



Revista Española de Cardiología



4010-6. INFLUENCIA DEL SEXO EN LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Irene Juanes Domínguez, Lucas Tojal Sierra, Zuriñe Fernández Fernández de Leceta, Elene Sáez de Buruaga Corrales, Santiago García Mancebo, Marta Torres Fernández, Luis Miguel Pasalodos Heras, Sandra Etxebarria Martínez de la Hidalga, Ángel María Alonso Gómez y María Concepción Belló Mora, del Hospital Universitario Áraaba, Vitoria-Gasteiz (Álava).

Resumen

Introducción y objetivos: El efecto beneficioso de los programas de rehabilitación cardiaca (RC) en pacientes con cardiopatía isquémica (CI) está bien establecido y fundamenta la obligatoriedad de implantar esta estrategia en la práctica clínica. Sin embargo disponemos de pocos datos que indiquen si el beneficio en las mujeres es similar al obtenido en varones.

Métodos: Se han evaluado 1.091 pacientes de edad media 61 ± 10 años, incluidos en un programa de rehabilitación cardiaca (80% hospitalaria, 20% domiciliaria) que disponían de un estudio ecocardiográfico completo y una ergo-espirometría máxima con cuantificación del consumo de oxígeno (VO_2 max) antes y al finalizar la fase II de RHC.

Resultados: Las 189 (17,3%) mujeres tenían con respecto a los varones, una edad similar (62 ± 11 ; 61 ± 10), mayor fracción de eyección ecocardiográfica (55 ± 5 ; 53 ± 7 , $p < 0,001$), e igual porcentaje de programa domiciliario de RC (82; 81,5) y diagnóstico de SCA (73,5; 71,5%). Al final de la fase II, hubo diferencias significativas en la medicación de prevención secundaria en los inhibidores P2Y₁₂ (93; 98%, $p < 0,001$) e IECA/ARAII (67; 78%, $p = 0,017$). La tabla muestra los valores analíticos y parámetros de la ergoespirometría inicial en la fase II de RC. La proporción de abandonos del programa fue similar entre mujeres y varones (5,8; 3,2%), el porcentaje de mujeres con LDL-colesterol < 70 fue significativamente mayor (56,3; 39,6%, $p < 0,001$), y similar en el control presión arterial sistólica < 140 mmHg (82,6; 80,8%) y presión arterial diastólica < 90 mmHg (94,8; 94%). En la ergoespirometría tras el programa, las mujeres realizaron $9,3 \pm 2$ minutos de ejercicio con un VO_2 máximo de $17,9 \pm 5$ ml/kg/min lo que representa el $90 \pm 23\%$ de la capacidad funcional aeróbica predicha, valor significativamente más alto al que alcanzaron los varones ($85 \pm 22\%$, $p = 0,021$). No hubo diferencias en eventos clínicos.

Analítica y parámetros de la ergoespirometría inicial

	Mujeres	Varones	p
Glucosa (mg/dl)	101 ± 27	101 ± 19	ns

Glucohemoglobina HbA1c	6,1 ± 0,9	5,96 ± 0,7	0,044
Colesterol total (mg/dl)	144 ± 28	132 ± 26	< 0,001
Triglicéridos (mg/dl)	107 ± 89	107 ± 54	ns
HDL-colesterol (mg/dl)	47 ± 12	41 ± 11	< 0,001
LDL-colesterol (mg/dl)	77 ± 22	69 ± 20	< 0,001
Consumo máximo O2 (ml/kg/m)	16,7 ± 6	21,1 ± 6	< 0,001
% CFA predicha	85 ± 24	80 ± 21	0,007
% FC máxima teórica	79 ± 12	80 ± 21	ns
Duración prueba esfuerzo (min)	7,5 ± 2,5	9,4 ± 2,8	< 0,001
Prueba de esfuerzo clínica positiva (%)	1,6	2,3	ns
Prueba de esfuerzo eléctrica positiva (%)	4,9	11,1	0,012

CFA: capacidad funcional aeróbica; FC: frecuencia cardiaca.

Conclusiones: En esta larga serie de pacientes consecutivos, con cardiopatía isquémica, que realizaron un programa de rehabilitación cardiaca, mayoritariamente hospitalaria, se observó en las mujeres una menor utilización de fármacos en prevención secundaria. A pesar de lo cual los resultados de indicadores de calidad fueron iguales o superiores que los obtenidos por los varones.