



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

Andrez Felipe Cubides-Novoa<sup>1</sup>, Jesús Piqueras Flores<sup>1</sup>, Daniel Águila Gordo<sup>1</sup>, Martín Negreira Caamaño<sup>1</sup>, Alfonso Morón Alguacil<sup>1</sup>, Jorge Martínez del Río<sup>1</sup>, Cristina Mateo Gómez<sup>1</sup>, Manuel Muñoz García<sup>1</sup>, Emilio Blanco López<sup>1</sup>, Pablo Soto Martín<sup>1</sup>, José María Arizón Muñoz<sup>1</sup>, María Maeve Soto Pérez<sup>1</sup>, Daniel Salas Bravo<sup>1</sup> y Pedro Pérez Díaz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario de Ciudad Real y <sup>2</sup>Hospital 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 ± 15	74,93 ± 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.