Rev Esp Cardiol. 2019;72(Supl 1): 224

Revista Española de Cardiología

5014-5. DIFERENCIA EN LA GANANCIA DE LA CAPACIDAD AERÓBICA TRAS LA FASE II DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA ENTRE PACIENTES DIABÉTICOS Y NO DIABÉTICOS CON ENFERMEDAD CORONARIA

Nancy Giovanna Uribe Heredia[1], Ramón Arroyo Espliguero[2], Luis Guillermo Piccone Saponara[3], María C. Viana Llamas[2], Henar Álvaro Fernández[1], M. Esther Vallejo Sacristán[1], Belén García Magallón[2], Claudio Torán Martínez[2], Alicia Castillo Sandoval[2], M. Eulalia Jiménez Martínez[2], Miguel Ángel San Martín Gómez[2], Jaime Manuel Benítez Peyrat[2], César Rainer Solórzano Guillén[2], José Luis García González[2] y Javier Balaguer Recena[1], de la [1]Unidad de Rehabilitación Cardiaca, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, [2]Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara y [3]Servicio de Nefrología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tienen una peor capacidad aeróbica además de un aumento del riesgo de mortalidad independientemente de la enfermedad coronaria, es muy probable que uno de los factores relacionados sea porque la respuesta cardiopulmonar se encuentra reducida por diversos mecanismos. Este estudio se ha desarrollado con la finalidad de evaluar si la mejora de la capacidad aeróbica tras la fase II de un programa de rehabilitación cardiaca (PRC) es similar a los pacientes no diabéticos.

Métodos: Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron un total de 166 pacientes de manera consecutiva sometidos a una ergoespirometría al inicio y final de la fase II de un PRC entre enero de 2017 y junio de 2018, incluidos a los 1-2 meses tras un SCA, con una duración de 8 semanas de entrenamiento físico. Los test se desarrollaron según las recomendaciones de la ATS/ACCP.

Resultados: Se evaluaron 166 pacientes. El 22,3% (n = 37) eran DM2. Edad media 57,1 ± 9,1 años, mujeres 13,9% (n = 23). La FEVI basal y el RER en pico de esfuerzo fueron similares en ambos grupos. Los DM2 iniciaron el PRC con peor consumo pico de O2 (VO2) (18,3 ml/kg/min frente a 22,3 ml/kg/min, p 0,001), al final de la fase II hubo mejoría significativa dentro del grupo de DM2 pero su ganancia al término de la fase II comparado con los no diabéticos fue mucho menor (+1,41 ml/kg/min frente a +2,39 ml/kg/min, p = 0,05), el PO2 en DM2 (12,0 ml/lat frente a 12,8 ml/lat, p = 0,02) mostró un aumento significativo, en el grupo no diabético también mejoró pero no de manera significativa (14,4 ml/lat frente a 14,9, p = 0,43), el V-*slope* basal en los no diabéticos sí mostró una tendencia a una mejora, al contrario del grupo DM2 donde la tendencia fue a empeorar (-0,61 frente a 1,18, p = 0,04) (tabla y figura). La DM2 es un factor independiente para un peor VO2 con una OR 1,16 (IC95% 1,11-1,25, p =0,04).

Comparativa de parámetros pre y posfase II del PRC según grupo

Parámetros	No diabéticos	Diabéticos

Pre-PRC	Post-PRC	p	Pre-PRC	Post-PRC	p	
VO2 (ml/kg/min)	22,3+5,9	24,7+6,6	0,001	18,3 + 4,4	19,8 + 5,5	0,002
Predicho VO2 (%)	83,7+17,5	92,4+18,7	0,001	72,1 +14,9	74,6 +19,1	0,33
PO2 máxima (ml/lat)	14,42+7,29	14,88+3,88	0,43	12,0 + 2,9	12,8 + 2,9	0,02
Predicho PO2 (%)	84,9+15,8	92,7+16,8	0,001	75,8 +13,8	81,6 + 15,7	0,004
V-*slope*	31,5+5,3	30,9+4,1	0,08	34,2 + 7,7	35,4 + 7,2	0,13

Conclusiones: En nuestro estudio, la DM2 es un factor independiente para obtener una menor mejoría de la capacidad aeróbica medida mediante ergometría con consumo de O2, aunque mejoró el PO2 no fue suficiente para observar un cambio importante en el VO2, además de mostrar una peor relación ventilación perfusión tras la fase II del PRC. Esto nos sugiere que existen otros factores periféricos que influyen en esta menor mejoría, factores que debemos determinar y desarrollar estrategias para actuar sobre ellas con el objetivo de mejorar su pronóstico.