



## 6040-14. EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA PORTADORES DE DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE EN PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA

Andrea Aparicio Gavilanes<sup>1</sup>, Nerea González Hompanera<sup>2</sup>, Diego Pérez Díez<sup>1</sup>, José Julián Rodríguez Reguero<sup>1</sup>, María Martín Fernández<sup>1</sup>, David Ledesma Olóriz<sup>1</sup>, Javier Martínez Díaz<sup>1</sup>, Alejandro Junco Vicente<sup>1</sup>, Miguel Soroa Ortuño<sup>1</sup>, Noemí Barja González<sup>1</sup>, Antonio Adeba García<sup>1</sup>, Rut Álvarez Velasco<sup>1</sup>, María Vigil-Escalera Díaz<sup>1</sup> y Rebeca Lorca Gutiérrez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias. <sup>2</sup>Universidad de Oviedo, Asturias.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es una enfermedad de base genética con un riesgo incrementado de arritmias, muerte súbita (MS) y eventos tromboembólicos. Las guías de MCH de la ESC de 2015 nos facilitaron una herramienta para calcular el riesgo de MS y valorar el implante de desfibrilador automático implantable (DAI) y recomiendan anticoagular a todo paciente con fibrilación auricular (FA). El presente estudio tiene como objetivo describir el perfil clínico de pacientes con MCH e implante de DAI previo a las guías de 2015, así como analizar su evolución, arritmias, terapias y complicaciones del dispositivo.

**Métodos:** En este estudio retrospectivo observacional se incluyeron todos los pacientes consecutivos (48) con implante/recambio de DAI por MCH en un centro de referencia de miocardiopatías familiares entre los años 2008-2014. Se recogieron variables clínicas, de imagen y se calculó el riesgo de MS. Se revisaron las interrogaciones de los DAI (terapias y arritmias supra y ventriculares), así como la evolución clínica.

**Resultados:** El 71% de pacientes de la muestra eran varones. El 58% (28 pacientes) presentaba antecedentes familiares de MS, siendo la disnea y el síncope la clínica predominante durante el seguimiento. El grosor medio del septo fue de 21 mm y en el 19% de las resonancias cardiacas se identificó realce tardío. La mayoría de DAI (83%) fueron implantados en prevención primaria, con un riesgo de MS medio de 5%. En el seguimiento, hasta 1 de cada cuatro pacientes recibieron al menos 1 terapia apropiada (ATP o choque). Solo hubo terapias inapropiadas tipo choque en 5 pacientes (10%). En casi la mitad de los pacientes (44%) se identificaron arritmias supraventriculares, fundamentalmente FA. En el seguimiento hubo 3 infecciones/decúbito del DAI y 2 fracturas de electrodo y 9 pacientes fallecieron por causa no cardiológica.



*Tipos de arritmias detectadas por el dispositivo.*

**Conclusiones:** Antes de la publicación de la escala de MS de MCH en 2015, se identificaban adecuadamente pacientes de alto riesgo (el riesgo medio de MS habría sido del 5%). La selección adecuada de pacientes con DAI ha permitido abortar arritmias malignas de 1 de cada 4 pacientes e iniciar anticoagulación en casi la

mitad de los mismos.