



7006-14. FACTORES ASOCIADOS CON LA PRESENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

Helena Llamas Gómez, Irene Esteve Ruiz, Sebastián Rufián Andújar, María José Romero Reyes, Cristina Navarro Valverde, Ricardo Pavón Jiménez, Dolores García Medina y Francisco Javier Molano Casimiro, del Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: Del 10 al 28% de los pacientes con miocardiopatía hipertrófica (MCH) desarrollan fibrilación auricular (FA), lo que puede tener importantes consecuencias en el pronóstico de la enfermedad. Nuestro objetivo consiste en estudiar aquellos factores asociados con la presencia de fibrilación auricular en una cohorte de pacientes con miocardiopatía hipertrófica.

Métodos: Estudio retrospectivo de cohortes en el que se incluyeron 168 pacientes > 14 años con diagnóstico de MCH de nuestra área hospitalaria. Se clasificaron en 2 grupos en función de la presencia o no de FA en cualquiera de sus formas (paroxística, persistente o permanente) y se analizaron las características clínicas de los pacientes y sus parámetros ecocardiográficos.

Resultados: Fueron estudiados 168 pacientes con diagnóstico de MCH, de los cuales 47 (28%) presentaban FA. Los pacientes con FA eran de mayor edad (68 ± 15 frente a 56 ± 20), presentaban peor clase funcional [*New York Heart Association* (NYHA) ? II: 51 frente a 18%], mayor porcentaje de diabetes mellitus (DM) (27,7 frente a 12,4%) y de enfermedad renal crónica (ERC) (FG 60 ml/min) (21,3 frente a 6,6%). Con respecto a los hallazgos ecocardiográficos, presentaban mayor diámetro de aurícula izquierda ($48,8 \pm 7,2$ frente a $40,7 \pm 7$), mayor espesor máximo del VI (22 ± 5 frente a 19 ± 5) y presentaron con mayor frecuencia probabilidad intermedia-alta de hipertensión arterial pulmonar (HTAP), insuficiencia mitral (IM) moderada-grave (27,7 frente a 12,4%) e insuficiencia aórtica (IAo) moderada-grave (6 frente a 4%). No hubo diferencias en cuanto a la localización de la hipertrofia, la existencia de obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo o la función sistólica. Estas y otras variables relevantes se exponen en la tabla.

	FA (n = 47)	No FA (n = 121)	p
Sexo	25 (53,2)	52 (43)	0,23
Edad (años)	68 ± 15	56 ± 20	0,001

Hipertensión arterial	29 (61,7)	55 (45,5)	0,06
Diabetes mellitus	13 (27,7)	15 (12,4)	0,02
Hiperlipemia	25 (53,2)	46 (38)	0,07
Tabaquismo	2 (4,3)	28 (23,1)	0,004
Enfermedad renal crónica	10 (21,3)	8 (6,6)	0,006
NYHA ? 2	24 (51,1)	22 (18,2)	0,001
Obstrucción TSVI	13 (27,7)	23 (19)	0,22
Probabilidad intermedia o alta de HTAP	7 (14,9)	3 (2,7)	0,004
Insuficiencia aórtica	6 (12,8)	4 (3,3)	0,02
Insuficiencia mitral	13 (27,7)	15 (12,4)	0,02
Diámetro AI	48,8 ± 7,2	40,7 ± 7	0,001
Espesor máximo VI	20 ± 5,4	19 ± 5,2	0,02
FEVI	65 ± 7,5	65 ± 8,4	0,06
AVC	5 (10,6)	6 (5)	0,18
Septal asimétrica	33 (70,2)	87 (81,3)	0,30
Concéntrica	3 (6,4)	5 (4,7)	0,30
Apical	11 (23,4)	15(14)	0,30

Los resultados se expresan como número de pacientes y el porcentaje entre paréntesis o como media ± desviación estándar (DE) o mediana ± rango intercuartílico.

Conclusiones: Los pacientes con MCH de nuestro medio que presentan FA tienen peor clase funcional, mayor probabilidad de HTAP, mayor porcentaje de DM, ERC, IM e IAo moderadas-graves, mayor diámetro de AI y espesor máximo del VI. Por tanto, podría ser beneficioso ser más exhaustivos en la búsqueda de FA en los pacientes que presenten estas características con el fin de iniciar un tratamiento precoz y mejorar su pronóstico.