



5013-7. LA ESCALA DE BORG MODIFICADA EN EL TEST DE ESFUERZO CON CONSUMO DE OXÍGENO ¿ES UN BUEN PARÁMETRO PARA ESTIMAR LA CAPACIDAD DE ESFUERZO EN LOS PACIENTES DE UNA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA?

Blanca Miriam Jiménez Candil, María Teresa Ortega Bombín, María Ángeles Naranjo Sánchez, María Ángeles Guimerá Ferrer-Sama, Rosa Tamará García, Camino Caballero Caballero, Sem Briongos Figuero, Verónica Suberviola Sánchez-Caballero, Cristina Beltrán Herrera y Roberto Muñoz Aguilera, del Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El método más objetivo de valorar la clase funcional (CF) en cardiología es un test de ergoespirometría con consumo de oxígeno (TECO). La escala de Borg modificada (EB) se emplea para la medición del nivel de disnea durante el esfuerzo físico y se relaciona con el estrés oxidativo y los niveles de lactato en sangre. Nuestro objetivo es determinar si la estimación de la disnea mediante la EB subjetiva medida por enfermería al final del esfuerzo presenta correlación con la CF objetiva medida con el consumo pico de oxígeno (VO₂) y por tanto es un buen marcador de enfermedad.

Métodos: Analizamos 50 pacientes consecutivos remitidos para TECO indicado por cardiología. El TECO se realizó en tapiz rodante o bicicleta con protocolo de esfuerzo ajustado a edad, condición física y cardiopatía de base. Se realizó la EB al final de la prueba con escala visual de 0 (nada de disnea) a 10 (máxima disnea). Se recogieron los valores del TECO analizados por un cardiólogo, así como CF NYHA y datos basales clínicos de la historia clínica.

Resultados: 60 ± 18 años, 64% varones, 24% fumadores, 28% diabéticos, 50% HTA, 26% con neumopatía. 78% cardiopatas (26% miocardiopatía dilatada isquémica, 28% miocardiopatía dilatada no isquémica, 24% enfermedad valvular) y 22% sin cardiopatía. FEVI media 48% (rango 21-78%). El 22% con antecedente de insuficiencia cardiaca previa. CF NYHA: 42% I, 48% II y 5% III. TECO: TA 132 ± 22 mmHg, FC 74 ± 13 lpm, VO₂ pico 17 ± 9 ml/min/Kg, 70 ± 25% predicho, VO₂ en UA 11 ± 6, 48 ± 17% predicho, RER 1,07 ± 0,09. EqCo₂ UA 33 ± 6. EB fin del test 6,1 ± 2,3 (rango de 0-10). Los p con FEVI 50% alcanzaron un VO₂ pico significativamente menor (p = 0,008). La EB resultó peor en p sin cardiopatía (7 ± 2) que con cardiopatía (5 ± 2) (p = 0,014). La correlación entre la EB y la NYHA basal fue mala (r = 0,18, p = 0,19), al igual que con el VO₂ pico (r = -0,12, p = 0,3).



Conclusiones: En nuestra serie la CF medida objetivamente con el VO₂ pico se relaciona con la disfunción ventricular y por tanto con la gravedad de la cardiopatía. Sin embargo, la EB subjetiva no se relaciona ni con la gravedad de los síntomas medido por NYHA ni con el VO₂ pico objetivo. Además, llamativamente, la EB

es peor en sanos sin cardiopatía probablemente por su menor adaptación a la disnea. Por tanto, la estimación subjetiva de disnea al esfuerzo según EB no es un parámetro fiable para determinar la CF real.