometría en el 11,63% y Holter en el 9,3%. La restricción de la actividad física se indicó en el 68%, pero el 55% de estos recibió una restricción temporal fija (3 ó 6 meses), sin individualización según evolución clínica. Los pacientes derivados a unidades específicas (cardiooncología, cardiopatías familiares) presentaron revisiones más precoces y estructuradas.

Conclusiones: En conjunto, en el seguimiento ambulatorio de la miocarditis se evidenció falta de sistematización y limitada adecuación al perfil de riesgo. Estos resultados refuerzan la necesidad de implementar protocolos estandarizados que faciliten trasladar las recomendaciones de las guías a la práctica clínica habitual.



Factores de riesgo y comorbilidades, presentación clínica y estudios diagnósticos al ingreso.

Variable	Frecuencia N (%)
Factores de riesgo y comorbilidades	
HTA	17 (39,5%)
DL	17 (39,5%)
DM	7 (16,28%)
Tabaquismo	7 (16,28%)
Enfermedad coronaria previa	2 (4,65%)
Presentación clínica	
Dolor torácico	28 (65,11%)
Disnea	3 (6,98%)
Otros síntomas	6 (13,95%)
Asintomáticos	6 (13,95%)
Estudios diagnósticos	
ETT	40 (93,02%)
Angio-TC coronarias	6 (13,95%)
Coronariografía	16 (37,21%)
RMC	36 (83,72%)
BEM	1 (2,33%)
FEVI preservada	38 (88,37%)
RTG extenso	18 (41,86%)

HTA: hipertensión arterial, DL: dislipemia, DM: diabetes mellitus, ETT: ecocardiograma transtorácico, TC: tomografía computarizada, RMC: resonancia magnética cardiaca, BEM: biopsia endomiocárdica, FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo, RTG: realce tardío de gadolinio.