Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 172

Revista Española de Cardiología

7001-2. ESTUDIO COMPARATIVO DEL ENTRENAMIENTO INTERVÁLICO DE ALTA INTENSIDAD FRENTE AL ENTRENAMIENTO CONTINUO DE MODERADA INTENSIDAD EN LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Verónica Hernández Jiménez[1], Aranzazu García Romero[1], Patricia Martín Ortega[1], Aranzazu Núñez Cortes[1], Joaquín Szarvas Barbella[1], Lorena Ruiz Bautista[1], Jesús Saavedra Falero[2], Petra Sanz Mayordomo[1] y Koldo Villelabeitia Jaureguizar[1], del [1]Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro (Madrid) y [2]Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: El entrenamiento interválico de ata intensidad (EIAI) ha surgido como una nueva modalidad en los programas de rehabilitación cardiaca en pacientes con cardiopatía isquémica. Existe controversia sobre si está modalidad de entrenamiento es superior al entrenamiento continuo de moderada intensidad (ECMI). Quisimos analizar los efectos del EIAI en el programa de rehabilitación cardiaca en la función y estructura del corazón comparado con el ECMI en pacientes con cardiopatía isquémica.

Métodos: Un total de 52 años fueron incluidos en el programa de rehabilitación cardiaca y asignados de forma aleatoria al EIAI o al ECMI. Todos fueron estudiados con un ecocardiograma transtorácico y con una ergometría con gases antes y después de 24 sesiones de entrenamiento en cicloergómetro durante 2 meses.

Resultados: Ambos grupos no diferían en edad (EIAI: 60,4 años; ECMI: 57,6 años; p = 0,78), sexo (EIAI: 88,9% varones; ECMI: 80% de varones, p = 0,4), revascularización percutánea (EIAI: 92%, ECMI: 93%, p = 0,6) ni en la medicación prescrita. El tiempo de ejercicio se incrementó significativamente en ambos grupos (EIAI: 8,7 ± 0,3 a 10,1 ± 0,4 minutos; ECMI: 9,5 ± 0,5 a 10,4 ± 0,5 minutos). El consumo máximo de oxígeno (V02 max) se incrementó significativamente en ambos grupos (EIAI: 17,6 ± 0,7 a 21 ± 0,9 ml/kg/min; ECMI: 17,3 ± 1,5 a 21,6 ± 1,4 ml/kg/min). No hubo cambios en las dimensiones del ventrículo izquierdo (VI) ni en la fracción de eyección después del programa de rehabilitación. El diámetro de la aurícula izquierda disminuyó significativamente en ambos grupos. La función diastólica del VI mejoró significativamente solo en el grupo del EIAI así como la función sistólica del ventrículo derecho (VD) (tabla).

	EIAI preentrenamiento	EIAI posentrenamiento	ECMI preentrenamiento	ECMI posentrenamiento
AI (mm)	41,4 ± 3,6	40,2 ± 3,6[a]	42,5 ± 4,1	40,8 ± 4,9[a]
DDVI (mm)	49,7 ± 4,9	50,9 ± 5,6	49,9 ± 6,5	50,4 ± 6

DSVI (mm)	32,4 ± 5,4	32,8 ± 5,3	32,4 ± 5,4	32,9 ± 5,5
FEVI (%)	63,2 ± 8,6	63,9 ± 9,4	62,3 ± 11,5	62,9 ± 8,5
E/a	0,9 ± 0,2	1,1 ± 0,3[a]	0,99 ± 0,2	1,02 ± 0,3
TAPSE (mm)	21,7 ± 5	25,3 ± 4,1[a]	22,9 ± 4,8	24,9 ± 4,4
Sm VD (cm-1)	12,2 ± 1,9	13,5 ± 2,1[a]	11,6 ± 2,1	11,4 ± 2,2

[a]p 0,05;

Conclusiones: El EIAI y el ECMI son 2 modalidades de entrenamiento en los programas de rehabilitación cardiaca que incrementan la capacidad aeróbica pero el EIAI proporciona un beneficio adicional mejorando la función diastólica del VI y la función sistólica del VD en pacientes con cardiopatía isquémica.