

Relación entre medidas subjetivas y objetivas de la capacidad funcional en pacientes con miocardiopatía hipertrófica obstructiva

Cecilia Prados Murcia(1), Marta Martín Vélez(1), Ángela Gabaldón Mestre(1), Inmaculada Paneque Sánchez-Toscano(1), Helena Llamas Gómez(1) y María Luisa Peña Peña(1) de (1)Unidad de Cardiopatías Familiares, Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla - España

Introducción: En la miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCHO), la carga sintomática se ha evaluado tradicionalmente mediante la clase funcional NYHA. Con la introducción de los inhibidores de la miosina, han adquirido mayor relevancia los cuestionarios de calidad de vida como el KCCQ (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire) y la valoración funcional objetiva mediante ergoespirometría (CPET).
El objetivo fue analizar relación entre la percepción subjetiva de los síntomas y la capacidad funcional objetiva.

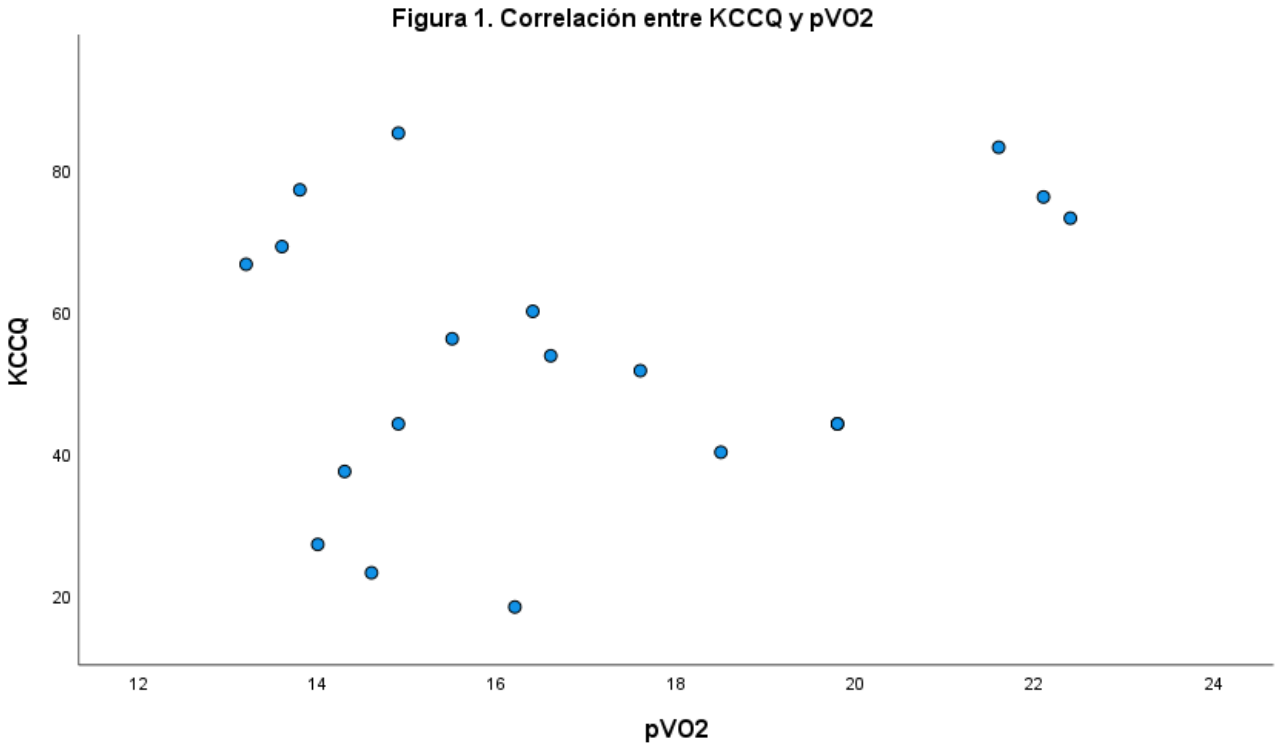
Métodos: Estudio retrospectivo, transversal y unicéntrico que incluyó pacientes con MCHO en seguimiento en nuestro centro. La capacidad funcional se evaluó mediante el consumo pico de oxígeno (pVO?) obtenido en CPET. La percepción sintomática se valoró mediante la clase funcional NYHA y la puntuación del cuestionario KCCQ. Se analizó la correlación mediante el coeficiente de Spearman.

Resultados: Se incluyeron 19 pacientes, con una edad mediana de 63 (55,8–66,4) años; el 52,6% eran varones. El 52,6% se encontraba en NYHA II y el 47,4% en NYHA III. El estudio genético se realizó en todos los pacientes, identificándose variantes patogénicas o probablemente patogénicas en el 42,1% (n=8). La hipertensión arterial estaba presente en el 42,1%, la diabetes mellitus tipo 2 en el 15,8% y tanto la fibrilación auricular previa como la cardiopatía isquémica en el 5,3% (n=1). El tratamiento basal incluía betabloqueantes en el 57,9%, antagonistas del calcio en el 47,4% y disopiramida en el 63,2%.

La mediana del KCCQ fue de 54,8 (44,3-64,9), la del pVO? de 15,8 (15,1–18,1) mL/kg/min y la del gradiente obstructivo máximo en el TSVI de 82 (59–91) mmHg. Se observó una correlación inversa estadísticamente significativa entre KCCQ y NYHA (? = 0,154; p = 0,529). No se detectó correlación significativa entre pVO? y KCCQ (? = 0,132; p = 0,590) ni entre pVO? y NYHA (? = 0,095; p = 0,737).

Conclusiones: En esta cohorte de práctica clínica real de pacientes con MCHO, las dos medidas subjetivas de limitación funcional (NYHA y KCCQ) se correlacionaron de forma significativa entre sí. Sin embargo, ninguna de ellas mostró asociación significativa con el pVO? medido por CPET. Estos hallazgos sugieren que las medidas subjetivas y objetivas reflejan dimensiones distintas de la limitación funcional, por lo que su integración parece

necesaria para una evaluación completa y precisa.



Características basales.

Edad (años)	63 (55,8–66,4)
Sexo Varones (%)	 52,6
Clase funcional NYHA (%) NYHA II NYHA III	 52,6 47,4
Variantes P/LP (%)	42,1
Hipertensión arterial (%)	42,1
Diabetes Mellitus tipo 2 (%)	15,8
Cardiopatía isquémica (%)	5,3
Fibrilación auricular (%)	5,3
Tratamiento basal (%) Betabloqueantes Antagonistas del calcio Disopiramida	 57,9 47,4 63,2
KCCQ	54,8 (44,3-64,9)
pVO_2 (mL/kg/min)	15,8 (15,1–18,1)
Gradiente máximo en TSVI (mmHg)	82 (59–91)

NYHA: New Yor Heart Association; Variantes P: Patogénicas; Variantes LP: Probablemente patogénicas; KCCQ: Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire; pVO2: Consumo pico de oxígeno; TSVI: tracto de salida del ventrículo izquierdo.