Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 1000

Revista Española de Cardiología

5026-8. ERGOESPIROMETRÍA PARA PACIENTES VALVULARES COMPLEJOS, ¿QUÉ DATOS NOS APORTA? EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Iria Ruth Martínez Primoy, Jesús Carmona Carmona, Diego Félix Arroyo Moñino, Rafael Jesús Hidalgo Urbano y María del Mar Martínez Quesada

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: La prueba de esfuerzo con consumo de oxígeno (PECO) permite objetivar la capacidad de esfuerzo, así como definir el origen de la incapacidad funcional. Evaluamos la capacidad discriminativa de esta prueba en pacientes valvulares complejos, determinando la posible repercusión en decisiones clínicas.

Métodos: Estudio observacional analítico, retrospectivo, que analiza las PECO realizadas a pacientes valvulares complejos entre 01/2020-01/2022. Pruebas realizadas en cicloergómetro, con protocolos en rampa adaptados. Realizados test ?^{2} y U-Mann Whitney según necesidad, significativa: p 0,05.

Resultados: Incluimos 54 pacientes: 28 (51,9%) mujeres; edad media = 53,72 ± 16,28 años. Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) media: 58,33% ± 7,30% [16 (29,2%) pacientes con FEVI 35 mmHg. 25 pacientes (46,3%) con valvulopatía aórtica, 26% mitral, 20,4% tricuspídea, 3,7% pulmonar y 3,7% mitroaórtica. Valvulopatía más recurrente: insuficiencia aórtica [n: 22 (40,7%)]. 8 (14,8%) PECO fueron subóptimas (RER 1). 34 pacientes (63%) finalizaron la prueba asintomáticos, de ellos el 35,3% (n: 12) presentaron una limitación funcional de origen cardiaco (LFOC), como el 25% (n: 5) de los 20 que presentaron síntomas. El 14,7% (n: 5) de los asintomáticos y el 20% (n: 4) de los sintomáticos presentaron limitación funcional de origen mixto (LFOM). 5 de los pacientes con LFOM requirieron cateterismo cardiaco derecho para determinar el origen de su limitación, derivándose a cirugía cardiaca a3. Se indicó cirugía en 16 pacientes, 11 con LFOC, 4LFOM y 1 con desacondicionamiento físico. El 56,3% (n: 9) terminaron la PECO asintomáticos. Los pacientes operados tuvieron un %VO2 y un %PulsoO2 respecto del predicho inferior a los pacientes con manejo conservador [(59,94 ± 8,54 vs 68,63 ± 17,86, p: 0,019) y (72,37 ± 21,36 vs 87,89 ± 19,55, p: 0,016) respectivamente]. No hubo diferencias significativas en otros parámetros de la PECO, ni comparando valvulopatías derechas frente a izquierdas, ni separando por valvulopatía, salvo en la pendiente VE/VCO2 y el OUES.

	Pendiente VE/VCO2 [media (M; RI), p = 0,006]	OUES [media (M; RI), p = 0,027]
Válvula aórtica	27,87 (26,7; 23,65, 30,80)	1,86 (1,69; 1,36, 2,53)

Válvula mitral	38,65 (31,10; 28,70, 40,63)	1,31 (1,15; 0,96, 1,62)
Válvula tricúspide	31,94 (32,3; 26,40, 35,90)	1,27 (0,99; 0,96, 1,41)

M: mediana, RI: intervalo intercuartílico.

Conclusiones: La PECO nos ayuda a delimitar el origen cardiológico de la incapacidad funcional en valvulopatías complejas, optimizando su manejo. Sin embargo, es difícil determinar un patrón patológico concreto para cada valvulopatía.