

ARTÍCULO ORIGINAL

Enfoque de género en la rehabilitación cardíaca

Gender approach in cardiac rehabilitation

Foco do gênero na reabilitação cardíaca

Varinia Montero-Vega^{1*} , Rolando Carbonell-Riera¹ 

¹Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”. Guantánamo, Cuba.

*Autora para la correspondencia: vmontero@infomed.sld.cu

Recibido: 14 de junio de 2021
Aprobado: 14 de enero de 2022

RESUMEN

Introducción: la enfermedad cardiovascular en la mujer es subvalorada como problema de salud. Entre las opciones terapéuticas se encuentra la rehabilitación cardíaca que contribuye a la disminución de la morbimortalidad y la hospitalización en ambos géneros. **Objetivo:** evaluar el comportamiento inicial y los resultados de un programa de rehabilitación cardíaca en pacientes atendidos en el departamento de Rehabilitación Cardíaca del servicio de Cardiología del Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”, de Guantánamo, durante el período 2015-2019. **Método:** se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal. El universo lo constituyeron 667 pacientes incorporados al Programa de Rehabilitación Cardíaca. Se estudiaron los factores de riesgo, parámetros ergométricos dados por tiempo de ejercicio, frecuencia cardíaca, tensión arterial y la clase funcional. Se aplicó un programa de rehabilitación que

incluyó ejercicios físico-aeróbicos y de resistencia, se realizaron evaluaciones mediante pruebas ergométricas, y lípidos séricos al inicio y a los 6 meses. **Resultados:** existe un perfil de riesgo diferente entre ambos géneros, la obesidad es el factor de riesgo más prevalente en el género femenino (62,9 %) y el tabaquismo activo en el masculino (78,0 %). El mejoramiento de la capacidad física fue mayor en hombres que en mujeres. Se exponen los parámetros utilizados para mejorar la participación y adherencia de las mujeres al programa. **Conclusiones:** las mujeres cuentan con grandes barreras para la incorporación a los programas de rehabilitación cardíaca. Es necesario ofrecerles información sobre sus beneficios para mejorar el acceso y la permanencia en el programa.

Palabras clave: rehabilitación cardíaca; enfermedad cardiovascular; género



ABSTRACT

Introduction: cardiovascular disease in women is undervalued as a health problem. Among the therapeutic options is cardiac rehabilitation, which contributes to the reduction of morbidity and mortality and hospitalization in both genders.

Objective: to evaluate the initial behavior and the results of a cardiac rehabilitation program in patients attended in the Rehabilitación Cardíaca (Cardiac Rehabilitation) department of the Cardiology service of the Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”, from Guantánamo, during the period 2015-2019. **Method:** a descriptive, prospective and longitudinal study was carried out. The population was made up of 667 patients enrolled in the Cardiac Rehabilitation Program (CRP). Risk factors, ergometric parameters given by exercise time, heart rate, blood pressure, and functional class were studied. A rehabilitation program was applied that included physical-aerobic and resistance exercises, evaluations were carried out through ergometric tests, and serum lipids at the beginning and at 6 months. **Results:** there is a different risk profile between both genders; obesity is the most prevalent risk factor in females (62.9%) and active smoking in males (78.0%). The improvement in physical capacity was greater in men than in women. The parameters used to improve the participation and adherence of women to the program are exposed.

Conclusions: women have great barriers to the incorporation into cardiac rehabilitation programs. It is necessary to offer them information about their benefits to improve access and permanence in the program.

Keywords: cardiac rehabilitation; cardiovascular disease; gender

RESUMO

Introdução: a doença cardiovascular em mulheres é subvalorizada como um problema de saúde. Dentre as opções terapêuticas está a reabilitação cardíaca que contribui para a redução da morbimortalidade e hospitalização em ambos os sexos. **Objetivo:** avaliar o comportamento inicial e os resultados de um programa de reabilitação cardíaca em pacientes atendidos no setor de Reabilitação Cardíaca do serviço de Cardiologia do “Dr. Agostinho Neto”, de Guantánamo, no período 2015-2019. **Método:** estudo descritivo, prospectivo e longitudinal. O universo foi composto por 667 pacientes incorporados ao Programa de Reabilitação Cardíaca. Foram estudados fatores de risco, parâmetros ergométricos dados por tempo de exercício, frequência cardíaca, pressão arterial e classe funcional. Foi aplicado um programa de reabilitação que incluiu exercícios físico-aeróbicos e resistidos, foram realizadas avaliações por meio de testes ergométricos e lipídios séricos no início e aos 6 meses. **Resultados:** há um perfil de risco diferente entre ambos os sexos, a obesidade é o fator de risco mais prevalente no sexo feminino (62,9%) e o tabagismo ativo no sexo masculino (78,0%). A melhora na capacidade física foi maior nos homens do que nas mulheres. São expostos os parâmetros utilizados para melhorar a participação e adesão das mulheres ao programa. **Conclusões:** as mulheres têm grandes barreiras para a incorporação em programas de reabilitação cardíaca. É necessário oferecer a eles informações sobre seus benefícios para melhorar o acesso e a permanência no programa.

Palavras-chave: reabilitação cardíaca; doença cardiovascular; gênero sexual

Cómo citar este artículo:

Montero-Vega V, Carbonell-Riera R. Enfoque de género en la rehabilitación cardíaca. Rev Inf Cient [Internet]. 2022 [citado día mes año]; 101(1):e3560. Disponible en: <http://www.revinfscientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3560>



INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) se ubican entre las primeras causas de muerte en el mundo⁽¹⁾ y en Cuba.⁽²⁾ Se consideraban más prevalentes en el sexo masculino, pero las evidencias revelan que son un problema de salud mayoritario en la mujer.⁽³⁾ Más allá de las diferencias biológicas de acuerdo con el sexo, en la actualidad los estudios de investigadores cubanos^(4,5) y extranjeros^(6,7) respecto a la influencia de los roles y responsabilidades sociales en su epidemiología, significan la pertinencia social de su estudio desde el enfoque de género.

La sistematización teórica realizada posibilitó establecer que se revelan controversias respecto a la problemática de las ECV según el género, entre las que se citan las siguientes:^(8,9,10) se subvaloran como problema de salud que afecta a la mujer y los factores que determinan las demoras de sus demandas o limitan la calidad de la atención médica ante una afección cardíaca aguda, no se reconocen las diferencias en los síntomas clínicos y en el perfil de los factores de riesgo de ECV entre hombres y mujeres, no se presta suficiente vigilancia a la eficacia de determinadas intervenciones terapéuticas en ellas.

Entre las opciones para el manejo del paciente con ECV se dispone de la rehabilitación cardíaca (RHC)^(11,12,13) que contribuye a la disminución de la morbilidad, la mortalidad y la hospitalización por esta causa, en hombres y en mujeres.⁽¹¹⁾ Sin embargo, se reconocen diferencias en los resultados de la RHC de acuerdo con el género^(14,15), por lo que la Sociedad Interamericana y Sudamericana de RHC⁽¹⁶⁾, respectivamente, instan a fortalecer las acciones para asegurar la participación y la permanencia de las mujeres con ECV en programas dirigidos a este fin.

En tal sentido, en el Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” de Guantánamo, Cuba, no se encuentra un estudio que posibilite una reflexión sobre la influencia del género en los resultados de un Programa de Rehabilitación Cardíaca (PRC) en los pacientes atendidos. Por lo anterior, el objetivo de este artículo es evaluar el comportamiento inicial y los resultados de un programa de rehabilitación cardíaca en pacientes atendidos en el departamento de RHC del servicio de Cardiología del Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” durante el período 2015-2019.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal. Los procedimientos seguidos se realizaron con rigor ético, de acuerdo a los principios de la Declaración de Helsinki, respetando las individualidades.

El universo se conformó por los 667 pacientes, 194 mujeres y 473 hombres que asistieron a la consulta de rehabilitación cardíaca en el periodo comprendido de estudio (2015-2019) y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: pacientes de ambos géneros que asistieron al PRC durante el período 2015-2019, manteniendo una adherencia de al menos 6 meses.



Criterios de exclusión: pacientes con síndrome coronario agudo reciente, angina inestable aguda, valvulopatías graves, hipertensión arterial descompensada (TAS>190 mmHg y/o TAD>120 mmHg), enfermedad ortopédica o neurológica que impida la realización de ejercicios físicos, presencia de taquiarritmias no controladas, hipertensión pulmonar severa (presión sistólica de la arteria pulmonar \geq 60 mmHg), tromboembolismo pulmonar y tromboflebitis, miocardiopatía obstructiva o estenosis aórtica sintomáticas, insuficiencia cardíaca descompensada, existencia de lesión de tronco de coronaria izquierda, endocarditis infecciosa, disección aórtica aguda, diabetes descompensada, todo cuadro infeccioso agudo.

El PRC se circunscribió a la fase de convalecencia (II) e incluyó el control y la modificación de los factores de riesgo coronario, el entrenamiento físico, el tratamiento y la evaluación médico quirúrgica. Al ingreso al programa se realizó un primer contacto con el paciente acompañado preferentemente de un familiar, donde se explicaron los objetivos, metas y componentes, se indagó sobre las necesidades y perspectivas del paciente y su familia, contó de sesiones de entrenamiento grupal mixto supervisado, con una periodicidad de 3 a 5 veces por semana, con una duración mínima de 6 meses. Cada sesión tuvo etapas de estiramiento y calentamiento, ejercicios activos libres y de resistencia suave y de enfriamiento. El ejercicio de tipo aerobio fue progresivo, moderado al 70 % u 80 % de la frecuencia cardíaca máxima.

En la valoración inicial, se determinó el diagnóstico cardiovascular, la comorbilidad, peso corporal, factores de riesgo, sintomatología, se revisó o indicó la prueba de estrés para determinar la capacidad funcional calculada en equivalentes metabólicos (MET) según los criterios de la *New York Heart Association* (NYHA)⁽¹⁷⁾, y las variables ergométricas: tiempo de ejercicio (T. de ejercicio), frecuencia cardíaca máxima (FCM), tensión arterial sistólica (TAS), tensión arterial diastólica (TAD) y doble producto (DP), antes de iniciar y al sexto mes de aplicado el programa.

El test ergométrico se efectuó con estera rodante y se extendió hasta que los pacientes alcanzaran la frecuencia cardíaca máxima predicha o que aparecieran signos o síntomas que constituyeran criterios de suspensión. Los pacientes fueron evaluados cada mes.

Se efectuó una revisión bibliográfica sobre rehabilitación cardíaca y género, para analizar características y comportamiento de ambas variables.

La información de los pacientes objeto de estudio se obtuvo a través de la consulta de Rehabilitación Cardíaca, donde se evaluó la información pertinente, parámetros clínicos, humorales, y resultados de pruebas ergométricas. Se confeccionó ficha de vaciamiento donde se transcribió la información.

Los resultados se presentan en tablas y gráficos. Se realizó un análisis estadístico de contraste, para comparar los efectos de la rehabilitación en ambos géneros, en 2 momentos, al inicio y a los 6 meses del programa, se aplicaron pruebas de muestras relacionadas.

El procesamiento de los datos se realizó utilizando una base de datos en Microsoft Excel 2013 y mediante el paquete estadístico SPSS versión 21,0.



RESULTADOS

La Figura 1 muestra la incorporación al PRC de los pacientes según género durante cada año que comprendió el estudio.

Las féminas constituyeron el 29 % del total de incorporados durante el tiempo que comprendió el estudio.

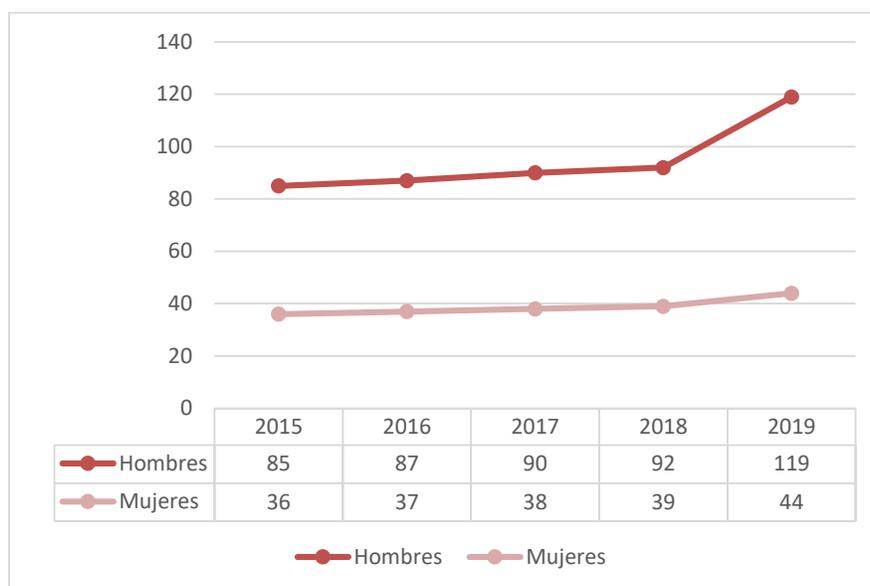


Fig. 1. Pacientes incorporados al PRC por años según género.

La presencia de los factores de riesgo al inicio del PRC expresada en porcentaje, se muestra en la Tabla 1. El tabaquismo ocupó el primer lugar (64,6 %), seguido de la dislipidemia (57,4 %). Se apreció un perfil de riesgo diferente entre ambos géneros, siendo la obesidad el factor de riesgo más prevalente en el femenino (62,9 %) y el tabaquismo activo en el masculino para un (78,0 %). El resto de los factores de riesgo presentaron una distribución similar.

Tabla 1. Factores de riesgo según género al inicio del PRC

| Factores de riesgo | Género | | | | Total | |
|-----------------------|----------|------|-----------|------|-------|------|
| | Femenino | | Masculino | | No. | % |
| | No. | % | No. | % | | |
| Hipertensión arterial | 106 | 54,6 | 265 | 56,0 | 371 | 55,6 |
| Obesidad y sobrepeso | 122 | 62,9 | 147 | 31,1 | 269 | 40,3 |
| Tabaquismo | 91 | 46,9 | 340 | 78,0 | 431 | 64,6 |
| Diabetes mellitus | 40 | 20,6 | 85 | 18,0 | 125 | 18,7 |
| Dislipoproteinemia | 90 | 46,4 | 293 | 61,9 | 383 | 57,4 |

La Tabla 2 muestra los valores promedio de las variables ergométricas al inicio y a los 6 meses de participación en el programa en todos los pacientes. Existió un comportamiento ascendente del T. de

ejercicio, FC máxima y DP en ambos géneros, y disminución de la tensión arterial al ejercicio, más notorios en el género masculino.

Tabla 2. Comportamiento de variables ergométricas según género al inicio y a los 6 meses de participación en el PRC

| Variables ergométricas | Género | | | |
|------------------------|-------------------------------|----------|-------------------------------|----------|
| | Femenino | | Masculino | |
| | Rehabilitación cardiovascular | | Rehabilitación cardiovascular | |
| | Antes | Después | Antes | Después |
| T. de ejercicios | 7,4 | 7,6 | 9,1 | 9,4 |
| FC máxima | 124,8 | 129,4 | 130,0 | 138,4 |
| TAS | 147,2 | 147,0 | 161,7 | 158,9 |
| TAD | 93,2 | 92,6 | 99,0 | 97,9 |
| D P | 18 559,7 | 19 198,4 | 212 243,3 | 22 069,7 |

Leyenda: T. de ejercicio: Tiempo de ejercicios (determinado en minutos), FCM: frecuencia cardiaca máxima (determinada en latidos por minuto), TAS: tensión arterial sistólica (medida en mmHg), TAD: tensión arterial diastólica (medida en mmHg), DP: doble producto (producto de la tensión arterial sistólica máxima y la FCM).

Las féminas iniciaron el entrenamiento con menor capacidad funcional que los pacientes masculinos (Ver Tabla 3), en CF I NYHA comenzó un 10,8 % de mujeres para un 48 % de hombres. En el género femenino se observó mayor decremento en la CF III NYHA que en el género masculino, prevaleciendo luego del PRC la CF II NYHA.

Tabla 3. Pacientes según clase funcional y género, antes y después de la participación en el Programa de Rehabilitación Cardíaca

| Clase funcional (NYHA) | Género | | | | | | | |
|------------------------|-------------------------------|------|---------|------|-------------------------------|------|---------|------|
| | Femenino | | | | Masculino | | | |
| | Rehabilitación cardiovascular | | | | Rehabilitación cardiovascular | | | |
| | Antes | | Después | | Antes | | Después | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| I | 21 | 10,8 | 57 | 29,4 | 227 | 48,0 | 304 | 64,3 |
| II | 105 | 54,1 | 90 | 46,4 | 194 | 41,0 | 141 | 29,8 |
| III | 69 | 35,6 | 47 | 24,2 | 52 | 11,0 | 28 | 5,9 |

DISCUSIÓN

En cuestión de género, las mujeres tienen rasgos y necesidades particulares más allá de las condiciones fisiológicas y psíquicas de su fenotipo relativo al sexo, existe un esquema histórico determinado de relaciones socioculturales que originan aspectos de menoscabo de calidad de vida de las mujeres, de los cuales depende su salud. El ser hombre o mujer obedecen a roles que define la sociedad y se diferencian en la calidad, no en la cantidad.

Desde la perspectiva de género existe una marcada diferencia en cuanto a la participación en el PRC, las mujeres están infrarrepresentadas en todos los años estudiados, comportándose de manera estable en



cada uno de ellos; del mismo modo ocurre en investigaciones internacionales, donde el género femenino constituye una pequeña proporción, aproximadamente el 30 % del total de pacientes en rehabilitación.^(14,15)

La cifra de pacientes femeninas que son remitidas a un PRC es muy inferior a la de pacientes masculinos. Los médicos solo envían un 32 % de las féminas con esta indicación.⁽¹⁶⁾ De las remitidas, un 36 % menos acude al programa, y de las que asisten, un 27 % menos lo completa.⁽¹⁶⁾

Existen predictores de no referencia a la RHC, entre los principales se encuentra el sexo femenino, acompañado de la edad avanzada, comorbilidades, sedentarismo, tabaquismo y síntomas depresivos⁽¹⁸⁾, estos últimos muy frecuentes en la mujer. Lo cual significa que ser hombre y joven, resulta referente importante para la participación en un PRC.

Al PRC del Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” de Guantánamo son enviados de manera automática y activa todos los pacientes que así lo requieran sin importar su género, aunque en muchos casos las mujeres no se incorporan, o si lo hacen no completan el programa, esto se debe a los múltiples roles que asumen en el ámbito sociolaboral, familiar y hogareño, que dificultan el cuidado de sí mismas, a lo que se añade un menor apoyo y calidad de vida en comparación con los hombres, y a la aparición de situaciones tales como el divorcio, la jubilación, problemas intrafamiliares, de horarios, fallecimiento de la pareja y enfermedades propias o de algún miembro de la familia, que fuerzan a las féminas a situar su vida y su salud en un segundo plano, con comportamientos inadecuados entre los que se encuentra la no incorporación y escasa adherencia al PRC.⁽¹⁹⁾

El promedio de edad de las pacientes incluidas en el estudio fue de 55,7 años, mujeres de mediana edad. Esto concuerda con investigaciones donde se considera la edad avanzada una barrera a la incorporación a los programas⁽²⁰⁾, unido a que la cardiopatía isquémica (principal causa de ingreso al PRC del Hospital General Docente “Agostinho Neto” en ambos géneros) aparece más tardíamente en las mujeres, aproximadamente diez años después que en los hombres, y ellas no acuden al médico hasta que los síntomas son muy intensos o limitantes, ya que se consideran imprescindibles en las labores del hogar y en su rol de cuidadoras, razón por la cual reciben asistencia cardiológica más tardíamente que los hombres. La edad avanzada se asocia en muchos casos a limitaciones osteomusculares y otras comorbilidades que fácilmente generan ausentismo en las pacientes y abandono de los programas.

Los factores de riesgo cardiovasculares clásicos son de diferente índole en hombres y mujeres. Existen principios biológicos, las hormonas sexuales femeninas protegen de las enfermedades cardíacas en la edad fértil, mientras que en la menopausia hay un descenso de los estrógenos y el riesgo aumenta de manera exponencial.⁽¹⁶⁾ En la actualidad, la mujer es más sedentaria, más fumadora y obesa, lo cual suscita un desarrollo más temprano de diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA), y trastornos de los lípidos sanguíneos, esto antagoniza la protección que los estrógenos confieren a las mujeres premenopáusicas, y promueve la aparición de enfermedad coronaria, y enfermedad arterial periférica, en edades cada vez más tempranas.

En relación a los factores de riesgo de modo general, aparece el tabaquismo activo como más prevalente, seguido de los trastornos lipídicos y la HTA en tercer lugar, resultados que difieren en orden de



frecuencia a los encontrados por Cuellar Gallardo, *et al*⁽²¹⁾ en pacientes con cardiopatía isquémica incorporados a un programa de rehabilitación cardiaca, donde el factor de riesgo que más predominó fue la HTA (73,3 %), seguido del hábito de fumar (43,3 %).

En el género femenino, el factor de riesgo más prevalente fue la obesidad, no coincidiendo con los resultados obtenidos por Rivas Pérez, *et al*⁽²²⁾, donde lo fue el tabaquismo activo, aunque en su caso la población femenina del estudio era menor de 50 años.

La prevalencia de la obesidad y el sobrepeso no se redujo de forma significativa al concluir el programa, en solo el 24,2 % de mujeres con este factor de riesgo incorporadas al PRC se observó pérdida de peso de entre 0,5 kg y 1,5 kg. Similar comportamiento exhibió la investigación del Prado Díaz, *et al*⁽²³⁾, donde pese a la reducción de la circunferencia abdominal en las pacientes la disminución de peso fue discreta.

Se considera que el 25 % de los casos de enfermedad cardiovascular en poblaciones femeninas se debe al exceso de peso, cada kilogramo de peso ganado aumenta el riesgo coronario en un 3 %⁽²⁴⁾, pese a la realización de la actividad física. En el estudio de Framingham⁽²⁵⁾, la obesidad aumentó el riesgo cardiovascular en un 64 % en las mujeres, en comparación con 46 % en los hombres.

La prevalencia de las alteraciones del perfil lipídico aumenta en las mujeres de mediana edad, grupo etario que prevaleció en el estudio, debido a la deprivación estrogénica que eleva el colesterol, los triglicéridos y las lipoproteínas, lo que favorece la aterogénesis, fundamentalmente al asociarse a otros factores de riesgo.⁽²⁶⁾ Hubo una disminución de los lípidos tradicionales en todas las pacientes incluidas en el estudio, logrando normalizar las cifras en el 91,2 %. Simultáneamente con la actividad física programada se realizaron intervenciones dietéticas y se empleó tratamiento farmacológico.

Pese a ser más notable la presencia del hábito de fumar en el género masculino, similar resultado a los obtenidos en investigaciones realizadas en poblaciones de Latinoamérica⁽²⁵⁾, un importante porcentaje (46,9 %) de pacientes del género femenino en el estudio resultaron ser fumadoras activas. Esto puede deberse al estrés psicosocial que la vida diaria impone a la mujer, la doble jornada laboral y la responsabilidad ante las personas bajo su cuidado, llegando ellas a considerarlo como un medio de relajación y de reducir el cansancio. Se ha demostrado que los factores de riesgo cardiovasculares clásicos influyen con diferente intensidad en ambos géneros en el desarrollo de la enfermedad isquémica cardiovascular. El tabaquismo incrementa en un 60 % el riesgo de cardiopatía isquémica en la mujer.⁽²⁶⁾

Al concluir el PRC fue superior el cese del hábito tabáquico en los hombres, cerca de 20 % más que en las mujeres. Abandonó el hábito el 81 % de fumadores y el 61,9 % de fumadoras, lo cual es coherente con lo obtenido en una población cubana que luego de recibir tratamiento de cesación tabáquica se logró mayor abstinencia en los hombres⁽²⁷⁾ y con datos de encuestas internacionales⁽²⁸⁾ realizadas en cuatro países industrializados donde las mujeres fueron un 31 % menos propensas a dejar de fumar. El 100 % de los pacientes de ambos géneros controló las cifras de HTA y DM.

Las mujeres poseen menor capacidad aeróbica comparada con los hombres (de un 15 % a un 25 % menos), menor capacidad física (entre 9 % y 26 % menos) y el 20 % menos de fuerza total, a lo que se añade menor grado de entrenamiento con rápido incremento de la frecuencia cardiaca y mayor



dificultad de adaptación a la estera rodante, lo que se evidencia en las pruebas de esfuerzo iniciales donde las mujeres mostraron menor capacidad funcional, de ejercicio, y niveles más bajos de actividad física que los hombres, coincidente con la literatura consultada.⁽²⁶⁾

La población femenina del estudio exhibe resultados iniciales en cuanto a duración del ejercicio y DP superiores a los encontrados por Moreno Hernández, *et al*⁽²⁹⁾, sin embargo, al concluir el PRC, estas variables fueron discretamente inferiores a las reportadas por dichos autores.

En la evaluación ergométrica realizada después de 6 meses de actividad física programada, similar para ambos géneros, se evidenció mejoría en los todos parámetros. En el total de pacientes existió incremento en el tiempo de ejercicio, FC máxima alcanzada, doble producto y METS tolerados. Resultados más manifiestos en hombres que en mujeres, esto se debe a la mayor actividad simpática, resistencia vascular, y menor sensibilidad barorrefleja cardiovagal posterior al ejercicio en pacientes femeninas.⁽²⁶⁾ Para lograr similares resultados en ambos géneros es necesario realizar una prescripción inicial del ejercicio en las mujeres con menor intensidad que en los hombres y mayor tiempo para aumentar las cargas, con el objetivo de facilitar un mejor ajuste a las mismas.

Al comparar los pacientes en CF I NYHA, a los 6 meses del PRC, se apreció poca diferencia entre ambos géneros, menos de 3 puntos porcentuales. Al inicio del PRC en la CF III NYHA se apreció predominio del género femenino sobre el masculino, lo que se comportó de igual modo a los 6 meses pese a que hubo un decremento mayor en las mujeres (11,4 %) comparado con los hombres (5,1 %).

La CF II NYHA prevalece en el género femenino tanto al inicio como en la evaluación ergométrica final, disminuyó en menor por ciento en comparación con el género masculino. Teniendo en cuenta la capacidad física inicial, los resultados evidencian beneficios en ambos géneros, no obstante, el porcentaje de mujeres que mejoró la capacidad funcional fue menor que en los hombres, no concordando este resultado con autores que sugieren que en las mujeres hay mayor impacto en la clase funcional, capacidad física y en la calidad de vida.⁽³⁰⁾

Las mujeres que realizan 90 minutos de ejercicio a la semana, disminuyen de 30 % a 40 % el riesgo de desarrollar cardiopatía isquémica asociado a una reducción adicional del 17 % por cada aumento en un METS en la capacidad cardiorrespiratoria.⁽³⁰⁾

En los 5 años que comprendió el estudio ninguna paciente falleció de causa cardiovascular y solo 3 requirieron ingreso por eventos cardiacos no fatales, angina inestable. Dos de estas pacientes no habían abandonado el hábito de fumar, para un 1,5 %, demostrando que la RHC mejora significativamente la severidad de los síntomas (30 % angina), la mortalidad y el control de los factores de riesgo en las mujeres, tal como expuso Asbury, *et al*.⁽³¹⁾

La reducción de la mortalidad en mujeres que completan un PRC es a los 12 años de 76 %⁽³²⁾, beneficio que junto a la mejoría en la calidad de vida, se ven privadas muchas féminas por considerar que realizan suficiente actividad física en el hogar⁽³³⁾, por disfunción marital o familiar, sobrecarga laboral y/o de responsabilidades hogareñas, la depresión, el deterioro de la calidad de vida y su rol de cuidadoras, lo que interfiere en el autocuidado y genera dificultades para lograr el empoderamiento.⁽³³⁾ Cuando la



mujer logra empoderarse ocurre un cambio positivo en los estilos de vida cardiosaludables y en el cuidado de la salud, tanto en ella como en los que la rodean.⁽³⁴⁾

Desde una perspectiva de género consta la necesidad en el equipo de RHC de trazarse objetivos para lograr la equidad en el abordaje del PRC.

A continuación, se presenta una estrategia para la mejor participación y adherencia de las mujeres al PRC del Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” de Guantánamo:^(35,36)

- Enviar de manera automática a las mujeres al PRC.
- Fomentar el conocimiento acerca de la enfermedad, los factores de riesgo, prevención y tratamiento por parte de las pacientes.
- Explicar el contenido del programa (objetivos, metas y componentes) de modo que resulte fácilmente comprensible para pacientes y familiares.
- Identificar las dificultades y motivaciones personales para la incorporación al PRC.
- Enfatizar en la educación y motivación hacia el cumplimiento de las metas.
- Promover una relación médico-paciente (equipo de salud-paciente y familiares), de manera bidireccional.
- Involucrar de manera activa a la familia, y que esta participe en las actividades programadas.
- Realizar intervención personalizada.
- Detectar pacientes que motiven al grupo.
- Propiciar la comunicación entre los pacientes.
- Flexibilizar el horario de asistencia al gimnasio.
- Mejorar la autonomía, la autoconfianza, el autocontrol y el autocuidado para lograr el empoderamiento.
- Crear grupos femeninos en las sesiones conjuntas de entrenamiento ajustando la intensidad de las cargas en dependencia de sus requerimientos.

Abordar la RHC con enfoque de género es una herramienta imprescindible para entenderla y contextualizarla, ya que contribuye a modificar las estructuras establecidas y aumenta la participación activa de la mujer en la toma de decisiones en cuanto a su salud.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentran que ha sido realizado en un solo centro asistencial, con tiempo de seguimiento limitado.

CONCLUSIONES

Las mujeres cuentan con grandes barreras para la incorporación a los PRC, que van desde el exceso de responsabilidades hogareñas y laborales, el escaso soporte familiar y social, la subvaloración del riesgo de enfermedad cardiovascular por el personal de salud, hasta el desconocimiento de factores de riesgo y del riesgo personal. Son expertas en cuidar a los demás y no de cuidarse a sí mismas, por lo que resulta esencial dotarlas de información sobre las enfermedades cardiovasculares, cómo prevenirlas, reconocerlas y tratarlas, descubrir sus necesidades y preferencias, motivarlas al cambio, explicar los



beneficios de la RHC y mejorar el acceso y la permanencia en el programa, como medio de obtener sus metas para mediante la equidad lograr el pleno empoderamiento.

Incorporar el enfoque de género a la rehabilitación cardiaca aumenta la efectividad de la intervención, y contribuye a una atención más equitativa para las mujeres con enfermedad cardiovascular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Townsend N, Wilson L, Bhatnagar P, Wickramasinghe K, Rayner M, Nichols M. Cardiovascular disease in Europe 2016: an epidemiological update. *Eur Heart J* 2016; 37(42):3232-45.
2. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2018. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2019. [citado 5 Ene 2021]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2018-ed-2019-compressed.pdf>
3. Martínez CM. Diferencias entre hombres y mujeres en la incidencia de las enfermedades del corazón [Internet]. Madrid: 2017. Capítulo 73. Salud cardiovascular [citado 5 Ene 2021]. p: 637-642. Disponible en: https://www.fbbva.es/microsites/salud_car_dio/mult/fbbva_libroCorazon_cap73.pdf
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Comunicación, infancia y adolescencia: Guías para periodistas. 1ed. CODAJIC; 2017 Mayo [citado 5 Ene 2021]. Disponible en: <http://www.codajic.org/node/2612>
5. Esquenazi Borrego A, Rosales Vázquez S, Velarde Hernández Y. Índice de Desigualdad de Género en Cuba: un enfoque territorial. *Rev Est Desar Soc: Cuba y América Latina* [Internet]. 2017 Mayo-Ago [citado 5 Ene 2021]; 5(2):108-129. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/reds/v5n2/reds11217.pdf>
6. Perelman J, Fernandes A, Mateus C. Gender Disparities in Health and Healthcare: Results from the Portuguese National Health Interview Survey. *Cuad Saúde Pú* [Internet]. 2017 [citado 10 Ene 2021]; 28(12). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001400012
7. Campos-Serna J, Ronda-Pérez E, Lucía Artazcoz L, Benavides FG. Desigualdades de género en salud laboral en España. *Gac Sanit* [Internet]. 2017 [citado 10 Ene 2021]; 26(4). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000400009&lang=pt
8. Maffei S, Guiducci L, Cugusi L, Cadeddu C, Deidda M, Gallina S, *et al.* Women-specific predictors of cardiovascular disease risk - new paradigms. *Int J Cardiol*. 2019; 286:190-7.
9. Lee JJ, Cook-Wiens G, Johnson BD, Braunstein GD, Berga SL, Stanczyk FZ, *et al.* Age at menarche and risk of cardiovascular disease outcomes: findings from the National Heart Lung and Blood Institute-sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation. *J Am Heart Assoc* [Internet]. 2019 [citado 10 Ene 2021]; 8(12):e012406. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.119.012406>
10. Aggarwal NR, Patel HN, Mehta LS, Sanghani RM, Lundberg GP, Lewis SP, *et al.* Sex differences in ischemic heart disease: Advances, obstacles, and next steps. *Circ Cardiovasc* [Internet]. 2018 [citado 10 Ene 2021]; 11(2):e004437. Disponible en:



<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCOUTCOMES.117.004437>

11. Supervía M, Medina-Inijosa JR, Yeung C, López Jimenez F, Squires R W, Pérez Terzic C, *et al.* Cardiac rehabilitation for women: A systematic review of barriers and solutions. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2017 Apr [citado 10 Ene 2021]; 92(4):565-577. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.01.02>
12. Sociedad Argentina de Cardiología. Consenso Argentino de Rehabilitación Cardiovascular. *Rev Arg Cardiol* [Internet]. 2019 [citado 10 Ene 2021]; 87(3):58. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2019/08/consenso-87-3.pdf>
13. Sabo D. Comprender la salud de los hombres. Un enfoque relacional y sensible al género. Harvard: OPS; 2000 [citado 19 Ene 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/804>
14. Mehta LS, Beckie TM, DeVon HA, Grines CL, Krumholz HM, Johnson MN, *et al.* Acute Myocardial Infarction in Women: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* [Internet]. 2016 [citado 19 Ene 2021]; 133(9):916-47. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000351>
15. Anderson L, Thompson DR, Oldridge N, Zwisler AD, Rees K, Martin N, *et al.* Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016 Jan [citado 11 Ene 2022]; 2016(1):CD001800. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001800.pub3>
16. Garcia M, Mulvagh SL, Bairey Merz CN, Buring JE, Manson JE. Cardiovascular Disease in Women Clinical Perspectives. Review. *Circ Res* [Internet]. 2016 [citado 11 Ene 2022]; 118:1273-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.307547>
17. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Donald E, *et al.* “2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines” *Circulation* [Internet]. 2013 Oct 15 [citado 11 Ene 2022]; 62(16):e147-239. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2013.05.019>
18. Molina DI, Chacón JA, Esparza AS, Botero SM. Depresión y riesgo cardiovascular en la mujer. *Rev Colom Cardiol* [Internet]. 2016 Mayo-Jun [citado 11 Ene 2022]; 23(3):159-252. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2015.11.004>
19. Gaalema DE, Savage PD, Jason R, Cutler AY, Elliott RJ, Priest JS, *et al.* Patient Characteristics predictive of Cardiac Rehabilitation Adherence. *J Cardiopulm Reh Prev* [Internet]. 2017 Mar [citado 11 Ene 2022]; 37(2):103-10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28033166/>
20. Warburton DE, Bredin SS. Reflections on physical activity and health: what should we recommend? *Can J Cardiol*. 2016; 32:495-504.
21. Cuellar Gallardo A, Gómez García Y, Castro-Torres Y, Triana Díaz A, *et al.* Rehabilitación cardiovascular en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST e intervencionismo coronario percutáneo. *CorSalud* [Internet]. 2019 [citado 11 Ene 2022]; 11(4):278-286. Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/387/1057>
22. Rivas Pérez, A, Vélez Salas, A, Dalmau González-Gallarza R, Castro Conde, A y López Sendón JL. La rehabilitación cardiaca en mujeres jóvenes: ¿Se adapta a sus



- necesidades? Rev Esp Cardiol. 2017; 70(Supl 1):271.
23. Prado Díaz S del, Montoro López M, Dalmau González-Gallarza R, Castro Conde A, *et al.* Beneficios de rehabilitación cardiaca en mujeres después de un síndrome coronario agudo. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2015 [citado 11 Ene 2022]; 68 (Supl 1):1119. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-congresos-sec-2015-el-congreso-19-sesion-rehabilitacion-1652-beneficios-rehabilitacion-cardiaca-mujeres-despues-18935-pdf>
24. Piché ME, Poirier P, Lemieux I, Deprés JP. Overview of epidemiology and contribution of obesity and body fat distribution to cardiovascular disease: an update. Prog Cardiovasc Dis. 2018; 61:103-113. 2017.
25. Lee JJ, Pedley A, Hoffman U, Massaro JM, Levy D, Long MT. Visceral and intrahepatic fat are associated with cardiometabolic risk factors above other ectopic fat depots: the Framingham Heart Study. Am J Med [Internet]. 2018 [citado 11 Ene 2022]; 131:684-692.e12. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2018.02.02>
26. Quiros Fallas R. Actualización de los factores de riesgo cardiovascular. Rev Méd Sinergia [Internet]. 2017 Ene [citado 11 Ene 2022]; 2(1):3-7. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/57>
27. Puentes Valle D, Rodríguez Pérez LA, Pupo Ávila NL, Sit Pacheco R. El tratamiento grupal multicomponente: un método efectivo contra el tabaquismo. Rev Cubana Salud Pú [Internet]. 2019 [citado 11 Ene 2022]; 42(2):e1288. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v45n2/1561-3127-rcsp-45-02-e1288.pdf>
28. Smith PH, Kasza KA, Hyland A, *et al.* Gender differences in medication use and cigarette smoking cessation: results from the international Tobacco control four country. Nicotine Tob Res Off. J Soc Res Nicotine Tob. 2015; 17(4):463-472.
29. Moreno Hernández M, Gonzalvo Ortega M, Olague Baño C, de la Cierva Delicado A, López Cubero T, *et al.* Efecto de la rehabilitación cardiaca en la mejora de la capacidad de ejercicio. Rev Clin Esp. 2018; 218: 905.
30. Santiago de Araújo Pio C, Marzolini S, Pakosh M, Grace SL. Effect of Cardiac Rehabilitation Dose on Mortality and Morbidity: A Systematic Review and Meta-regression Analysis. Mayo Clin Proc. 2017; 92(11):1644-1659.
31. Asbury EA, Slattery C, Grant A, Evans L, Barbir M, y Collins P. Cardiac rehabilitation for the treatment of women with chest pain and normal coronaries arteries. Menopause. 2008; 15(3):454-460.
32. Darren ER, Warburton DE, Bredin SS. Reflections on physical activity and health: what should we recommend? Can J Cardiol [Internet]. 2016 [citado 11 Ene 2022]; 32(4):495-504. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2016.01.024>
33. Sanchez-Delgado JC, Betty LM, Angarita Fonseca A, *et al.* Reliability of the barriers scale for cardiac rehabilitation. Rev Colom Cardiol. 2018;25(1):84-91.
34. Ros Sanchez T, Lindon Cerezuela B. La experiencia del empoderamiento en mujeres mayores de 65 años. Estudio cualitativo. Gerokomos. 2018; 29(1):3-8.
35. Ministerio de Salud de la Nación. Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles: manejo integral en el primer nivel de atención. Ginebra: OMS; 2017.
36. Anchique CV, Fernández RO, Zeballos C. Rehabilitación cardiovascular en la mujer. Rev Colom Cardiol. 2018; 25(S1):99-105.



Declaración de conflictos de intereses:

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de los autores:

VMV: conceptualización del diseño, adquisición de datos, análisis e interpretación de los datos, redacción-borrador inicial y redacción-revisión y edición.

RCR: análisis e interpretación de los datos, redacción-borrador inicial y la redacción-revisión y edición.

Financiación:

No se recibió financiación para el desarrollo del presente artículo.

