

Respuestas cardiovasculares de pacientes con obesidad en la prueba de esfuerzo

MSc. Dr. Javier E. Pereira-Rodríguez¹ , MSc. Devi G. Peñaranda-Florez² , Dr. Ricardo Pereira-Rodríguez³ , Dr. Pedro Pereira-Rodríguez⁴ , Ft. Karla-Noelly Santamaría-Pérez⁵ y Ft. Oscar A. Sánchez-Cajero⁵

¹Departamento de Fisioterapia y Rehabilitación Cardiopulmonar, Universidad Tolteca. Puebla, México.

²Departamento de Fisioterapia y Neurorehabilitación, Consultorio Privado. Puebla, México.

³Servicio de Urgencias y Cuidado del Paciente Crítico, FUCS – Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia.

⁴Unidad de Cuidados Intensivos, Universidad Rafael Núñez. Cúcuta, Colombia.

⁵Departamento de Fisioterapia y Rehabilitación, Instituto Profesional de Terapias y Humanidades. Puebla, México.

Full English text of this article is also available

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido: 31 de mayo de 2019

Aceptado: 8 de julio de 2019

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses

Abreviaturas

FC: frecuencia cardíaca

RESUMEN

Introducción: La obesidad es una enfermedad multisistémica que constituye un factor de riesgo coronario y se asocia frecuentemente a otros, como la hipertensión arterial, la diabetes y la dislipidemia, todo lo cual aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular.

Objetivo: Determinar la respuesta cardiovascular de los pacientes con obesidad durante una prueba de esfuerzo.

Método: Estudio observacional, descriptivo y transversal con 67 participantes obesos (45 mujeres y 22 hombres), con promedio de edad de 35±12,6 años. Para el desarrollo de esta investigación se obtuvieron variables antropométricas, signos vitales, escala de Borg, cuestionario para factores de riesgo cardiovascular, y se realizó una prueba de esfuerzo en tapiz rodante con protocolo de Bruce.

Resultados: Los principales factores de riesgo cardiovascular encontrados fueron el sedentarismo (100%) y los antecedentes patológicos familiares (76%). Se obtuvo una frecuencia cardíaca máxima promedio de 172,82±18,81 latidos por minuto, que fue superior en las mujeres (173,9±17,5 vs. 168,9±22,1) y al asociarla con los factores de riesgo cardiovascular se encontró que fue mayor en los pacientes con menos de 4 factores de este tipo (179,4±17,7 vs. 167,1±18,6).

Conclusiones: Se encontró una disminución de la respuesta cardiovascular en relación con el esfuerzo esperado para la prueba de esfuerzo. A mayor número de factores de riesgo cardiovascular presentes, menor fue la frecuencia cardíaca máxima alcanzada.

Palabras clave: Obesidad, Prueba de esfuerzo, Ejercicio físico, Frecuencia cardíaca, Factores de riesgo, Cardiología

Cardiovascular responses of obese patients to exercise stress test

ABSTRACT

Introduction: Obesity is a multisystemic disease and a coronary risk factor that is frequently associated with others, such as high blood pressure, diabetes and dyslipidemia. These all increase the risk of heart disease.

Objective: We aimed to determine the cardiovascular response of obese patients during a stress test.

✉ JE Pereira Rodríguez
Av. 22 Ote 2408, Xonaca
72280 Puebla. Puebla, México.
Correo electrónico:
jepr87@hotmail.com

Contribución de los autores

JEPR: Propuesta y muestra de resultados a pacientes, concepción y diseño de la investigación; obtención, análisis e interpretación de los datos, y redacción del manuscrito. DGPF: Concepción y diseño de la investigación; obtención, análisis e interpretación de los datos, y redacción del manuscrito. RPR y PPR: Concepción de la investigación, análisis e interpretación de los datos. KNSP y OASC: Obtención del dato primario y ayuda en la redacción del manuscrito. Todos los autores revisaron críticamente el manuscrito y aprobaron el informe final.

Methods: An observational, descriptive and cross-sectional study was conducted with 67 obese participants (45 women and 22 men) aged 35 ± 12.6 years on average. To develop our research, we analyzed anthropometric variables and vital signs. The Borg scale, a cardiovascular risk factor interview and a Bruce treadmill stress test protocol were also applied.

Results: The main cardiovascular risk factors found were sedentary lifestyle (100%) and family history of disease (76%). An average maximum heart rate of 172.82 ± 18.81 beats per minute was obtained, which was higher in women (173.9 ± 17.5 vs. 168.9 ± 22.1). It was found to be higher in patients with less than four cardiovascular risk factors (179.4 ± 17.7 vs. 167.1 ± 18.6) when associated with cardiovascular risk factors.

Conclusions: A decrease in cardiovascular response was found in relation to the expected test effort. The greater the number of cardiovascular risk factors, the lower the maximum heart rate achieved.

Keywords: Obesity, Exercise stress test, Exercise, Heart rate, Risk factors, Cardiology

INTRODUCCIÓN

Uno de los mayores problemas de salud pública en la actualidad es la obesidad, la cual se conoce como un desequilibrio entre la cantidad de calorías ingeridas a través de alimentos ricos en grasas y azúcares, y una escasa actividad física¹. Moreno-Martínez² la define como el exceso de tejido adiposo que se produce por la acumulación progresiva de grasa en sus reservorios, debido a un desequilibrio de la homeostasis calórica donde la ingesta excede el gasto energético. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad se ha duplicado en todo el mundo desde 1980 y, en 2014, más de 1900 millones de adultos mayores de 18 años padecen sobrepeso u obesidad³⁻⁵.

Asimismo, la obesidad está relacionada a otras enfermedades como: diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, hiperinsulinemia, accidente cerebrovascular y enfermedad cardiovascular, entre otras⁵, que son la principal causa de morbilidad en adultos mayores^{5,6}. Los principales daños que genera esta enfermedad en la función, estructura y capacidad del corazón, se muestran en el **recuadro**¹⁻⁶.

Dada esta situación, se han creado múltiples alternativas para prevenir y, sobre todo, controlar la obesidad; entre ellas se encuentra el ejercicio físico, que juega un papel muy importante y fundamental para el tratamiento y control de esta enfermedad⁷. Es por ello, que el ejercicio físico planificado debe contar con ciertas características como: intensidad, duración, estructura e individualización específica, que es lo que hace diferente a la actividad física, además de tener un objetivo claro para lograr efectos positivos para la salud en los pacientes con sobrepeso u obesidad⁸; donde el ejercicio moderado

se encuentra entre el 50-75% del volumen (consumo) máximo de oxígeno (VO_2 máx) o frecuencia cardíaca (FC) máxima.

La realización de actividad física de forma regular cuenta con varias ventajas: evita la disminución de la tasa metabólica basal acompañada de dieta, disminuye los factores de riesgo asociados, protege la masa magra, disminuye la ansiedad y depresión, y mejora la composición corporal¹⁰. Es importante resaltar que al comienzo del ejercicio, la lipólisis se incrementa rápidamente en casi 3 veces, por lo que aumenta la disponibilidad de ácidos grasos libres¹¹; y es esta una de las razones por las que se producen múltiples adaptaciones metabólicas que pueden ser ventajosas para el tratamiento de la obesidad; entre ellas, el aumento del potencial oxidativo de las grasas^{12,13}, que genera la obtención de energía metabólica (trifosfato de adenosina- ATP) durante el ejercicio físico, y –por ende–, la pérdida de peso corporal.

Sin embargo, para obtener dichos resultados es necesario conocer el estado cardiovascular de los pacientes con obesidad, de ahí la importancia de las pruebas de esfuerzo en este tipo de pacientes, que son indispensables para una adecuada prescripción del ejercicio, garantizar un entrenamiento a intensidad moderada y poder obtener los beneficios mencionados. Por estas razones, el objetivo principal de la presente investigación ha sido determinar la respuesta cardiovascular de pacientes con obesidad durante la realización de una prueba de esfuerzo.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal que cuantificó los factores de riesgo car-

diovascular, antropometría, respuesta cardiovascular antes, durante y posterior a la prueba de esfuerzo, en participantes con obesidad de la ciudad de Cúcuta, Colombia.

Recuadro. Efectos cardiovasculares de la obesidad¹⁻⁷.

Alteraciones funcionales
Deterioro del llenado/relajación diastólica del VI
Debilidad del corazón para la contracción ventricular
Disminución de la contractilidad muscular
Distorsión radial anormal del VI
Poca resistencia miocárdica
Velocidad anular tricúspide reducida
Tensión anormal de la aurícula derecha
Distorsión auricular izquierda anormal
Alteraciones del dromotropismo
Reducción diastólica de la velocidad anular mitral
Alteraciones hemodinámicas
Aumento del volumen de sangre total y central
Aumento del volumen sistólico del VI
Sin cambios o aumento leve en la frecuencia cardíaca
Aumento de la precarga y postcarga
Incremento del gasto cardíaco
Aumento del consumo de oxígeno en el miocardio
Incremento de la diferencia arteriovenosa de oxígeno
Aumento de la presión arterial sistólica y diastólica
Aumento del trabajo cardíaco
Aumento de la presión de cuña en la arteria pulmonar
Disminución de velocidad máxima de contracción del VI
Aumento de la presión diastólica final del VI
Aumento de la presión del ventrículo derecho
Aumento de la presión de la arteria pulmonar
Resistencia vascular pulmonar normal o aumentada
Aumento de la presión auricular derecha
Alteraciones morfológicas
Aumento de la masa ventricular izquierda
Remodelación ventricular
Dilatación de la cámara del VI
Hipertrofia excéntrica del VI
Hipertrofia o remodelación concéntrica del VI
Agrandamiento auricular izquierdo
Hipertrofia ventricular derecha
Agrandamiento auricular derecho
Tejido adiposo epicárdico excesivo

VI, ventrículo izquierdo

Muestra

Se seleccionó una muestra intencional de 67 participantes (45 mujeres y 22 hombres) que cumplieron los criterios de elegibilidad:

1. Tener más de 18 años de edad.
2. Tener un índice de masa corporal mayor a 30, pesar más de 65 kg.
3. Firmar un consentimiento informado avalado por el comité de ética de la institución.

Se excluyeron aquellos pacientes que presentaban dolor en miembros inferiores que les dificultara la marcha, disnea y fatiga en reposo, o ambos, alteraciones cardiovasculares previas, antecedentes de cirugía cardíaca o infarto agudo de miocardio, y los que tenían medicación con betabloqueadores. Como criterio de retiro se consideró la manifestación expresa del paciente de no querer continuar la prueba.

Procedimiento

Para determinar las variables morfológicas, antropométricas y los signos vitales, se utilizaron un tallímetro (*Adult Acrylic Halter Wall Kramer 2104*), una cinta métrica (*Asámico* de 150 cm 60" *Gree*), una balanza (*Tezzio Digital Balance TB-30037*) para bioimpedancia eléctrica, un oxímetro de pulso portátil (*Nellcor Puritan Bennett*) y un tensiómetro manual, con el que se obtuvo la tensión arterial sistólica y diastólica, antes, durante y después de 5 minutos de haber finalizado la prueba de esfuerzo. En esos mismos tres momentos se obtuvo la FC en tiempo real, mediante el sistema *Polar RS800CX Multisport*.

A todos los participantes se les realizó una prueba de esfuerzo en una banda sin fin, con el protocolo de Bruce, quienes recibieron instrucciones de que en las 12 horas anteriores a la prueba de esfuerzo debían evitar el alcohol, la cafeína, el tabaco, el ejercicio vigoroso o el uso de algún tipo de droga o medicamento que pudiera interferir con la FC máxima o el rendimiento físico durante la prueba; también se les explicó que podían realizar su ingesta matutina.

Las características de las pruebas de esfuerzo, su metodología, indicaciones y contraindicaciones¹⁴⁻²¹, se muestran en el **anexo**.

La falta subjetiva de aire y el esfuerzo percibido por los pacientes se estimaron según la escala de Borg modificada²², que consta de 10 ítems. El fin de esta herramienta en el área de las ciencias de la salud es el evaluar los ajustes en la intensidad y la carga de trabajo.

Tabla 1. Características basales de la población.

Variables	Sexo				Total (n=67)	
	Femenino (n=45)		Masculino (n=22)		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Edad (años)						
Igual o menor de 30	13	28,88	11	50,00	24	35,82
Mayores de 30	32	71,11	11	50,00	43	64,17
Etnia						
Blanco	15	33,33	11	50,00	26	38,8
Mestizo	29	64,44	9	40,9	38	56,71
Afrocolombiano	1	2,22	2	9,1	3	4,47
Nivel educativo						
Primaria	0	0	1	4,54	1	1,49
Secundaria	5	11,11	4	18,18	9	13,43
Bachiller	19	42,22	7	31,82	26	38,81
Técnico/Tecnólogo	3	6,67	1	4,54	4	5,97
Pregrado	16	35,55	9	40,91	25	37,31
Posgrado	2	4,44	0	0	2	2,98
Tabaquismo						
Exfumadores	10	45,45	10	22,22	20	29,85
3-7 cigarrillos/día	2	9,09	0	0	2	2,98
9-15 cigarrillos/día	0	0	1	2,22	1	1,49
No consumen	33	73,33	11	24,44	44	65,67
Alcoholismo						
Consumidor habitual	26	57,77	13	59,09	39	58,20
1 vez/semana	9	20,00	7	31,81	16	23,88
1 o 2 veces/semana	17	37,77	3	13,63	20	29,85
2 veces/semana	1	2,22	2	9,09	3	4,47
4 veces/semana	0	0	1	4,54	1	1,49
No Consumen	18	40,00	9	40,90	27	40,29
Dieta inadecuada						
1 vez/mes	18	40,00	2	9,09	20	29,85
1 vez/semana	8	17,77	7	31,81	15	22,38
2 veces/semana	9	20,00	3	13,63	12	17,91
3 veces/semana	0	0	2	9,09	11	16,41
4 o más/semana	2	9,09	1	4,50	3	4,40
No consumen	8	17,77	7	31,81	15	22,38
Hipertensión arterial						
Sí	13	28,88	6	27,27	19	28,36
No	32	71,11	16	72,72	48	71,64
Diabetes						
Sí	6	13,33	3	13,63	9	13,43
No	39	86,66	19	86,36	58	86,56
Obesidad						
I	21	46,67	16	72,12	37	55,22
II	18	40,00	3	13,64	21	31,34
Sedentarismo						
Sí	22	32,84	45	67,16	67	100
No	0	0	0	0	0	0
Antecedentes familiares						
Sí	35	77,77	16	72,72	51	76,11
No	10	22,22	6	27,27	16	23,88

Recolección de datos

La recolección de datos fue manual y se empleó un instrumento de creación propia, dirigido al interrogatorio del paciente y la incorporación de las mediciones que se obtuvieron antes, durante y después de la prueba de esfuerzo.

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se expresaron como media aritmética, valores mínimos, máximos y variabilidad (desviación estándar). Además, se realizó un análisis del Coeficiente de correlación de Pearson entre las diferentes variables. En todos los casos, se estableció el nivel de significación en el 5% ($p < 0,05$) y los análisis fueron realizados en el programa Stata (*Data Analysis and Statistical Software*).

Consideraciones éticas

El diseño y desarrollo de la investigación fue realizada bajo las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki y la Resolución N° 008430 del Ministerio de Salud de Colombia..

RESULTADOS

Se estudiaron 67 individuos (45 mujeres y 22 hombres), con una edad media de $35,58 \pm 12,6$ años. Sus características basales se resumen en la **tabla 1**.

Se puede señalar (datos no tabulados) que no hubo diferencia significativa respecto al peso corpo-

ral entre hombres y mujeres ($95,3 \pm 20,6$ vs. $95,7 \pm 13,9$ kg), pero sí en la talla ($1,57 \pm 0,06$ vs. $1,69 \pm 0,06$ m) que fue superior en el sexo femenino, lo que hizo que el índice de masa corporal fuera mayor en los hombres ($38,6 \pm 8,07$ vs. $33,6 \pm 3,94$ kg/m²).

En la **tabla 2** se puede visualizar el comportamiento de algunas de las variables estudiadas (saturación periférica de oxígeno, presión arterial, disnea y fatiga) en relación con la prueba de esfuerzo y el género. Se registró la respuesta de la FC (**Tabla 3**) al inicio de la prueba, en ejercicio máximo y en los minutos 1, 3 y 5 de la recuperación, y se encontró que fue superior en las mujeres ($173,91 \pm 17,57$ vs. $168,9 \pm 22,1$). Además, se compararon los valores de esta variable en los pacientes con obesidad y presencia de más o menos de 4 factores de riesgo cardiovascular, y se encontró que la FC máxima alcanzada fue mucho mayor en pacientes con menos de 4 factores de riesgo en comparación con los que tenían 4 o más ($179,4 \pm 17,7$ vs. $167,1 \pm 18,6$).

En los gráficos de dispersión (**Figura**) se muestra el comportamiento de la FC máxima en relación con el peso, el índice de masa corporal y el sexo de los participantes; a lo que se agregó su correspondiente correlación de Pearson para un mejor análisis.

DISCUSIÓN

Dentro de los factores de riesgo cardiovascular des-

Tabla 2. Tensión arterial y saturación arterial de oxígeno antes y después de la prueba de esfuerzo.

Variable	Mujeres				Hombres			
	Media	DE	Mínimo	Máximo	Media	DE	Mínimo	Máximo
SatO ₂ (pre)	97,26	1,05	95	98	97,31	1,12	94	99
SatO ₂ (post)	95,57	1,77	90	98	91,31	1,57	92	98
PAS (pre)	120,44	13,89	97	160	125,18	13,80	100	160
PAS (post)	128,17	17,31	100	180	131,95	14,25	100	160
PAD (pre)	78,24	11,28	60	100	80,13	12,06	60	100
PAD (post)	79,35	11,26	60	100	83,50	6,49	75	100
Disnea (pre)	0,26	0,49	0	2	0,13	0,35	0	1
Disnea (post)	7,42	2,60	0	10	8,31	1,17	6	10
Fatiga (pre)	0,24	0,60	0	2	0,18	0,39	0	1
Fatiga (post)	7,66	2,27	1	10	8,36	1,43	6	10

DE, desviación estándar; PAD, presión arterial diastólica; PAS, presión arterial sistólica; SatO₂, saturación arterial periférica de oxígeno

Tabla 3. Frecuencia cardíaca pre, pos y en tiempos de recuperación en pacientes con obesidad.

Variable	Mujeres				Hombres			
	Media	DE	Mínimo	Máximo	Media	DE	Mínimo	Máximo
FC (pre)	98,88	21,35	70	140	90,77	12,95	66	110
FC (post)	173,91	17,57	133	199	168,95	22,16	117	199
FC 1 minuto	150,75	20,05	111	182	148,28	17,53	115	178
FC 3 minutos	131,31	15,22	105	165	127,23	16,16	95	160
FC 5 minutos	121,44	13,70	95	158	116,19	13,62	86	140
FC <4 FRC (pre)	94,07	14,69	70	140	93,25	17,18	66	110
FC <4 FRC (post)	179,46	17,75	133	199	178,7	19,43	141	199
FC >4 FRC (pre)	95,97	15,55	74	139	95,20	15,38	74	110
FC >4 FRC (post)	168	18,24	144	199	167,12	18,68	117	189

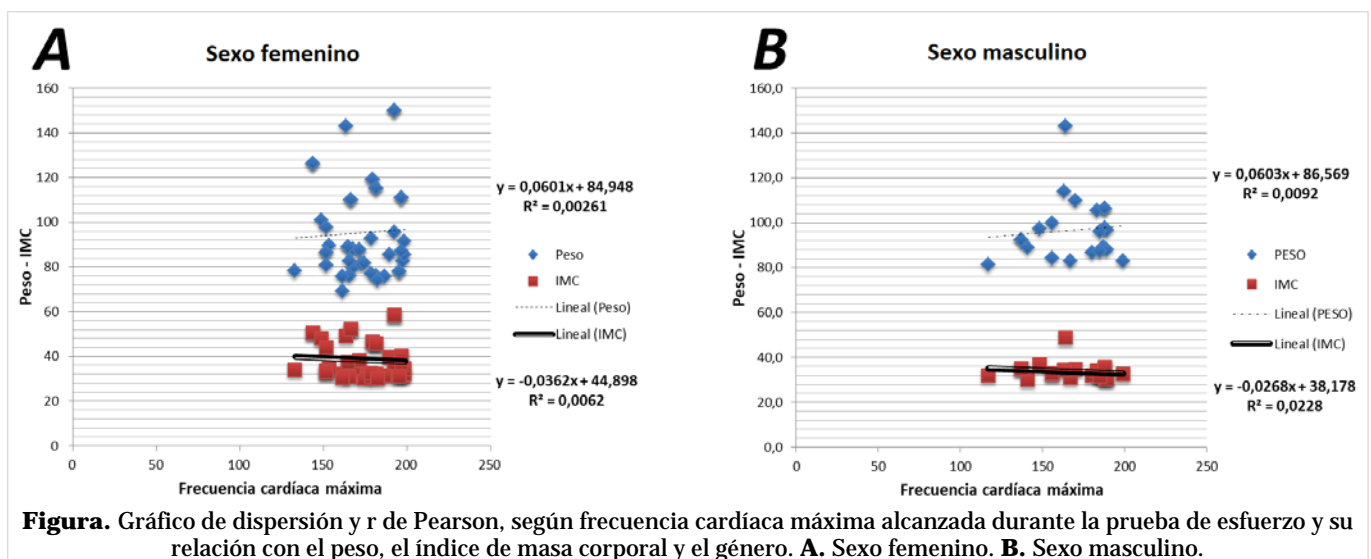
FC, frecuencia cardíaca; FRC, factores de riesgo cardiovascular; DE, desviación estándar.

taca la obesidad como uno de los principales factores asociados a múltiples enfermedades del sistema cardiovascular, tanto por presentar una relación directa con índices altos de colesterol LDL (lipoproteínas de baja densidad) y un alto porcentaje de riesgo coronario, diabetes mellitus e hipertensión arterial, que son variables directas que afectan la perfusión miocárdica y predisponen al paciente a padecer cualquiera de las manifestaciones de la cardiopatía isquémica, entre ellas el infarto de miocardio.

En este trabajo se muestran las respuestas cardiovasculares de los pacientes con obesidad a los que se les realizó una prueba de esfuerzo. Nuestros

resultados son similares a los encontrados por Guzmán *et al*²³, quienes estudiaron la capacidad cardiovascular de pacientes obesos mediante ergometría con el protocolo de Bruce y encontraron que la FC se eleva pero no acorde a los valores establecidos para la edad del paciente y el esfuerzo realizado. Destacan también, en este estudio, que un alto porcentaje de los pacientes fue incapaz de aumentar su FC por encima del 80% de la máxima estimada para su edad.

Asimismo, un estudio realizado por Urquiaga *et al*²⁴ demuestra que un déficit en la capacidad de elevar la FC sobre el 80% de la máxima teórica se relaciona directamente con riesgo de isquemia en el



estudio de perfusión miocárdica. Ahora bien, en la actualidad existe controversia para determinar la FC máxima y calcular su porcentaje alcanzado en una prueba de esfuerzo, ya que los métodos usados para obtener dicho resultado son las ecuaciones predictivas como 220 - edad, Tanaka, Karvonen, Cooper y Ellestad, entre 40 fórmulas más. Sin embargo, en múltiples investigaciones^{13,25-27} no se recomiendan para calcularla, ya que algunas de ellas sobreestiman la FC máxima teórica en aproximadamente más de 10 latidos por minuto. Además, en otros estudios de nuestro grupo de trabajo^{27,28}, con población obesa de ambos sexos, se compararon las ecuaciones predictivas con la prueba de esfuerzo máxima y se evidenció que dichas fórmulas difieren desde 2 hasta 18 latidos por minuto, en comparación con una prueba de esfuerzo máxima en este tipo de pacientes; lo cual ha sido también estudiado por Bouzas *et al*²⁹.

Por otra parte, la investigación de Marino *et al*³⁰, realizada en un grupo de mujeres con obesidad mórbida mediante un ergómetro adaptado a miembros superiores, al compararlo con uno de miembros inferiores, demostró que existen cambios en el aumento de la presión arterial sistólica durante la prueba, lo que tiene relación con el presente estudio donde se observan diferencias en las presiones arteriales sistólica y diastólica durante la prueba, aunque no fueron significativos desde el punto de vista estadístico respecto a parámetros, como la edad, el sexo y el nivel de actividad física.

No se encontraron estudios que demuestren los cambios en relación a la saturación de oxígeno antes, durante y después del desarrollo de una prueba de esfuerzo en pacientes con obesidad; pero en nuestro estudio se demuestra que existe una disminución temprana en los niveles de perfusión tisular periesfuerzo, hipotéticamente causados por la obesidad y las alteraciones cardiovasculares consecuentes o sus comorbilidades. Además, al comparar la respuesta cardiovascular de los participantes obesos con otros estudios publicados^{28,30} sobre prueba de esfuerzo en pacientes aparentemente sanos con rangos de edad similares a los del presente estudio, se encontró que estos son muy inferiores a la respuesta cardiovascular encontrada en pacientes supuestamente sanos.

CONCLUSIONES

Se encontró una disminución de la respuesta car-

diovascular en relación con el esfuerzo esperado para la prueba de esfuerzo. A mayor número de factores de riesgo cardiovascular presentes, menor fue la frecuencia cardíaca máxima alcanzada. Se resalta que es muy importante realizar una evaluación inicial del paciente obeso que incluya sus antecedentes patológicos, examen físico completo, antropometría y medición de su capacidad aeróbica, flexibilidad y fuerza, para poder realizar la prescripción y el programa de ejercicio en la forma más individualizada y exacta posible.

LIMITACIONES

Tras la presente investigación se considera que para futuros estudios sería interesante incluir pruebas de ecocardiograma y analizar cada una de las comorbilidades presentes en la población con obesidad, que ineludiblemente juegan un papel fundamental en las manifestaciones cardiovasculares de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barroso Camiade C. La obesidad, un problema de salud pública. *Espacios Públicos*. 2012;33:200-15.
2. Moreno-Martínez FL. Obesidad y distribución regional de la grasa: viejos temas con nuevas reflexiones. *CorSalud* [Internet]. 2011 [citado 26 May 2019];3(1). Disponible en: <http://www.corsalud.sld.cu/sumario/2011/v3n1a11/distribucion.htm>
3. Malo-Serrano M, Castillo N, Pajita D. La obesidad en el mundo. *An Fac Med*. 2017;78(2):173-8.
4. Dávila-Torres J, González-Izquierdo JJ, Barrera-Cruz A. Panorama de la obesidad en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015;53(2):240-9.
5. James WPT, Jackson-Leach R, Ni Mhurchu C, Kalamara E, Shayeghi M, Rigby NJ, *et al*. Overweight and obesity (high body mass index). En: Ezzatti M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, eds. *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*. Vol. 1. Part: Other nutrition-related risk factors and physical inactivity. Geneva: WHO; 2004. p. 497-596. Disponible en: <https://www.who.int/publications/cra/chapter/volume1/0497-0596.pdf>
6. Warren TY, Barry V, Hooker SP, Sui X, Church TS, Blair SN. Sedentary behaviors increase risk of cardiovascular disease mortality in men. *Med Sci*

- Sports Exerc. 2010;42(5):879-85.
7. Williams MH. Nutrición para la salud, condición física y deporte. 7ª ed. México DF: McGraw-Hill; 2005.
 8. Elias MF, Goodell AL. Diet and exercise: blood pressure and cognition: to protect and serve. Hypertension. 2010;55(6):1296-8.
 9. Pollock ML, Wilmore JH. Exercise in health and disease: Evaluation and prescription for prevention and rehabilitation. 2ª ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990.
 10. Barbany JR. Adaptaciones Fisiológicas al entrenamiento. En: Barbany JR, ed. Fisiología del ejercicio físico y del entrenamiento. Barcelona: Editorial Paidotribo; 2002. p. 155-67.
 11. Yoshioka M, StPierre S, Richard D, Labrie A, Tremblay A. Effect of exercise intensity on post-exercise energy metabolism (A375). FASEB J. 1996;10(3):2171.
 12. Janiszewski PM, Ross R. The utility of physical activity in the management of global cardiometabolic risk. Obesity (Silver Spring). 2009;17(Suppl 3):S3-S14.
 13. Slentz CA, Duscha BD, Johnson JL, Ketchum K, Aiken LB, Samsa GP, et al. Effects of the amount of exercise on body weight, body composition, and measures of central obesity: STRRIDE – A randomized controlled study. Arch Intern Med. 2004;164(1):31-9.
 14. Ellestad M. Pruebas de Esfuerzo: Bases y aplicación clínica. En: Ellestad M, ed. Las pruebas de esfuerzo. Barcelona: Ediciones Consulta; 1988.
 15. Wasserman K, Hansen JE, Sue DY, Stringer WW, Whipp BJ. Principles of Exercise Testing and Interpretation: Including Pathophysiology and Clinical Applications. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
 16. Sosa V, De Llano J, Lozano JA, Oliver A, García Alarcón P. Rehabilitación cardíaca: Generalidades, indicaciones, contraindicaciones, protocolos. Monocardio. 1991;28:44-60.
 17. American Thoracic Society, American College of Chest Physicians. ATS/ACCP Statement on cardiopulmonary exercise testing. Am J Respir Crit Care Med. 2003;167(2):211-77.
 18. Piscatella J, Franklin BA. Take a load off your Heart: 109 things you can actually do to prevent, halt and reverse heart disease. Nueva York: Workman Publishing Company; 2003.
 19. Milani RV, Lavie CJ, Mehra MR. Cardiopulmonary exercise testing: how do we differentiate the cause of dyspnea? Circulation. 2004;110(4):e27-31.
 20. Nishime EO, Cole CR, Blackstone EH, Pashkow FJ, Lauer MS. Heart rate recovery and treadmill exercise score as predictors of mortality in patients referred for exercise ECG. JAMA. 2000; 284(11):1392-8.
 21. Froelicher VF, Myers J. Exercise and the Heart. 5ª ed. Filadelfia: W.B. Saunders; 2006.
 22. Jakobsen MD, Sundstrup E, Persson R, Andersen CH, Andersen LL. Is Borg's perceived exertion scale a useful indicator of muscular and cardiovascular load in blue-collar workers with lifting tasks? A cross-sectional workplace study. Eur J Appl Physiol. 2014;114(2):425-34.
 23. Guzmán JA, Sánchez AO, Montez ML, Díaz S, Vázquez J, Pérez I. Capacidad cardiovascular en pacientes obesos. Rev Mex Med Fis Rehab. 2001; 13(4):109-12.
 24. Urquiaga J, Negron S, Gil M, Morales R, Cáceres M, Cabo R. Relación entre los parámetros de incompetencia cronotrópica y las imágenes de perfusión miocárdica mediante tomografía computada por emisión de fotón simple (SPECT). Rev Peru Cardiol. 2007;33(3):148-63.
 25. Miragaya MA, Magri OF. Ecuación más conveniente para predecir frecuencia cardíaca máxima esperada en esfuerzo. Insuf Card. 2016;11(2):56-61.
 26. Cruz-Martínez LE, Rojas-Valencia JT, Correa-Mesa JF, Correa-Morales JC. Maximum Heart Rate during exercise: Reliability of the 220-age and Tanaka formulas in healthy young people at a moderate elevation. Rev Fac Med. 2014;62(4):579-85.
 27. Pereira-Rodríguez J, Boada-Morales L, Jaimes-Martin T, Melo-Ascanio J, Niño-Serrato D, Rincón-González G. Predictive equations for maximum heart rate. Myth or reality. Rev Mex Cardiol. 2016; 27(4):156-65.
 28. Pereira Rodríguez JE, Boada Morales L, Niño Rios IM, Cañizares Pérez YA, Quintero Gómez JC. Frecuencia cardíaca máxima mediante 220 menos edad versus prueba de esfuerzo con protocolo de Bruce. Mov Científico. 2017;11(1):15-22.
 29. Bouzas JC, Delgado M, Benito PJ. Precisión de las ecuaciones para estimar la frecuencia cardíaca máxima en cicloergómetro. Arch Med Deporte. 2013;30(1):14-20.
 30. Marino FM, Vidal R, Parada LF, do Valle JC, Fares R, Ivar JR, et al. Respuestas cardiovasculares de mujeres con obesidad mórbida sometidas a un test ergoespirométrico con ergómetro de brazo. Rev Colomb Cardiol. 2017;24(5):532-6.

ANEXO

Prueba de esfuerzo

Es uno de los registros no invasivos más importantes en la exploración del corazón mediante una muestra cardio-respiratoria¹⁴, primordialmente por tres aspectos: diagnóstico de cardiopatía isquémica, determinación de la capacidad funcional¹⁵ y percepción de la disnea y fatiga a un esfuerzo máximo. Para todos estos hallazgos existen dos tipos de pruebas: la prueba de esfuerzo convencional y la no convencional¹⁴. Además, existe una variedad de protocolos en los cuales se encuentran: Bruce, Bruce modificado, Naughton, Balke y Sheffield, entre otros. Cabe destacar, que los protocolos de Bruce son mejores para el diagnóstico de isquemia y son los más utilizados en las pruebas de esfuerzo convencionales¹⁶; en cambio, los protocolos restantes no son tan efectivos para el diagnóstico de esta enfermedad, pero tienen una mejor valoración para la capacidad funcional en determinados casos¹⁵. A su vez, dichos protocolos varían según las características de la población de estudio.

Metodología

El protocolo de Bruce consiste en aumentar la inclinación y la velocidad cada tres minutos. Los períodos de tiempo en que la velocidad y la pendiente permanecen constantes se denominan estadios y la duración del ejercicio, con el protocolo de Bruce, para una persona normal es de 8-12 minutos aproximadamente^{17,18}; lo que puede variar según las características del paciente que podrían generar tiempos inferiores o superiores a los mencionados.

En las pruebas de esfuerzo es necesario el control y monitorización de los signos vitales antes, durante y después de su realización; por lo cual es necesario tener registros de estas medidas en cada estadio, además de percibir el grado de cansancio y disnea del paciente durante la prueba. Por supuesto, si por cualquier motivo desea interrumpirla, hay que respetar su decisión¹⁹. De otro modo, la prueba se detendrá cuando el paciente: a) alcance un nivel de esfuerzo suficiente para el diagnóstico, que es la FC submáxima (85% de la FC máxima teórica), b) se

encuentre agotado y refiera no poder más, o c) cuando aparezcan alteraciones clínicas (angina, comportamiento anormal de la tensión arterial) o electrocardiográficas relevantes²⁰. Esta última posibilidad puede ser suficiente para diagnóstico; pero en caso de que la prueba de esfuerzo se detenga por cansancio, antes de alcanzar la FC submáxima, la fiabilidad diagnóstica no es tan objetiva y se hablaría de prueba no concluyente¹⁷.

Equipos e implementos

Los dispositivos más utilizados para estas pruebas son la bicicleta ergométrica y el tapiz rodante o cinta sin fin¹⁴, cada uno con sus ventajas y desventajas ya sea por el modo de uso o por el espacio. La bicicleta ergométrica ocupa menos espacio, no es ruidosa, pero necesita una mayor colaboración del paciente, ya que no todos están familiarizados con una bicicleta; por otro lado; la cinta sin fin, requiere de menor colaboración por parte del paciente y se puede alcanzar más fácilmente la FC submáxima, pero requiere de mayor espacio²¹. Además, ambos dispositivos requieren de los respectivos implementos para controlar y monitorizar los signos vitales.

Contraindicaciones e indicaciones

De forma general, estas pruebas estarán contraindicadas en pacientes convalecientes de un infarto agudo de miocardio en los últimos 5-7 días, arritmias cardíacas graves, pericarditis aguda, endocarditis infecciosa, estenosis aórtica grave, embolia o infarto pulmonar agudo, angina inestable e incapacidad física limitante²²; aunque algunas son contraindicaciones relativas, como en las enfermedades valvulares y la isquemia miocárdica. Por el contrario, estarán indicadas principalmente en enfermos sintomáticos y asintomáticos para el diagnóstico y evaluación de cardiopatía isquémica y arritmias cardíacas, así como para estratificar riesgo, valorar la capacidad funcional, inclusión en programas de rehabilitación cardíaca; y en personas sanas, también para estratificar riesgo, iniciar programas de entrenamiento físico y práctica deportista, y en atletas de alto rendimiento^{18,22}.

Cardiovascular responses of obese patients to exercise stress test

Javier E. Pereira-Rodríguez¹✉ , MD, MSc; Devi G. Peñaranda-Florez² , MSc; Ricardo Pereira-Rodríguez³ , MD; Pedro Pereira-Rodríguez⁴ , MD; Karla-Noelly Santamaría-Pérez⁵, Pht; and Oscar A. Sánchez-Cajero⁵, Pht

¹ Department of Physiotherapy and Cardiopulmonary Rehabilitation, *Universidad Tolteca*. Puebla, México.

² Department of Physiotherapy and Neurorehabilitation, Private Office. Puebla, México.

³ Department of Emergency and Critical Patient Care, *FUCS - Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud*. Bogotá, Colombia.

⁴ Intensive Care Unit, *Universidad Rafael Núñez*. Cúcuta, Colombia.

⁵ Department of Physiotherapy and Rehabilitation, *Instituto Profesional de Terapias y Humanidades*. Puebla, México.

Este artículo también está disponible en español

ARTICLE INFORMATION

Received: May 31, 2019

Accepted: July 8, 2019

Competing interests

The author declares no competing interests

Abbreviation

HR: heart rate

ABSTRACT

Introduction: Obesity is a multisystemic disease and a coronary risk factor that is frequently associated with others, such as high blood pressure, diabetes and dyslipidemia. These all increase the risk of heart disease.

Objective: We aimed to determine the cardiovascular response of obese patients during a stress test.

Methods: An observational, descriptive and cross-sectional study was conducted with 67 obese participants (45 women and 22 men) aged 35±12.6 years on average. To develop our research, we analyzed anthropometric variables and vital signs. The Borg scale, a cardiovascular risk factor interview and a Bruce treadmill stress test protocol were also applied.

Results: The main cardiovascular risk factors found were sedentary lifestyle (100%) and family history of disease (76%). An average maximum heart rate of 172.82±18.81 beats per minute was obtained, which was higher in women (173.9±17.5 vs. 168.9±22.1). It was found to be higher in patients with less than four cardiovascular risk factors (179.4±17.7 vs. 167.1±18.6) when associated with cardiovascular risk factors.

Conclusions: A decrease in cardiovascular response was found in relation to the expected test effort. The greater the number of cardiovascular risk factors, the lower the maximum heart rate achieved.

Keywords: Obesity, Exercise stress test, Exercise, Heart rate, Risk factors, Cardiology

Respuestas cardiovasculares de pacientes con obesidad en la prueba de esfuerzo

RESUMEN

Introducción: La obesidad es una enfermedad multisistémica que constituye un factor de riesgo coronario y se asocia frecuentemente a otros, como la hipertensión arterial, la diabetes y la dislipidemia, todo lo cual aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular.

Objetivo: Determinar la respuesta cardiovascular de los pacientes con obesidad durante una prueba de esfuerzo.

Método: Estudio observacional, descriptivo y transversal con 67 participantes

✉ JE Pereira Rodríguez

Av. 22 Ote 2408, Xonaca
72280 Puebla. Puebla, México.

E-mail address: jepr87@hotmail.com

Contribución de los autores

JEPR: Proposal and sample of results to patients, idea and design of the research; obtaining, analyzing and interpreting the data, as well as writing the manuscript. DGPF: Idea and design of the research; obtaining, analyzing and interpreting the data, as well as writing the manuscript. RPR y PPR: Idea of the research, analyzing and interpreting the data. KNSP y OASC: Obtaining the primary data and helping in writing the manuscript. All authors critically reviewed the manuscript and approved the final version.

obesos (45 mujeres y 22 hombres), con promedio de edad de $35 \pm 12,6$ años. Para el desarrollo de esta investigación se obtuvieron variables antropométricas, signos vitales, escala de Borg, cuestionario para factores de riesgo cardiovascular, y se realizó una prueba de esfuerzo en tapiz rodante con protocolo de Bruce.

Resultados: Los principales factores de riesgo cardiovascular encontrados fueron el sedentarismo (100%) y los antecedentes patológicos familiares (76%). Se obtuvo una frecuencia cardíaca máxima promedio de $172,82 \pm 18,81$ latidos por minuto, que fue superior en las mujeres ($173,9 \pm 17,5$ vs. $168,9 \pm 22,1$) y al asociarla con los factores de riesgo cardiovascular se encontró que fue mayor en los pacientes con menos de 4 factores de este tipo ($179,4 \pm 17,7$ vs. $167,1 \pm 18,6$).

Conclusiones: Se encontró una disminución de la respuesta cardiovascular en relación con el esfuerzo esperado para la prueba de esfuerzo. A mayor número de factores de riesgo cardiovascular presentes, menor fue la frecuencia cardíaca máxima alcanzada.

Palabras clave: Obesidad, Prueba de esfuerzo, Ejercicio físico, Frecuencia cardíaca, Factores de riesgo, Cardiología

INTRODUCTION

One of the biggest problems of public health nowadays is obesity, which is known as an imbalance between the amount of calories ingested through foods rich in fats and sugars, and reduced physical activity¹. Moreno-Martínez² defines it as the excess of adipose tissue that is caused by the progressive accumulation of fat in the reservoirs, due to an imbalance of caloric homeostasis, where the ingest exceeds the energy expenditure. According to the World Health Organization (WHO), obesity has doubled worldwide since 1980 and in 2014, more than 1900 million adults over 18 years old suffer from overweight or obesity³⁻⁵.

Likewise, obesity is linked to other diseases such as: diabetes mellitus, high blood pressure, dyslipidemia, hyperinsulinemia, stroke and cardiovascular disease, among others⁵, which are the leading cause of morbidity in the elderly^{5,6}. The main damage that generates this disease in function, structure and capacity of the heart, is shown in the following **box**¹⁻⁶.

Given this situation, multiple alternatives have been created to prevent and, above all, control obesity; among them, physical exercise, which plays a very important and vital role for the treatment and control of this disease⁷. That is why the planned physical exercise must have certain characteristics such as: intensity, duration, structure and specific individualization, which is what makes physical activity different, in addition to having a clear objective to achieve positive health effects in overweight or obese patients⁸, where moderate exercise is 50-75% of the volume (consumption) maximum oxygen

(VO₂ max) or maximum⁹ heart rate (HR).

Performing physical activity regularly has several advantages: prevents the reduction of the basal metabolic rate together with a diet, reduces the associated risk factors, protects lean body mass, decreases anxiety and depression, and improves body composition¹⁰. It is important to highlight that, at the beginning of the exercise, the lipolysis increases rapidly in almost three times, thus, increasing the availability of free fatty acids¹¹; this is one of the reasons why there are multiple metabolic adaptations that can be advantageous for the treatment of obesity, including the increased oxidative potential of fats^{12,13}, which generates obtaining metabolic energy (adenosine triphosphate-ATP) during physical exercise, and – therefore –, the loss of body weight.

However, for obtaining these results, it is necessary to know the cardiovascular state of patients with obesity, hence, the importance of the exercise stress tests in such patients, which are indispensable for prescribing exercise adequately, ensure training of moderate intensity and for being able to obtain the mentioned benefits. For these reasons, the main objective of this research has been to determine the cardiovascular response of obese patients during an exercise stress test.

METHOD

An observational, descriptive and cross-sectional study was carried out, which quantified cardiovascular risk factors, anthropometry, and cardiovascular response before, during and after the exercise

stress test in obese participants from the city of Cúcuta, Colombia.

Sample

An intentional sample of 67 participants (45 women

and 22 men) who met the eligibility criteria was selected:

1. To be older than 18 years old.
2. To have a body mass index higher than 30, weighing more than 65 kg.
3. To sign an informed consent endorsed by the ethics committee of the institution.

Box. Cardiovascular effects of obesity¹⁻⁷.

Functional alterations
Impaired LV diastolic filling/relaxation
Weakness of the heart for ventricular contraction
Decreased muscle contractility
Abnormal radial LV distortion
Low myocardial resistance
Reduced tricuspid annular velocity
Abnormal tension of the right atrium
Abnormal left atrial distortion
Dromotropic disorders
Diastolic reduction in mitral annular velocity
Hemodynamic alterations
Increase in total and central blood volume
Increased LV systolic volume
No change or mild increase in the heart rate
Increased preload and postload
Increased cardiac output
Increased oxygen consumption in the myocardium
Increased arteriovenous oxygen difference
Increased systolic and diastolic blood pressure
Increased cardiac work
Increased pulmonary artery wedge pressure
Decreased maximum velocity of LV contraction
Increased LV end diastolic pressure
Increased pressure in the right ventricle
Increased pulmonary artery pressure
Normal or increased pulmonary vascular resistance
Increased right atrial pressure
Morphological alterations
Increased left ventricular mass
Ventricular remodeling
LV chamber dilation
Eccentric LV hypertrophy
LV hypertrophy or concentric remodeling
Left atrial enlargement
Right ventricular hypertrophy
Right atrial enlargement
Excessive epicardial adipose tissue

LV, left ventricle

Patients who had pain in lower limbs with difficulty for walking, dyspnea and fatigue at rest, or both, previous cardiovascular disorders, history of cardiac surgery or myocardial infarction were excluded, as well as those who had medication with beta-blockers. The express statement of the patient to not wanting to continue the test was considered as a withdrawal criterion.

Procedure

In order to determine the morphologic and anthropometric variables, as well as the vital signs, there were used: a measuring rod (Adult Acrylic Halter Wall Kramer 2104), a measuring tape (Asámico de 150 cm 60"Gree) a weighing scales (Tezzio Digital Balance TB-30037) for electric bioimpedance, a portable pulse oximeter (Nellcor Puritan Bennett) and a manual tensiometer, with which the systolic and diastolic blood pressure was obtained, before, during and after 5 minutes of having finished the exercise test. In those same three times was obtained the heart rate in real time, through the Polar RS800CX Multisport system.

All participants underwent an exercise stress test on a treadmill, with the Bruce protocol, who were instructed that, in the 12 hours prior to the exercise stress test, they should avoid alcohol, caffeine, tobacco, vigorous exercise or the use of any type of drug or medication that could interfere with the maximum HR or physical performance during the test; it was also explained to them that they could have their morning meal.

The characteristics of the exercise stress tests, their methodology, indications and contraindications¹⁴⁻²¹ are shown in the **appendix**.

The subjective shortness of breath and the effort perceived by the patients were estimated according to the modified Borg scale²², which consists of ten items. The purpose of this tool in the area of health sciences is to evaluate adjustments in intensity and the workload.

Data collection

The data collection was done manually, and an in-

Table 1. Basal characteristics of the population.

Variables	Sex				Total (N=67)	
	Female (n=45)		Male (n=22)		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Age (years)						
Equal/younger than 30	13	28.88	11	50.00	24	35.82
Older than 30	32	71.11	11	50.00	43	64.17
Ethnicity						
White	15	33.33	11	50.00	26	38.8
Mestizo	29	64.44	9	40.9	38	56.71
Afro-Colombian	1	2.22	2	9.1	3	4.47
Education level						
Primary school	0	0	1	4.54	1	1.49
Secondary school	5	11.11	4	18.18	9	13.43
High school	19	42.22	7	31.82	26	38.81
Technician	3	6.67	1	4.54	4	5.97
Undergraduate	16	35.55	9	40.91	25	37.31
Postgraduate	2	4.44	0	0	2	2.98
Smoking						
Ex-smoker	10	45.45	10	22.22	20	29.85
3-7 cigarettes/day	2	9.09	0	0	2	2.98
9-15 cigarettes/day	0	0	1	2.22	1	1.49
Non smoker	33	73.33	11	24.44	44	65.67
Alcoholism						
Regular consumer	26	57.77	13	59.09	39	58.20
Once a week	9	20.00	7	31.81	16	23.88
Once or twice a week	17	37.77	3	13.63	20	29.85
Twice a week	1	2.22	2	9.09	3	4.47
Four a week	0	0	1	4.54	1	1.49
Non consumer	18	40.00	9	40.90	27	40.29
Inappropriate diet						
Once a month	18	40.00	2	9.09	20	29.85
Once a week	8	17.77	7	31.81	15	22.38
Twice a week	9	20.00	3	13.63	12	17.91
Three a week	0	0	2	9.09	11	16.41
Four or more a week	2	9.09	1	4.50	3	4.40
Non consumer	8	17.77	7	31.81	15	22.38
High blood pressure						
Yes	13	28.88	6	27.27	19	28.36
No	32	71.11	16	72.72	48	71.64
Diabetes						
Yes	6	13.33	3	13.63	9	13.43
No	39	86.66	19	86.36	58	86.56
Obesity						
I	21	46.67	16	72.12	37	55.22
II	18	40.00	3	13.64	21	31.34
Sedentary lifestyle						
Yes	22	32.84	45	67.16	67	100
No	0	0	0	0	0	0
Family history						
Yes	35	77.77	16	72.72	51	76.11
No	10	22.22	6	27.27	16	23.88

strument was used, self-created, aimed at doing the interrogation of patients and the incorporation of the measurements that were obtained before, during and after the exercise stress test.

Statistical analysis

Quantitative variables are expressed as arithmetic mean, minimum, maximum values and variability (standard deviation). Furthermore, an analysis of the Pearson's correlation coefficient between the different variables was carried out. In all cases, the level of significance was established at 5% ($p < 0.05$) and the analyses were performed in the Stata program (Data Analysis and Statistical Software).

Ethical considerations

The design and development of the research was carried out under the ethical considerations of the Declaration of Helsinki and Resolution No. 008430 of the Colombian Ministry of Health.

RESULTS

A total of 67 individuals (45 women and 22 men) were studied, with a mean age of 35.58 ± 12.6 years. Their basal features are summarized in **table 1**.

It may be noted (non tabulated data) that there was no significant difference compared to the body weight between men and women (95.3 ± 20.6 vs. 95.7

± 13.9 kg), but there were in height (1.57 ± 0.06 vs. 1.69 ± 0.06 m) which was higher in females, what made the body mass index higher in men (38.6 ± 8.07 vs. 33.6 ± 3.94 kg/m²).

In **table 2** is displayed the behavior of some of the studied variables (oxygen saturation, blood pressure, dyspnea and fatigue) in relation to the exercise stress test and gender. The response of the HF was registered (**Table 3**) at the start of the test, at peak exercise and during the minutes 1, 3 and 5 of the recovery, and it was higher in women (173.91 ± 17.57 vs. 168.9 ± 22.1). In addition, the values of this variable in patients with obesity and the presence of more or less four factors of cardiovascular risk were compared, resulting that the maximum HR reached was much higher in patients with less than four risk factors compared to those having four or more (179.4 ± 17.7 vs. 167.1 ± 18.6).

In the dispersion graphs (**Figure**) is displayed the behavior of maximum HR in relation to weight, body mass index and sex of the participants; to which its corresponding Pearson's correlation was added for a better analysis.

DISCUSSION

Among the cardiovascular risk factors, obesity stands out as one of the main factors associated with multiple diseases of the cardiovascular system, both

Table 2. Blood pressure and arterial oxygen saturation before and after the exercise stress test.

Variable	Women				Men			
	Average	SD	Minimum	Maximum	Average	SD	Minimum	Maximum
SatO ₂ (pre)	97.26	1.05	95	98	97.31	1.12	94	99
SatO ₂ (post)	95.57	1.77	90	98	91.31	1.57	92	98
SBP (pre)	120.44	13.89	97	160	125.18	13.80	100	160
SBP (post)	128.17	17.31	100	180	131.95	14.25	100	160
DBP (pre)	78.24	11.28	60	100	80.13	12.06	60	100
DBP (post)	79.35	11.26	60	100	83.50	6.49	75	100
Dyspnea (pre)	0.26	0.49	0	2	0.13	0.35	0	1
Dyspnea (post)	7.42	2.60	0	10	8.31	1.17	6	10
Fatigue (pre)	0.24	0.60	0	2	0.18	0.39	0	1
Fatigue (post)	7.66	2.27	1	10	8.36	1.43	6	10

DBP, diastolic blood pressure; SatO₂, peripheral arterial oxygen saturation; SBP, systolic blood pressure; SD, standard deviation

Table 3. Heart rate before, after and during recovery times in patients with obesity.

Variable	Women				Men			
	Average	SD	Minimum	Maximum	Average	SD	Minimum	Maximum
HR (pre)	98.88	21.35	70	140	90.77	12.95	66	110
HR (post)	173.91	17.57	133	199	168.95	22.16	117	199
HR 1 minute	150.75	20.05	111	182	148.28	17.53	115	178
HR 3 minutes	131.31	15.22	105	165	127.23	16.16	95	160
HR 5 minutes	121.44	13.70	95	158	116.19	13.62	86	140
HR <4 CRF (pre)	94.07	14.69	70	140	93.25	17.18	66	110
HR <4 CRF (post)	179.46	17.75	133	199	178.7	19.43	141	199
HR >4 CRF (pre)	95.97	15.55	74	139	95.20	15.38	74	110
HR >4 CRF (post)	168	18.24	144	199	167.12	18.68	117	189

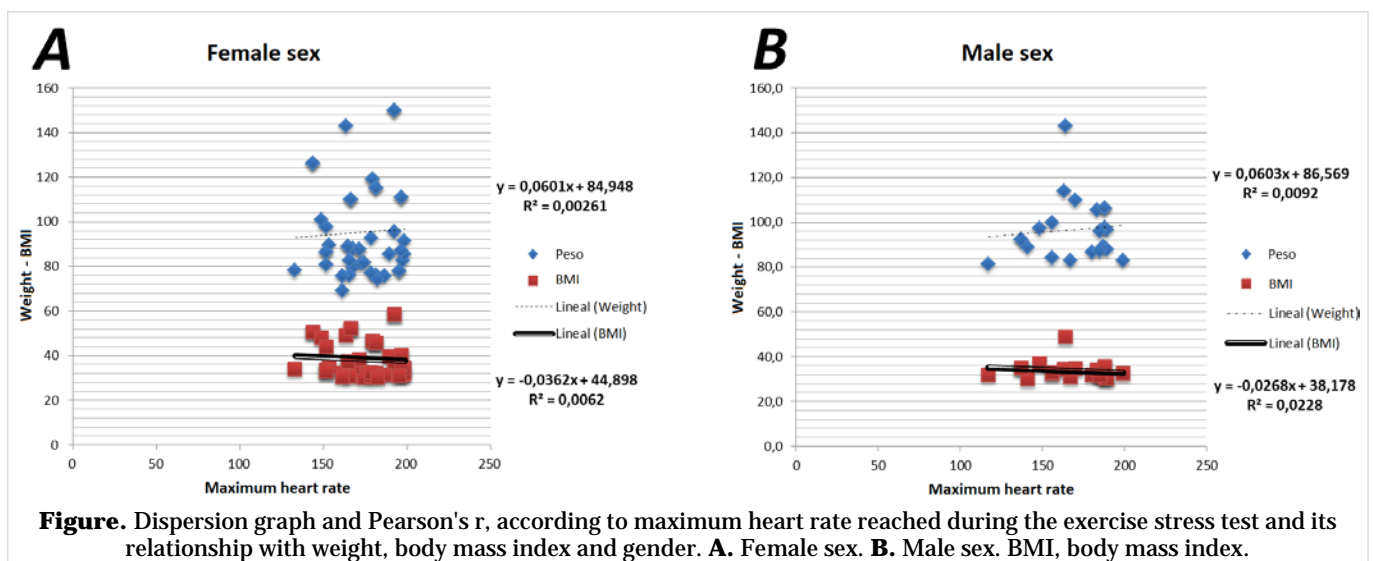
CRF; cardiovascular risk factors; HR, heart rate; SD, standard deviation.

because it has a direct relationship with high levels of LDL (low-density lipoproteins) cholesterol and a high percentage of coronary risk, diabetes mellitus and high blood pressure, which are direct variables that affect myocardial perfusion and predispose the patient to suffer any of the manifestations of ischemic heart disease, including myocardial infarction.

In this article are shown the cardiovascular responses of the obese patients that underwent an exercise stress test. Our results are similar to those found by Guzmán *et al*²³, who studied the cardiovascular capacity of obese patients using exercise stress testing with the Bruce protocol and found that

HR rises, but not in accordance with the values established for the patient's age and effort made. In this study is also noticeable that a high percentage of the patients were unable to increase their HR above 80% of the maximum estimated for their age.

Likewise, a study conducted by Urquiaga *et al*²⁴ shows that a deficit in the ability to raise HR above 80% of the theoretical maximum is directly related to the risk of ischemia in the myocardial perfusion study. However, nowadays, there is controversy to determine the maximum HR and calculate its percentage achieved in an exercise stress test, since the methods used to obtain this result are the



predictive equations such as 220 - age, Tanaka, Karvonen, Cooper and Ellestad, among 40 more formulas. Nonetheless, in multiple studies^{13,25-27} is not recommended to calculate it, since some of them overestimate the maximum theoretical HR in approximately 10 beats per minute. In addition, in other studies of our work group^{27, 28} with an obese population of both sexes, the predictive equations were compared with the maximal stress test and it was evidenced that these formulas differ from 2 to 18 beats per minute, compared to a maximal stress test in this type of patient; which has also been studied by Bouzas *et al*²⁹.

On the other hand, the research by Marino *et al*³⁰, carried out in a group of women with morbid obesity using an ergometer adapted to the upper limbs, when compared with one of the lower limbs, showed that there are changes in the increased systolic blood pressure during test, which is related to the present study, where differences in systolic and diastolic blood pressures are observed during the test, although they were not statistically significant with respect to parameters such as age, sex, and level of physical activity.

No studies were found that demonstrate changes in relation to oxygen saturation before, during and after the development of an exercise stress test in obese patients; however, our study shows that there is an early decrease in the levels of exertional tissue perfusion, hypothetically caused by obesity and the consequent cardiovascular alterations or their comorbidities. Also, when comparing the cardiovascular response of the obese participants with other studies published^{28,30} on exercise stress test in patients apparently healthy with similar age ranges to those of the present study, these were found to be much lower to the cardiovascular response found in patients supposedly healthy.

CONCLUSIONS

A decreased cardiovascular response was found in relation to the effort expected for the exercise stress test. The greater the number of cardiovascular risk factors, the lower the maximum heart rate achieved. It is very important to carry out an initial evaluation of the obese patient that includes the pathological history, complete physical examination, anthropometry and measurement of the aerobic capacity, flexibility and strength, for being able to carry out the prescription and the exercise program in the most

individualized and accurate way as possible.

LIMITATIONS

After the present research, it is considered that, for future studies, it would be interesting to include echocardiography tests and analyze each of the comorbidities present in the obese population, which inescapably play a core role in the cardiovascular manifestations of patients.

REFERENCES

1. Barroso Camiade C. La obesidad, un problema de salud pública. *Espacios Públicos*. 2012;33:200-15.
2. Moreno-Martínez FL. Obesidad y distribución regional de la grasa: viejos temas con nuevas reflexiones. *CorSalud* [Internet]. 2011 [cited 26 May 2019];3(1). Available at: <http://www.corsalud.sld.cu/sumario/2011/v3n1a11/distribucion.htm>
3. Malo-Serrano M, Castillo N, Pajita D. La obesidad en el mundo. *An Fac Med*. 2017;78(2):173-8.
4. Dávila-Torres J, González-Izquierdo JJ, Barrera-Cruz A. Panorama de la obesidad en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015;53(2):240-9.
5. James WPT, Jackson-Leach R, Ni Mhurchu C, Kalamara E, Shayeghi M, Rigby NJ, *et al*. Overweight and obesity (high body mass index). En: Ezzatti M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, eds. *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*. Vol. 1. Part: Other nutrition-related risk factors and physical inactivity. Geneva: WHO; 2004. p. 497-596. Available at: <https://www.who.int/publications/cra/chapter/s/volume1/0497-0596.pdf>
6. Warren TY, Barry V, Hooker SP, Sui X, Church TS, Blair SN. Sedentary behaviors increase risk of cardiovascular disease mortality in men. *Med Sci Sports Exerc*. 2010;42(5):879-85.
7. Williams MH. *Nutrición para la salud, condición física y deporte*. 7ª ed. México DF: McGraw-Hill; 2005.
8. Elias MF, Goodell AL. Diet and exercise: blood pressure and cognition: to protect and serve. *Hypertension*. 2010;55(6):1296-8.
9. Pollock ML, Wilmore JH. *Exercise in health and disease: Evaluation and prescription for prevention and rehabilitation*. 2ª ed. Philadelphia: W.B.

- Saunders; 1990.
10. Barbany JR. Adaptaciones Fisiológicas al entrenamiento. En: Barbany JR, ed. Fisiología del ejercicio físico y del entrenamiento. Barcelona: Editorial Paidotribo; 2002. p. 155-67.
 11. Yoshioka M, StPierre S, Richard D, Labrie A, Tremblay A. Effect of exercise intensity on post-exercise energy metabolism (A375). FASEB J. 1996;10(3):2171.
 12. Janiszewski PM, Ross R. The utility of physical activity in the management of global cardiometabolic risk. Obesity (Silver Spring). 2009;17(Suppl 3):S3-S14.
 13. Slentz CA, Duscha BD, Johnson JL, Ketchum K, Aiken LB, Samsa GP, et al. Effects of the amount of exercise on body weight, body composition, and measures of central obesity: STRRIDE – A randomized controlled study. Arch Intern Med. 2004;164(1):31-9.
 14. Ellestad M. Pruebas de Esfuerzo: Bases y aplicación clínica. En: Ellestad M, ed. Las pruebas de esfuerzo. Barcelona: Ediciones Consulta; 1988.
 15. Wasserman K, Hansen JE, Sue DY, Stringer WW, Whipp BJ. Principles of Exercise Testing and Interpretation: Including Pathophysiology and Clinical Applications. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
 16. Sosa V, De Llano J, Lozano JA, Oliver A, García Alarcón P. Rehabilitación cardíaca: Generalidades, indicaciones, contraindicaciones, protocolos. Monocardio. 1991;28:44-60.
 17. American Thoracic Society, American College of Chest Physicians. ATS/ACCP Statement on cardiopulmonary exercise testing. Am J Respir Crit Care Med. 2003;167(2):211-77.
 18. Piscatella J, Franklin BA. Take a load off your Heart: 109 things you can actually do to prevent, halt and reverse heart disease. Nueva York: Workman Publishing Company; 2003.
 19. Milani RV, Lavie CJ, Mehra MR. Cardiopulmonary exercise testing: how do we differentiate the cause of dyspnea? Circulation. 2004;110(4):e27-31.
 20. Nishime EO, Cole CR, Blackstone EH, Pashkow FJ, Lauer MS. Heart rate recovery and treadmill exercise score as predictors of mortality in patients referred for exercise ECG. JAMA. 2000; 284(11):1392-8.
 21. Froelicher VF, Myers J. Exercise and the Heart. 5ª ed. Filadelfia: W.B. Saunders; 2006.
 22. Jakobsen MD, Sundstrup E, Persson R, Andersen CH, Andersen LL. Is Borg's perceived exertion scale a useful indicator of muscular and cardiovascular load in blue-collar workers with lifting tasks? A cross-sectional workplace study. Eur J Appl Physiol. 2014;114(2):425-34.
 23. Guzmán JA, Sánchez AO, Montez ML, Díaz S, Vázquez J, Pérez I. Capacidad cardiovascular en pacientes obesos. Rev Mex Med Fis Rehab. 2001; 13(4):109-12.
 24. Urquiaga J, Negron S, Gil M, Morales R, Cáceres M, Cabo R. Relación entre los parámetros de incompetencia cronotrópica y las imágenes de perfusión miocárdica mediante tomografía computada por emisión de fotón simple (SPECT). Rev Peru Cardiol. 2007;33(3):148-63.
 25. Miragaya MA, Magri OF. Ecuación más conveniente para predecir frecuencia cardíaca máxima esperada en esfuerzo. Insuf Card. 2016;11(2):56-61.
 26. Cruz-Martínez LE, Rojas-Valencia JT, Correa-Mesa JF, Correa-Morales JC. Maximum Heart Rate during exercise: Reliability of the 220-age and Tanaka formulas in healthy young people at a moderate elevation. Rev Fac Med. 2014;62(4):579-85.
 27. Pereira-Rodríguez J, Boada-Morales L, Jaimes-Martin T, Melo-Ascanio J, Niño-Serrato D, Rincón-González G. Predictive equations for maximum heart rate. Myth or reality. Rev Mex Cardiol. 2016; 27(4):156-65.
 28. Pereira Rodríguez JE, Boada Morales L, Niño Rios IM, Cañizares Pérez YA, Quintero Gómez JC. Frecuencia cardíaca máxima mediante 220 menos edad versus prueba de esfuerzo con protocolo de Bruce. Mov Científico. 2017;11(1):15-22.
 29. Bouzas JC, Delgado M, Benito PJ. Precisión de las ecuaciones para estimar la frecuencia cardíaca máxima en cicloergómetro. Arch Med Deporte. 2013;30(1):14-20.
 30. Marino FM, Vidal R, Parada LF, do Valle JC, Fares R, Ivar JR, et al. Respuestas cardiovasculares de mujeres con obesidad mórbida sometidas a un test ergoespirométrico con ergómetro de brazo. Rev Colomb Cardiol. 2017;24(5):532-6.

APPENDIX

Exercise stress test

It is one of the most important non-invasive records

in the exploration of the heart using a cardio-respiratory sample¹⁴, primarily due to three aspects: diagnosis of ischemic heart disease, determination of

functional capacity¹⁵ and perception of dyspnea and fatigue at maximum effort. For all these findings, there are two types of tests: the conventional stress test and the unconventional¹⁴. In addition, there is a variety of protocols, among them: Bruce, modified Bruce, Naughton, Balke, and Sheffield, among others. It should be noted that the Bruce protocols are better for the diagnosis of ischemia and they are the most used in conventional exercise stress tests¹⁶; moreover, the remaining protocols are not as effective for the diagnosis of this disease, but they have a better evaluation for functional capacity in certain cases¹⁵. In turn, these protocols vary according to the characteristics of the study population.

Methodology

Bruce protocol consists in increasing the inclination and speed every three minutes. The periods of time in which the speed and slope remain constant are called stages, and the duration of the exercise with the Bruce protocol, for a normal person, is approximately 8-12 minutes^{17,18}; this may vary according to the characteristics of the patient that could generate times shorter or longer than those mentioned.

In exercise stress tests, it is necessary to control and monitor vital signs before, during and after its performance; therefore, it is necessary to have records of these measurements at each stage, in addition to perceiving the degree of fatigue and dyspnea of the patient during the test. Of course, if for any reason it should be interrupted, the decision must be respected¹⁹. Otherwise, the test will stop when the patient: a) reaches a sufficient level of effort for the diagnosis, which is the submaximal HR (85% of the theoretical maximum HR), b) is exhausted and refers that cannot continue, or c) when relevant clinical (angina, abnormal behavior of blood pressure) or electrocardiographic changes appear²⁰. This

last possibility may be enough for diagnosis; nevertheless, if the exercise stress test is stopped due to fatigue before reaching the submaximal HR, the diagnostic reliability is not as objective as it should be and it would be considered an inconclusive test¹⁷.

Equipment and implements

The most commonly used devices for these tests are the ergometric bicycle and the treadmill¹⁴, each with its advantages and disadvantages, either due to the mode of use or space. The ergometric bicycle takes up less space, it is not noisy, but it needs more collaboration from the patient, since not everyone is familiar with a bicycle; on the other hand, the treadmill requires less collaboration from the patient and submaximal HR can be achieved more easily, but requires more space²¹. In addition, both devices require the respective implements to control and monitor vital signs.

Contraindications and indications

In general, these tests will be contraindicated in patients convalescing from an acute myocardial infarction in the last 5-7 days, severe cardiac arrhythmias, acute pericarditis, infective endocarditis, severe aortic stenosis, acute pulmonary embolism or infarction, unstable angina and limiting physical disability²²; although some are relative contraindications, as in valve diseases and myocardial ischemia. On the contrary, they will be indicated mainly in symptomatic and asymptomatic patients for the diagnosis and evaluation of ischemic heart disease and cardiac arrhythmias, as well as for stratifying risk, assessing functional capacity, and inclusion in cardiac rehabilitation programs; in healthy people, also to stratify risk, start physical training programs and sports practice, as well as in high-performance athletes^{18,22}.