



4011-3. INFLUENCIA DE LA CLASE FUNCIONAL NYHA EN EL PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE PORTADORES DE DAI EN PREVENCIÓN PRIMARIA DE MUERTE SÚBITA

Sem Briongos Figuerola¹, Álvaro Estévez¹, María Luisa Pérez², Enrique García Campo³, Xavier Viñolas Prat⁴, Xavier Viñolas Prat⁴, Ángel Arenal Maíz⁵, Francisco Javier Alzueta Rodríguez⁶, Nuria Basterra Sola⁷, Ignacio Fernández Lozano⁸ y Roberto Muñoz Aguilera¹

¹Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ²Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ³Complejo Hospitalario Universitario de Vigo-Xeral-Cíes, Vigo (Pontevedra). ⁴Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ⁵Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ⁶Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁷Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra). ⁸Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: La clase funcional (CF) NYHA es un criterio para el implante de un desfibrilador automático implantable (DAI) en prevención primaria de pacientes con disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (DSVI). Nuestro objetivo fue determinar si la mortalidad y el riesgo arrítmico diferían en función de la CF, en este perfil de pacientes.

Métodos: Seleccionamos pacientes con DSVI (FEVI \geq 35%) tras primoimplante de DAI (mono o bicameral) en prevención primaria del registro nacional y multicéntrico UMBRELLA (2006 y 2015). La población total se dividió en función la NYHA en el implante. Los eventos estudiados fueron: mortalidad total, mortalidad cardiovascular y riesgo arrítmico estimado como primera terapia apropiada del DAI en zona de fibrilación ventricular (FV).

Resultados: De los 622 pacientes analizados ($61,1 \pm 11,4$ años), 101 estaba en NYHA I, 411 en NYHA II, 109 en NYHA III y la mayoría estaba bajo tratamiento optimizado (beta-bloqueantes: 92,1%; inhibidores del SRAA: 86,8%; antagonistas aldosterona: 60,2%). Los pacientes más sintomáticos eran mayores y tuvieron mayor prevalencia de fibrilación auricular y enfermedad renal crónica. Tras un seguimiento de $4,4 \pm 2,1$ años, la mortalidad total fue del 20,3% ($n = 126$). El riesgo de muerte por todas las causas fue mayor en pacientes sintomáticos que en asintomáticos (fig. A): 13,9% en NYHA I, 18,3% en NYHA II y 32,9% en NYHA III ($p < 0,001$ log-rank). Un total de 78 muertes fueron de origen cardiovascular (12,6%). El riesgo de mortalidad cardiovascular también fue mayor en pacientes sintomáticos (fig. B): 6,9% en NYHA I, 11% en NYHA II y 23,9% en NYHA III ($p < 0,001$ log-rank). La programación del DAI fue similar en los grupos de estudio. El 19,4% de la población ($n = 117$) recibió una terapia apropiada del DAI en zona de FV, sin diferencias en la supervivencia libre de primera terapia apropiada (fig. C): 20,8% en NYHA I, 18,7% en NYHA II y 20,8% en NYHA III ($p = 0,495$ log-rank). Tras ajuste multivariado por regresión de Cox, una peor CF fue predictor independiente de mortalidad cardiovascular (NYHA III vs NYHA I: HR 4,7; IC95%: 1,7-12,8, $p = 0,002$; NYHA II vs NYHA I: HR 2,1; IC95%: 1,0-5,6, $p = 0,05$) pero no de mortalidad total.



Conclusiones: En pacientes con DSVI portadores de DAI en prevención primaria la CF NYHA parece ser un factor determinante en la mortalidad cardiovascular, pero no en el riesgo de arritmias potencialmente mortales.