



4005-6. MEJORÍA FUNCIONAL TRAS REHABILITACIÓN CARDIACA Y DIFERENCIAS DE SEXO: ¿UNA OPORTUNIDAD PARA LA REHABILITACIÓN CARDIACA DESLOCALIZADA?

Alejandro Berenguel Senén¹, Juan I. Castillo Martín², María Lázaro Salvador¹, Joaquín Sánchez-Prieto Castillo¹, Manuel Gallango Brejano¹, Fernando López Sánchez¹, Manuel Abeytua Jiménez³ y Luis Rodríguez Padial¹, del ¹Hospital Universitario Virgen de la Salud, Toledo, ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid y ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El acceso de las mujeres a los programas de rehabilitación cardiaca (PRC) es un problema sin resolver. Las cargas familiares y domésticas son las principales barreras de acceso, sobre todo en áreas de gran dispersión geográfica. De hecho, las mujeres constituyen solo el 10-15% del total de pacientes en los PRC a pesar de presentar una incidencia y mortalidad similar a los varones a partir de ciertas edades. La estrategia puede pasar por acercar los PRC a las mujeres, mediante el diseño de programas domiciliarios o deslocalizados. Uno de los objetivos principales en los PRC es conseguir una mejoría funcional, en términos de mejoría del VO₂ pico, parámetro relacionado con la mortalidad cardiovascular. En el presente estudio analizamos las diferencias en cuanto a mejoría funcional tras RC entre ambos sexos, y comparando 2 estrategias de RC, una hospitalaria (RCH) y otra domiciliaria (RCD)

Métodos: Se incluyen 212 pacientes de nuestro PRC (89% varones, 57,6 años, 69,3% de riesgo intermedio o alto), de los cuales un 72,9% realizan una RCH clásica y el resto una RCD. A todos ellos se les realiza una ergoespirometría antes de la RC para diseñar los entrenamientos y después para evaluar resultados. Los objetivos analizados son: VO₂ pico (en ml/min/kg y en % del predicho), SCORE+ (escala de riesgo compuesta de 5 parámetros pronósticos: %VO₂ predicho, %VT1, VO₂/FC, VE/VCO₂ y %OUES predicho, y cuya puntuación oscila entre 0 para el menor riesgo posible y 5 para el máximo) y eficiencia muscular pico (EM). Se comparan ambos sexos estratificando por tipo de entrenamiento (RCH frente a RCD) y por riesgo clínico (bajo frente a medio-alto)

Resultados: Partiendo de una situación funcional basal similar, las mujeres mejoran de modo significativo más que los varones el VO₂ pico (% del predicho) tanto en RCH como en RCD. La mejoría es independiente del riesgo clínico, incluso en el subgrupo de bajo riesgo la diferencia es más abultada a favor de las mujeres (4,96 frente a 17,60%, p 0,01). También se consiguen descensos más significativos en mujeres del SCORE+ de riesgo mediante RCD. La EM es el único parámetro que mejora de modo similar en ambos sexos con RCD.

Modificaciones de la capacidad funcional tras rehabilitación cardiaca por sexo

Varones	Mujeres	p
---------	---------	---

	VO2 pico (% predicho)	86,8%	88,6%	ns
Situación basal	SCORE+	1,16	1,16	ns
	Eficiencia muscular	43,7%	33,5%	0,05
	Mejoría VO2 (ml/kg/min)	2,54	2,48	ns
	Mejoría VO2 (% predicho)	8,12%	15,35%	0,05
Hospitalario	Descenso score+	-0,30	-0,38	ns
	Mejoría eficiencia muscular (%)	13,70%	17,60%	0,05
	Mejoría VO2 (ml/kg/min)	0,89	1,33	ns
	Mejoría VO2 (% predicho)	3,33%	8,00%	0,05
Domiciliarios	Descenso SCORE+	-0,09	-0,8	0,05
	Mejoría eficiencia muscular (%)	9,59%	10,69%	ns
	Mejoría VO2 (ml/kg/min)	1,43	1,12	ns
	Mejoría VO2 (% predicho)	4,96%	17,60%	0,01
Riesgo bajo	Descenso SCORE+	-0,21	-0,56	ns
	Mejoría eficiencia muscular (%)	11,21%	15,36%	0,05
	Mejoría VO2 (ml/kg/min)	2,34	2,8	ns
Riesgo medio-alto	Mejoría VO2 (% predicho)	7,51%	12,50%	0,05
	Descenso SCORE+	-0,25	-0,4	ns

Mejoría eficiencia muscular (%)	13,13%	16,93%	0,05
------------------------------------	--------	--------	------

Conclusiones: La RCD se postula como una alternativa eficaz en mujeres, incluso más que en varones, e independiente del riesgo clínico, y puede convertirse en una estrategia que ayude a incrementar las tasas de participación de las mujeres en los PRC.