



6043-2. INSUFICIENCIA CARDIACA Y MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA: DESARROLLO Y FACTORES PREDICTORES EN UNA COHORTE

Andrez Felipe Cubides-Novoa¹, Jesús Piqueras Flores¹, Daniel Águila Gordo¹, Martín Negreira Caamaño¹, Alfonso Morón Alguacil¹, Jorge Martínez del Río¹, Cristina Mateo Gómez¹, Manuel Muñoz García¹, Emilio Blanco López¹, Pablo Soto Martín¹, José María Arizón Muñoz¹, María Maeve Soto Pérez¹, Daniel Salas Bravo¹ y Pedro Pérez Díaz²

¹Hospital General Universitario de Ciudad Real y ²Hospital Infanta Cristina, Parla (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: El desarrollo de insuficiencia cardiaca (IC) en pacientes con miocardiopatía hipertrófica (MCH) actualmente tiene baja incidencia, influenciado por el diagnóstico en fases iniciales, el cribado familiar y los tratamientos actuales. Es relevante detectar predictores del desarrollo de IC para implementar medidas preventivas en pacientes con esta miocardiopatía.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de 138 pacientes diagnosticados con MCH seguidos en una unidad de cardiopatías familiares. Se analizan variables clínicas, electrocardiográficas, de imagen cardiaca así como del estudio genético. La mediana de seguimiento fue de 60 meses.

Resultados: La edad media de la cohorte fue $62 \pm 15,2$ años, 55% tenían HTA, 21,7% DM, 94,8% tenían FEVI conservada, 38,4% eran positivos para alguna mutación, siendo MYBPC3 la más prevalente (56,6%), seguida de MYH7 (11,3%). Durante el seguimiento, el 10,4% desarrollaron IC que requirió ingreso hospitalario y, aunque la mayoría presentaban FEVI conservada, la FEVI reducida fue más frecuente en los pacientes que requirieron ingreso. Cabe destacar que dos tercios de los pacientes que presentaron IC tenían insuficiencia renal crónica y el 85% fibrilación auricular. Los pacientes con IC fueron de mayor edad ($74,93 \pm 11,62$ vs $60,58 \pm 15$; $p = 0,001$), tenían FA y ERC con más frecuencia, tenían más riesgo de muerte súbita y tuvieron durante el seguimiento mayor tasa de mortalidad por causa cardiovascular (tabla). En el análisis multivariado, el diámetro auricular y la ERC se asociaron como factores independientes para el desarrollo de IC OR 1,15 (IC95% 1,01-1,29, $p = 0,029$) y OR 17,89 (IC95% 1,35-236, $p = 0,028$) respectivamente.

Características asociadas al ingreso por IC

	Sin ingreso	Ingreso por IC	p
Edad	$60,58 \pm 15$	$74,93 \pm 11,62$	0,00
Mujer	33,9%	35,7%	0,890

HTA	54%	64,3%	0,465
DM	21%	28,6%	0,504
DL	37,1%	50%	0,347
ERC	3,2%	21,4%	0,023
FA/flutter auricular	24,2%	85,5%	0,000
FEVI conservada	96,7%	78,6%	0,024
Marcapasos	6,5%	21,4%	0,153
DAI	7,3%	28,6%	0,028
HCM-SCD <i>score risk</i> > 4%	8,6%	30%	0,033
RTG	53%	75%	0,28
Muerte por todas las causas	4,8%	21,4%	0,049
Muerte por causa CV	0%	100%	0,012

Conclusiones: En una cohorte de pacientes con MCH, el 10,4% presentó IC, superior a la tasa reportada en la literatura. La edad más avanzada de los pacientes podría explicar esta diferencia. Los pacientes con ERC y con mayor dilatación auricular presentaron más riesgo de desarrollar IC durante el seguimiento.