Rev Esp Cardiol. 2016:69 Supl 1: 1048

Revista Española de Cardiología

6036-483. ¿ESTIMA ADECUADAMENTE LA CLASIFICACIÓN DE LA NYHA LA CLASE FUNCIONAL DE NUESTROS PACIENTES? ANÁLISIS COMPARATIVO CON EL TEST DE ESFUERZO CON CONSUMO DE GASES

Sem Briongos, Cristina Beltrán Herrera, Ignacio Hernández, Verónica Suberviola, Cristina de Cortina, Mar Sarrión, Ana Sánchez y Roberto Muñoz del Hospital Infanta Leonor, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La NYHA es la más utilizada y recomendada para estimar la capacidad funcional (CF) de los pacientes cardiópatas. El test de esfuerzo con consumo de gases (TECG) mide parámetros objetivos funcionales como el consumo pico de oxígeno (VO2 max) y los equivalentes metabólicos (METS). El objetivo fue determinar la correlación existente entre la CF estimada por NYHA y la medida con TECG en la práctica clínica habitual en una consulta de cardiología.

Métodos: Pacientes que realizaron TECG de septiembre 2012 a enero 2016. En el TECG se evaluó el porcentaje de VO2 máximo obtenido en relación al valor previsto para edad, peso y sexo. Según el valor % se clasificó la CF como normal (> 80%), reducida de forma ligera (60-80%), moderada (50-60%) y grave (50%). Los METS fueron calculados dividiendo el VO2 máximo (ml/min/m^2) entre 3.5 (1 MET) y así se clasificó la CF como 1 (> 7 METS), 2 (5-7 METS), 3 (2-5 METS) o 4 (0,2). Se comparó la CF NYHA con la estimada por %Vo2max y METS.

Resultados: Analizamos 116 TECG realizados a 96 pacientes. La edad media fue de 65 ± 13,6 años (37,7% de mujeres), el 10,5% eran fumadores y un 27,2% padecía enfermedad pulmonar. La etiología más frecuente de la cardiopatía fue M. idiopática (29,8%) seguida de valvular (22,8%), M. isquémica e hipertensión pulmonar (20,2% ambas) y M. hipertrófica (2,6%). La FEVI media fue de 48,8%. La CF asignada según escala NYHA fue mayoritariamente 2 y 1. Con el TECG se clasificó según %VO2 max: 44,1% CF normal, 26,1% ligeramente reducida, 19,8% moderadamente reducida y en un 9,9% gravemente reducida. La CF por METS mostró que la mayoría presentaba CF 3. Tomando como patrón de referencia los METS alcanzados, encontramos que la correlación de la CF NYHA fue mala (r Pearson 0,26), mientras que la correlación con la CF por VO2 max fue aceptable (r = 0,41). El acuerdo de la CF NYHA con respecto a la CF medida por VO2 max y por METS fue muy malo (Kappa 0,2 para las 2 comparaciones). Hasta en el 78% de los p la CF por NYHA estaba infraestimada en relación a la obtenida por TECG, fundamentalmente en p de mayor edad (p = 0,004), mayor peso (p = 0,043) y diabéticos (p = 0,016).

Conclusiones: La CF estimada por TECG es más objetiva que la valorada por NYHA que tiende a minimizar la sintomatología de los pacientes. El TECG es más preciso para valorar CF en ancianos, obesos y diabéticos.