



9. PERFIL CARDIOVASCULAR DE LAS MUJERES QUE PARTICIPAN EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA Y SU IMPACTO SOBRE SU CAPACIDAD FUNCIONAL

Inés Gómez Sánchez¹, Freddy Andrés Delgado Calva¹, Alexander Marschall¹, Elena Basabe Velasco¹, Belén Biscotti Rodil¹, Juan Duarte Torres¹, Carmen Dejuán Bitriá¹, Carmen Ramos Alejos Pita¹, Manuel Tapia Martínez¹, Marco D'amato¹, Vicente Peruyero Gil¹, Ana Cristina Molinos Laita¹, Jorge Fuertes Pereiro², Mariano Casanova Lopez² y Blanca Coto Morales¹

¹Cardiología. Hospital Central de la Defensa, Madrid, España y ²Rehabilitación. Hospital Central de la Defensa, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La utilidad de la rehabilitación cardiaca (RHC) para pacientes con un amplio espectro de enfermedades cardiovasculares está respaldada por un sólido cuerpo de evidencia científica, ha demostrado mejoría en la capacidad cardiopulmonar y resistencia física, así como reducción de la morbilidad y rehospitalización. A pesar de estos beneficios, es un recurso infrautilizado entre las mujeres. Nuestro objetivo fue estudiar las características clínicas de las mujeres incluidas en nuestro programa de RHC, así como la evolución de su capacidad funcional, en relación con los varones.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional, incluyendo pacientes consecutivos que habían participado en el programa de RHC de nuestro centro entre los años 2019 y 2022. Se evaluaron las características clínicas y la evolución de la capacidad funcional a lo largo del programa, según el sexo.

Resultados: Se incluyeron 175 pacientes que se subdividieron por sexo en dos grupos, 144 varones y 31 mujeres. La edad media fue ligeramente superior en el grupo de mujeres, sin alcanzar significancia estadística, y el índice de masa corporal fue similar en ambos grupos. En el 80% de los casos la cardiopatía isquémica fue el principal motivo de inclusión. Dentro del grupo de mujeres el 52% tenían hipertensión arterial ($p = 0,04$) y el 20% diabetes ($p = 0,09$), porcentajes ligeramente superiores a los varones; teniendo dislipemia un porcentaje similar en ambos grupos (tabla). Se puede observar que los MET iniciales en ergometría [7,6 (6,3-10,2) en el grupo de varones y 4,6 (4,4-6,9) en el de mujeres] y finales [10 (8,1-11,3) y 6,8 (5,6-7,6), respectivamente], fueron más altos en el grupo de varones; con un aumento significativo de los MET al final del programa de RHC en ambos grupos. No obstante, el incremento de MET en números absolutos fue similar tanto en varones como en mujeres.

Características clínicas basales

Características clínicas	N total (n = 175)	Varones (n = 144)	Mujeres (n = 31)	p
Edad, años	63 ± 11	62 ± 10	67 ± 13	0,06

Talla, cm	166 ± 9	168 ± 8	155 ± 7	0,001
Peso, Kg	81 ± 14	84 ± 14	68 ± 14	0,001
IMC, Kg/m ²	29 ± 4	29 ± 4	28 ± 4	0,28
Hipertensión arterial n (%)	67	70	52	0,04
Diabetes mellitus n (%)	33	36	20	0,09
Dislipemia n (%)	61	61	61	1
Tabaquismo n (%)				
Fumador	23	23	26	0,81
Exfumador	43	50	14	0,001
Alcohol n (%)	29	33	6	0,08
Interrupción n (%)	19	19	23	0,61
METs				
Inicio	7 (5,5-10)	7,6 (6,3-10,2)	4,6 (4,4-6,9)	
Final	9,9 (7,2-11,3)	10 (8,1-11,3)	6,8 (5,6-7,6)	
Incremento MET	1,8 (0,8-3)	1,8 (0,7-3,3)	1,7 (0,9-2,5)	0,86

Cm: centímetros; Kg: kilogramos; MET: *Metabolic equivalent of task*.

Conclusiones: Los factores de riesgo cardiovascular son más prevalentes entre los varones. Los programas de RHC demuestran una mejoría de la capacidad funcional (definida como mejora de los MET) tanto en varones como en mujeres, con un incremento en números absolutos de los MET similar en varones y mujeres. Es por ello que debemos incrementar nuestros esfuerzos para incluir más mujeres en los programas de RHC.