



## 488 - RESULTADOS DE SEGUIMIENTO AL AÑO DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO PREVAMIC (PREVALENCIA DE AMILOIDOSIS CARDÍACA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA)

Rocío Ruiz Hueso<sup>1</sup>, Prado Salamanca Bautista<sup>1</sup>, Carlos Delgado Verges<sup>2</sup>, Beatriz Seoane González<sup>3</sup>, José Luis Peña Somovilla<sup>4</sup>, Julio Alberto Vicente Rodrigo<sup>5</sup>, Margarita Castillo Paredes<sup>6</sup>, M<sup>a</sup> Angustias Quesada Simón<sup>7</sup>, José Ángel García García<sup>8</sup>, M. Carmen Navarro Sáez<sup>9</sup>, Manuel Lorenzo López Reboiro<sup>10</sup>, Esther Montero Hernández<sup>11</sup>, Jesús Casado Cerrada<sup>12</sup> y Óscar Aramburu Bodas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes, Gijón. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de A Coruña, A Coruña. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de San Pedro, Logroño. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sagunto, Sagunto (Valencia). <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. <sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Paz, Madrid. <sup>8</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Valme, Sevilla. <sup>9</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Parc Taulí de Sabadell- IC Geriátrico, Sabadell (Barcelona). <sup>10</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Monforte de Lemos, Monforte de Lemos (Lugo). <sup>11</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Hierro, Majadahonda (Madrid). <sup>12</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid).

### Resumen

**Objetivos:** Comparar las tasas de reingreso y mortalidad al año de los pacientes con y sin amiloidosis cardíaca (AC) incluidos en el estudio PREVAMIC (Prevalencia de AC en pacientes con IC), así como ver las diferencias en el tratamiento tras el diagnóstico de AC.

**Métodos:** Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico en el que han participado un total de 31 hospitales españoles. Se incluyeron pacientes hospitalizados y ambulatorios con IC, edad  $\geq$  65 años e hipertrofia ventricular izquierda definida como septo interventricular o pared posterior  $> 12$  mm. Los criterios de inclusión fueron: clase II-IV de la New York Heart Association, NT-proBNP  $> 1.800$  pg/ml en IC aguda o NT-proBNP  $> 600$  pg/ml en condición estable, ecocardiograma realizado en los 24 meses previos o en el momento de la inclusión y tratamiento diurético en los últimos 6 meses. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de los centros participantes. Siguiendo el algoritmo de diagnóstico de AC del Grupo de Trabajo de Enfermedades Miocárdicas y Pericárdicas de la Sociedad Europea de Cardiología se realizó una gammagrafía cardíaca y análisis sanguíneos y urinarios para descartar proteína monoclonal a todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión entre febrero de 2020 y mayo de 2021, realizándose un seguimiento de un año, registrando el número de visitas a urgencias y el número de ingresos por cualquier causa, así como el tratamiento tras el diagnóstico de AC, finalizando el estudio el 31 de mayo de 2022.

**Resultados:** Se reclutaron un total de 515 pacientes siendo diagnosticados de AC 136 (26,4%). Al año de seguimiento, comparando los pacientes con AC y sin AC no encontramos diferencias en las tasas de visitas a urgencias ( $1,19 \pm 1,42$  vs.  $1,22 \pm 1,83$ ,  $p = 0,855$ ), ni en el número total de ingresos ( $0,95 \pm 1,29$  vs.  $0,90 \pm 1,24$ ,  $p = 0,693$ ), siendo ligeramente superior el número de visitas a urgencias por IC de los pacientes con AC ( $0,61 \pm 1,03$  vs.  $0,42 \pm 0,86$ ,  $p = 0,046$ ). Respecto a la mortalidad, el 29,4% de los pacientes con AC fallecieron al año frente a un 13,7% de los pacientes sin AC ( $p = 0,001$ ), siendo la principal causa de mortalidad la IC refractaria (45,5%), seguida de la sepsis/infección, la muerte súbita cardíaca y la infección

por SARS-CoV-2. Tras el diagnóstico de AC la proporción de pacientes que tomaban betabloqueantes (BB), IECAS, ARAII y calcioantagonistas fue significativamente menor que al inicio del estudio (tabla).

	Amiloidosis cardíaca, n = 136 (26,4%)		p
Tratamiento	Inclusión	Seguimiento	
Betabloqueantes	65 (48,9)	56 (41,2)	0,001
IECA	38 (27,9)	21 (15,4)	0,001
ARAI	36 (26,5)	20 (14,7)	0,001
Antagonistas aldosterona	34 (25,0)	46 (33,8)	0,001
Inhibidor del receptor de angiotensina-neprilisina	6 (4,4)	10 (7,4)	0,119
Digoxina	4 (2,9)	6 (4,4)	0,001
Antagonistas del calcio	21 (15,4)	7 (5,1)	0,008
Ivabradina	0 (0)	0 (0)	0,428
Nitratos	13 (9,6)	6 (4,4)	0,001
Diuréticos de asa	120 (88,2)	104 (76,5)	0,191
Diuréticos tiazídicos	17 (12,5)	19 (14,0)	0,023
Tolvaptán	1 (0,7)	1 (0,7)	0,924

Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2	4 (2,9)	16 (11,8)	0,344
Anticoagulantes			0,001
Anticoagulantes de acción directa	47 (34,6)	51 (37,5)	
Anticoagulantes dicumarínicos	47 (34,6)	28 (20,6)	

*Discusión:* La amiloidosis es una enfermedad cada vez más prevalente siendo fundamental el diagnóstico precoz, ya que su tratamiento puede detener e incluso revertir el desarrollo de la enfermedad. En los estudios publicados hasta la fecha no hay datos contundentes sobre la mortalidad, siendo el pronóstico más infausto en los pacientes con AC primaria. En nuestro estudio la proporción de pacientes con AC que fallecen es superior a los pacientes sin AC, siendo la mayoría pacientes con AC por transtirretina y significativamente más añosos.

*Conclusiones:* En nuestro estudio, los pacientes con AC no acuden más a urgencias ni ingresan más por cualquier causa, siendo la mortalidad al año de estos el doble que la de los pacientes sin AC, siendo la principal causa de muerte la insuficiencia cardíaca refractaria. Así mismo, acorde con publicaciones previas, tras el diagnóstico de AC se prescriben menos BB, calcioantagonistas, IECAS o ARAII.