

## Reflexiones sobre "Capacidad Funcional"

Dr. ROBERTO VEDOYA

En 1939 una comisión designada por la New York Heart Association publicó el compendio "Nomenclatura y Criterio para el Diagnóstico de las Enfermedades del Corazón" (1). En el capítulo sobre capacidad funcional se clasificó a los enfermos en 4 clases según el grado de limitación de su actividad física por la aparición de síntomas en relación a la actividad ordinaria: en la clase I el enfermo no siente síntomas durante la actividad ordinaria, en la clase II aparecen con esa misma actividad, en la clase III una actividad menor que la ordinaria provoca síntomas, y ellos se ponen de manifiesto al menor esfuerzo y aún en reposo en la clase IV. Esta clasificación tiene aún vigencia cuando han transcurrido más de 30 años, y ello indica que es adecuada y útil. Pero debemos llamar la atención sobre algunos abusos del concepto, pues es bien sabido que puede existir gran discordancia entre síntomas y signos en diversas cardiopatías. Ya en la mencionada publicación se expresa textualmente: "Pueden existir discrepancias entre el número y la intensidad de los signos físicos y el grado de los síntomas subjetivos provocados por el esfuerzo. Esto puede suceder especialmente en pacientes que sufren el síndrome anginoso y en quienes las manifestaciones objetivas de la enfermedad pueden ser escasas o nulas".

El concepto de la posible prevalencia de los síntomas en la angina de pecho es aún válido hoy día, a pesar de los adelantos tecnológicos. Es frecuente que la prueba de esfuerzo deba ser interrumpida por dolor anginoso cuando aún no han aparecido alteraciones electrocardiográficas de tipo isquémico, y según nuestra experiencia la prueba de esfuerzo con ergometría, alcanzando el 85 % de la frecuencia máxima indicada en la tabla de Robinson, es negativa en el 10 % de los pacientes con típica angina de pecho. Más aún, en los últimos años se han citado, cada vez con mayor frecuencia, casos de angina de pecho con cinecoronariografía normal, y aún con arterias coronarias normales en la necropsia. Cualquiera sea la explicación de este hecho, lo indudable es que existen casos de angina de pecho que sólo se exteriorizan por el síndrome subjetivo.

Pero también es cierto que en ocasiones existe en la angina de pecho una buena capacidad funcional, que no guarda relación con los hechos objetivos:

a) Es frecuente que en la prueba de esfuerzo aparezcan francos signos electrocardiográficos de isquemia sin angor, y surge la pregunta: ¿Cuál es la verdadera capacidad funcional, la expresada por el electrocardiograma con un esfuerzo menor o la deducida por la aparición del síntoma anginoso con un esfuerzo mayor?

b) Si bien existe generalmente una correlación bastante buena entre las lesiones observadas en la cinecoronariografía y la capacidad funcional, no es infrecuente observar casos con obstrucciones coronarias severas y buena capacidad funcional.

c) Es indudable que existen casos de "angina de pecho silenciosa", es decir, pacientes que nunca experimentaron angor de esfuerzo y presentan un electrocardiograma anormal en reposo, prueba de esfuerzo positiva e importantes obstrucciones coronarias en la cinecoronariografía.

d) La angina de pecho silenciosa puede ser reproducida en un enfermo con angor de esfuerzo cuando se administran inhibidores de la M.A.O., que mejoran o suprimen el dolor anginoso, sin aumentar el flujo coronario ni disminuir los requerimientos metabólicos del miocardio.

En síntesis, en la angina de pecho a veces predominan netamente los síntomas sobre los signos, pero otras veces ocurre lo contrario y la capacidad funcional determinada por el síndrome subjetivo puede ser falaz.

Pero la discrepancia entre síntomas y signos no se observa sólo en la angina de pecho, que quizás sea el ejemplo más típico, sino también en las otras cardiopatías. El síntoma más común en las enfermedades del corazón, la disnea de esfuerzo, no siempre guarda relación con el cuadro clínico. Existen numerosas causas concurrentes que agravan la disnea y disminuyen la capacidad funcional: afecciones broncopulmonares, obesidad, vida sedentaria, tabaquismo y hasta la simple obstrucción nasal, a veces de origen iatrogénico (reserpina). Cuando coexiste alguno de estos factores puede ser difícil determinar la reducción de la capacidad funcional provocada por la cardiopatía y es posible que, en ocasiones, los pacientes sean incluidos en una clase de mayor severidad que la que le correspondería. Y aquí también, aunque menos a menudo, es cierto el hecho inverso; por razones no bien explicadas, pacientes con franca insuficiencia ventricular izquierda, que deberían tener disnea con esfuerzos aún de escasa intensidad, no presentan este síntoma en una vida activa sin restricciones. En la insuficiencia ventricular izquierda es más frecuente la discrepancia en lo que se refiere a los síntomas durante el decúbito, pues no es raro que enfermos con moderada insuficiencia presenten respiración de Cheyne Stokes, ortopnea y disnea paroxística, mientras que otros enfermos con insuficiencia más severa no experimentan ninguna molestia en decúbito; paradójicamente, los casos de menor severidad serán clasificados en la Clase IV.

Y es también posible que un paciente con discreta insuficiencia ventricular izquierda sea clasificado en Clase IV por presentar un episodio de disnea paroxística nocturna o edema agudo de pulmón desencadenado por una crisis de taquicardia o fibrilación auricular paroxística, si la arritmia no fue percibida por el enfermo y había ya desaparecido en el momento del examen médico; y si la arritmia hubiera sido comprobada ¿corresponde clasificar a ese paciente en Clase IV?

Pero, además de las consideraciones precedentes, existen otros factores que influyen en la clasificación de los pacientes según la capacidad funcional:

a) **"Actividad habitual" variable.** Si un enfermo lleva una vida muy sedentaria (relojero con taller en su domicilio) la cardiopatía puede no provocar síntomas y será clasificada en clase I, pero si el mismo paciente desarrolla una mayor actividad (carpintero, albañil) pueden aparecer síntomas y será clasificado en la clase II, y aún en la III.

b) **Restricción de la "actividad habitual".** Muchos enfermos, voluntaria o inconscientemente, se adaptan a su enfermedad restringiendo su actividad habitual, lo cual influye para que sean clasificados en una clase más benigna que la que les correspondería.

c) **Factores psíquicos.** Sin llegar al extremo de la psiconeurosis, existen enfermos ansiosos que exageran los síntomas, mientras que otros, conformistas,

les restan importancia o los niegan; y en este sentido suele también influir el deseo de una posible solución quirúrgica o el temor de la operación.

d) **Electividad y cumplimiento del tratamiento.** Lo más razonable sería clasificar a los pacientes según su capacidad funcional sin influencia del tratamiento, pero ello no es lo que habitualmente se hace en las cardiopatías crónicas. Es indudable que la capacidad funcional estará modificada por el tratamiento; según éste sea más o menos adecuado, y según cómo lo cumpla el enfermo, la influencia sobre la capacidad funcional será mayor o menor.

Estas reflexiones, que pueden ser motivo de controversia, tienden a limitar el valor del concepto de capacidad funcional, que puede ser útil, pero que no debe ser aceptado como principal elemento de juicio. Lamentablemente, es frecuente que se exagere su importancia al discutir la indicación quirúrgica de las valvulopatías y al valorar los resultados de la cirugía; en uno y otro caso debe concederse mayor importancia a los parámetros objetivos.

## **Bibliografía**

1. "Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Disease of the Heart" by The Criteria Committee of the New York Heart Association, Little and Ives, New York, 1939. (