

Más allá de la complejidad anatómica: ¿refleja el estadio clínico AHA/ACC la capacidad funcional en cardiopatías congénitas?

Jonathan Palafor Alcalá(1), Iñaki Villanueva Benito(1), Erika Rezola Arcelus(2), José Antonio Alarcón Duque(1), Itziar Pérez Sarasola(1), Larraitz Orive Melero(3), Renata Forcada Barreda(1), Aitor Muñoz Lamosa(1), Amaia Harto Juan(1), Pablo Aldave Zabaleta(1), Beñat Urruzola Oianguren(1), Lander Rodríguez Legorburu(1), Arantxa Garicano Lopetegui(1) y Itziar Solla Ruíz(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Donostia, Donostia-San Sebastián (Gipuzkoa) - España, (2)Servicio de Pediatría. Hospital Donostia, Donostia-San Sebastián (Gipuzkoa) - España y (3)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Bizkaia) - España

Introducción: La clasificación anatómico-fisiológica de la American Heart Association/American College of Cardiology (AHA/ACC) combina la complejidad anatómica y el estadio fisiológico (A–D) para la estratificación de pacientes con cardiopatías congénitas del adulto. Sin embargo, su relación con parámetros objetivos de capacidad funcional no está bien establecida. El objetivo de este trabajo fue evaluar la asociación entre la complejidad anatómica y el estadio fisiológico, con la capacidad funcional medida mediante ergoespirometría.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico, que incluyó pacientes con cardiopatías congénitas sometidos a ergoespirometría entre 2018 y 2026. En pacientes con más de una prueba se seleccionó la primera. Se evaluó la relación de los diferentes parámetros de la ergoespirometría con el estadio fisiológico (A–C) y la complejidad anatómica mediante correlación de Spearman y comparación entre grupos mediante Kruskal-Wallis.

Resultados: Se incluyeron 147 pacientes, cuya edad media fue 23 años (11-78 años), y 48% eran mujeres. El VO? pico (% predicho) mostró una correlación inversa con el estadio fisiológico ($r = -0.467$; $p < 0.001$), al igual que el pulso de O? ($r = -0.303$; $p < 0.001$) y el OUES ($r = -0.231$; $p = 0.006$).

La complejidad anatómica mostró una correlación inversa con el VO? pico ($r = -0.328$; $p < 0.001$), sin asociación significativa con el resto de parámetros funcionales. En el estadio A se observó una tendencia a menor capacidad funcional a mayor complejidad; sin embargo, en los estadios B y C, no se identificaron diferencias relevantes entre niveles de complejidad dentro de cada estadio (Fig. 1).

El VE/VCO? slope no difirió entre estadios. La ventilación oscilante se observó en 8 pacientes (5%), los cuales se encontraban todos en estadio C, y se asoció a menor VO? pico ($p < 0.01$).

Conclusiones: El estadio fisiológico AHA/ACC se asocia con la capacidad funcional medida mediante ergoespirometría y refleja mejor la limitación funcional que la complejidad anatómica. Los parámetros

cardiovasculares se asociaron de forma más consistente con el estadio fisiológicos que los marcadores de ineficiencia ventilatoria.

