



5. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL MANEJO DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA EN LOS CENTROS CON O SIN UNIDAD MULTIDISCIPLINAR SEGÚN EL REGISTRO DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA EN CATALUÑA (MIHCAT)?

Núria Mallofré Vila¹, Laura Guillamón Torán¹, Jara Gayán Ordás², Marta Campreciós Crespo³, Claudia Scardino⁴, Ramón Bascompte Claret², Germán Cediel Calderón⁵, Montserrat Cardona Ollé⁶, Sonia Ruiz Bustillo⁷, Coloma Tirón de Llano⁸, Montserrat Ayats Delgado⁹, Núria Casanovas Marbà¹, Eva Guillaumet Gasa¹, Gabriel Torres Ruiz¹ y Antonio Martínez Rubio¹

¹Cardiología. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell (Barcelona), España, ²Cardiología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España, ³Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España, ⁴Cardiología. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona, España, ⁵Cardiología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), España, ⁶Cardiología. Complex Hospitalari Moisès Broggi, Barcelona, España, ⁷Cardiología. Hospital del Mar, Barcelona, España, ⁸Cardiología. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona, España y ⁹Cardiología. Hospital General de Granollers, Granollers Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías aconsejan tratar la miocardiopatía hipertrófica (MH) en Centros con Unidades Multidisciplinares (C-UM) pero a menudo se hace en Centros con Consultas Externas convencionales (C-CExt). El objetivo de nuestro trabajo es analizar las diferencias en las características clínicas, metodología de estudio y tratamientos aplicados a los pacientes con MH en función del tipo de centro.

Métodos: A partir del registro multicéntrico MIHCAT (miocardiopatía hipertrófica en Cataluña) transversal con inclusión prospectiva, hemos comparado los pacientes seguidos en C-CExt vs los pacientes seguidos en C-UM.

Resultados: Se incluyeron 285 pacientes, 141 con seguimiento en C-CExt y 144 en C-UM. No se observan diferencias significativas en el sexo (varones 61 vs 70%), edad al diagnóstico ($51,7 \pm 15,5$ vs $50,1 \pm 15,8$ años), motivo del diagnóstico, antecedentes de HTA, síntomas, fibrilación auricular ni en el tratamiento farmacológico. Los dos tipos de centros tienen proporción similar de MH obstructiva con el mismo grosor parietal máximo. Los atendidos en C-UM tienen más antecedentes familiares de MH (34 vs 15%, $p = 0,001$) y de muerte repentina (21,5 vs 10% $p = 0,012$). En relación a ello en los C-UM hay tendencia a implantar más DAI (16,7 vs 10%, $p = \text{NS}$), principalmente en prevención primaria. En el proceso diagnóstico los C-UM realizan más ecocardiografía de esfuerzo (21 vs 10%, $p = 0,017$), y más estudios genéticos (63,2 vs 30,5%, $p = 0,001$). Diagnostican más insuficiencia cardiaca (29,2 vs 13,7%, $p = 0,003$) aunque sin más ingresos hospitalarios por esta causa. En los C-CExt tienen tendencia a realizar más miectomía (12,4 vs 5,6% $p = \text{NS}$) a pacientes de mayor edad ($60,2 \pm 12,6$ vs $42,2 \pm 17,1$ $p = 0,007$) y el tratamiento con ablación septal es similar en ambos (1,4 vs 2,1, $p = \text{NS}$).

Resultados

	C-CExt (n = 141)	C-UM (n = 144)	p
Varones (%)	86 (61)	101 (70)	0,133
Edad al diagnóstico (años)	51,7 ± 15,5	50,1 ± 15,8	0,392
Antecedentes familiares de MH (%)	21 (15)	49 (34)	0,001
Antecedentes familiares de muerte súbita (%)	14 (10)	31 (21,5)	0,012
HTA (%)	67 (47,5)	69 (48)	1,000
Síntomas a la inclusión (%)	48 (34)	43 (30)	0,529
Fibrilación auricular (%)	39 (28)	40 (28)	0,190
MH obstructiva (%)	72 (51,1)	61 (42,4)	0,176
Grosor parietal máximo (mm)	19 ± 4,3	19,4 ± 4,3	0,490
Eco de esfuerzo (%)	14 (10)	30 (21)	0,017
Secuencias <i>mapping</i> en RMc (%)	6 (4,3)	27 (19)	0,001
Estudios genéticos (%)	43 (30,5)	91 (63,2)	0,001
Diagnóstico de IC (%)	19 (13,7)	42 (29,2)	0,002
Ingresos hospitalarios por IC (%)	8 (6)	10 (7)	0,955
Implante de DAI (%)	14 (10)	24 (16,7)	0,134
Bloqueadores beta (%)	114 (81)	110 (76,4)	0,439
Disopiramida (%)	12 (8,5)	13 (9)	1,000

Miectomía (%)	17 (12,4)	8 (5,6)	0,077
Edad a la miectomía (años)	60,2 ± 12,6	42,2 ± 17,1	0,007
Ablación septal (%)	2 (1,4)	3 (2,1)	1,000

C-UM: centros con Unidades Multidisciplinares; C-CExt: centros con consultas externas; MH: miocardiopatía hipertrófica; RMc: resonancia magnética cardíaca.

Conclusiones: El análisis del registro MIHCAT evidencia que los C-UM realizan más pruebas complementarias complejas como el eco de esfuerzo, diagnostican más insuficiencia cardíaca y realizan más test genético lo que probablemente repercute en el mayor número de formas familiares diagnosticadas. No hemos encontrado diferencias en los tratamientos aplicados, si bien en los C-CExt se indica cirugía a pacientes de mayor edad.