



## 6036-488. ¿TIENE LA SITUACIÓN FUNCIONAL CAPACIDAD PARA PREDECIR EL DESARROLLO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA? COMPARACIÓN DE DISTINTAS FORMAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL

Cristina Beltrán Herrera, Sem Briongos, Ignacio Hernández, Verónica Suberviola, Álvaro Estévez, María Luisa Giganto, Marta Domínguez y Roberto Muñoz del Hospital Infanta Leonor, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La evaluación funcional (EF) mediante la NYHA es la más extendida en pacientes con IC pero depende de la apreciación de médico y paciente. La ergoespirometría (EE) se ha convertido en una herramienta útil para el estudio funcional y predicción de eventos. El objetivo fue estudiar la capacidad de predicción de eventos adversos de las distintas escalas de EF.

**Métodos:** Analizamos todas las EE realizadas en nuestro centro entre septiembre 2012 y enero 2016. La capacidad funcional (CF) se definió según el porcentaje alcanzado de consumo de O<sub>2</sub> (VO<sub>2</sub>) máximo predicho (normal > 80, ligero 60-80, moderado 50-60, grave 50). Se definió la CF según los METs alcanzados (CF I > 7, CF II 5-7, CF III 2-5, CFIV 2). El objetivo primario fue muerte de cualquier causa o ingreso por IC y como objetivos secundarios, cada uno de sus componentes. Comparamos las curvas de supervivencia según la CF mediante el test de *log rank*, en cada una de las clasificaciones (clínica, VO<sub>2</sub> y METs).

**Resultados:** 116 estudios a 96 pacientes. Edad media fue de 65 ± 13,6 años (37,7% de mujeres), el 10,5% fumadores, 27,2% con enfermedad pulmonar. La etiología más frecuente de la cardiopatía fue M. idiopática (29,8%), valvular (22,8%), M. isquémica e hipertensión pulmonar (20,2% ambas). Según la NYHA, el 41,4% tenían CF I, 54,1% CF II y 4,5% CF III. Según METs alcanzados, el 6,1% tenía CF I, 21,9% CF II y 71,9% CF III. Según VO<sub>2</sub>, 44,1% tenían capacidad funcional normal, 26,1% reducción ligera, 19,8% moderada y 9,9% grave. Tras un seguimiento de 2.2 años, se analizó la relación entre la CF según las distintas escalas y el desarrollo de eventos. Encontramos que la CF establecida según el VO<sub>2</sub> máx se asoció significativamente con el objetivo primario de muerte o ingreso por IC ( $p = 0,05$ ) y el objetivo secundario de ingreso por IC ( $p = 0,018$ ). Ni la CF según NYHA, ni según METs se asoció con desarrollo de eventos durante el seguimiento. En los subgrupos según FEVI, estos resultados solo fueron válidos el grupo de IC con FEVI 40% (FEVI media 29.4%) ( $p = 0,0048$  y  $p = 0,008$ , respectivamente), a pesar de una buena optimización del tratamiento farmacológico (97% BB, 97% IECAs/ARA-II y 39,4% antialdosterónicos).



*Curva del objetivo primario según capacidad funcional grupo IC con FEVI 40% y curva del objetivo primario según capacidad funcional población total.*

**Conclusiones:** La EE es una herramienta útil para la EF de pacientes con IC. Es la única EF con capacidad predictiva del desarrollo posterior de eventos CV. Debería formar parte de la evaluación rutinaria de estos pacientes.