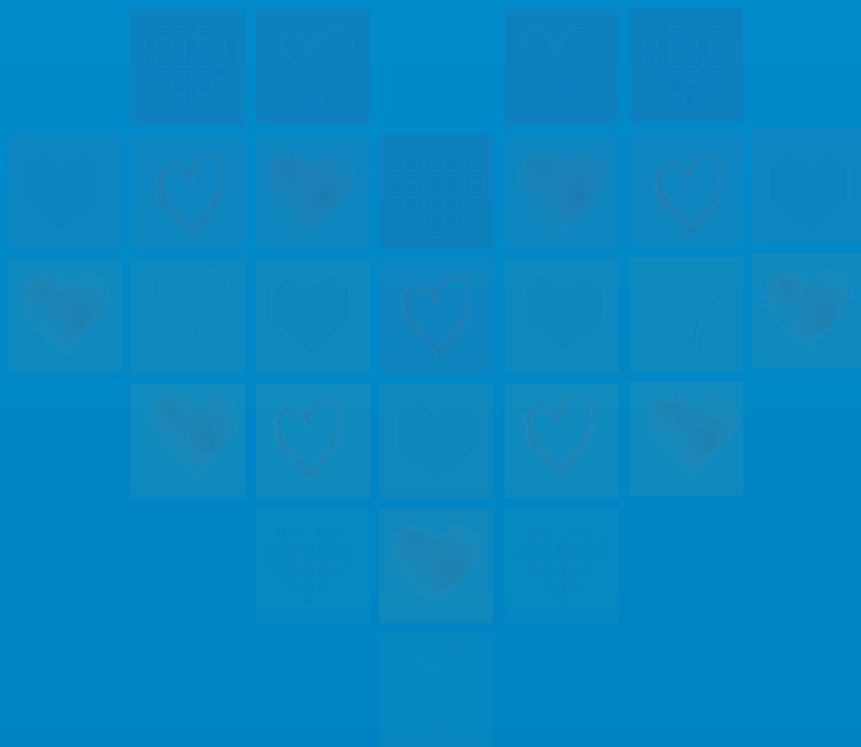
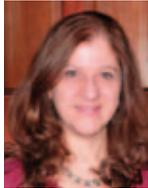


Enfermedad cardiovascular en la mujer

Dra. Judith Zilberman



Enfermedad cardiovascular en la mujer



Judith M. Zilberman

MD, PhD

Departamento de Prevención Cardiovascular, Clínica de Hipertensión Arterial, Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA), Servicio de Cardiología e Hipertensión arterial, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Cátedra de Fisiología, Facultad de Farmacia y Bioquímica, Universidad de Buenos Aires (UBA), Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Una de cada tres mujeres muere a causa de enfermedad cardiovascular pero la mayoría de ellas continúa subestimando el riesgo de esta enfermedad.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en el mundo. El 31% (17.7 millones de personas) de todas las muertes ocurridas en 2015 se debieron a ECV. La cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular (ACV) son las causas más frecuentes de muerte cardiovascular, y ambas suman 14 millones de fallecimientos en el último año. La diabetes fue la causa directa de 1.6 millones de muertes. Estas enfermedades han sido y siguen siendo las principales causas de mortalidad global durante los últimos 15 años.¹

En la actualidad una de cada tres mujeres muere a causa de ECV pero la mayoría de ellas continúa subestimando el riesgo de esta enfermedad. Las mujeres son generalmente subdiagnosticadas, menos tratadas y, en consecuencia, más propensas a morir de ECV o de sus complicaciones.

El resultado de diversos estudios demostró que las pacientes con enfermedades cardíacas tienen peor pronóstico que los hombres. La mortalidad hospitalaria por infarto de miocardio (IM) fue mayor en las mujeres que en los hombres, incluso cuando se ajustó por edad.² Según un informe de salud de Lansky y col.³, las tasas de mortalidad intrahospitalaria después de la revascularización, han resultado ser mayores en las mujeres que en los hombres.

También existen diferencias entre los síntomas que experimentan hombres y mujeres ante un infarto de miocardio (precordialgia o *angor pectoris*), ya que las mujeres suelen presentar otros síntomas irradiados o relacionados (náuseas, dolor lumbar o generalizado y vómitos, entre otros). Esto lleva al subdiagnóstico de la enfermedad en las guardias médicas, y la mujer sufre las consecuencias de la enfermedad coronaria en muchas oportunidades.

Factores de riesgo cardiovascular en la mujer

La expectativa de vida en la mujer se ha prolongado, por lo que para el año 2030 habrá 1200 millones de mujeres mayores de 50 años. Es decir, estarán atravesando el período crítico con respecto a la aparición de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), que se manifiesta en la mujer entre los 50 y los 65 años.

La hipertensión arterial es altamente prevalente entre los factores de riesgo cardiovascular: más del 25% de la población femenina mundial la padece, especialmente las mujeres mayores de 60 años.



La hipertensión arterial (HTA) es altamente prevalente entre los FRCV (más del 25% de la población femenina mundial la padece, especialmente las mujeres mayores de 60 años), su presencia incrementa el riesgo cardiovascular y puede llegar a equipararlo en mujeres y varones de igual edad.^{4,5}

Durante la menopausia (la tercera parte de la vida de la mujer) se podría alterar la regulación de la presión arterial (PA), no obstante su rol en la patogénesis de la HTA es controvertido. Se ha demostrado que las hormonas sexuales, el estrés oxidativo y la activación del Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (SRAA) intervienen en el incremento de la PA tras la menopausia, pero los mecanismos implicados no están totalmente dilucidados.

La dislipemia también sufre modificaciones luego de la menopausia. Los niveles de colesterol total, sus fracciones (colesterol asociado con lipoproteínas de alta densidad [HDLc], colesterol asociado con lipoproteínas de baja densidad [LDLc]) y los triglicéridos (TG) se alteran con respecto al período premenopáusico. En el *Programa Corazón Sano*, realizado con 1024 mujeres en la Argentina, observamos estas diferencias y una mayor asociación entre HTA y dislipemia.⁶ La dislipemia aterogénica es un marcador o FRCV que se pone de manifiesto por el incremento de los TG y el descenso de los valores plasmáticos de HDLc. Es un cuadro frecuente en las mujeres de mayor edad, por lo que se convierte en el mejor indicador de riesgo vascular en las mujeres menopáusicas.⁷

Es preocupante también el incremento de la prevalencia de diabetes tipo 2 (DBT2), ya que es un potente factor de riesgo para ECV aterosclerótica, y desde hace tiempo se reconoce que confiere mayor riesgo de muerte en mujeres que en hombres. Se ha demostrado que las mujeres con DBT2 triplican el riesgo de enfermedad coronaria, en comparación con aquellas no diabéticas (intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 1.9 a 4.8) (Figura 1).⁸

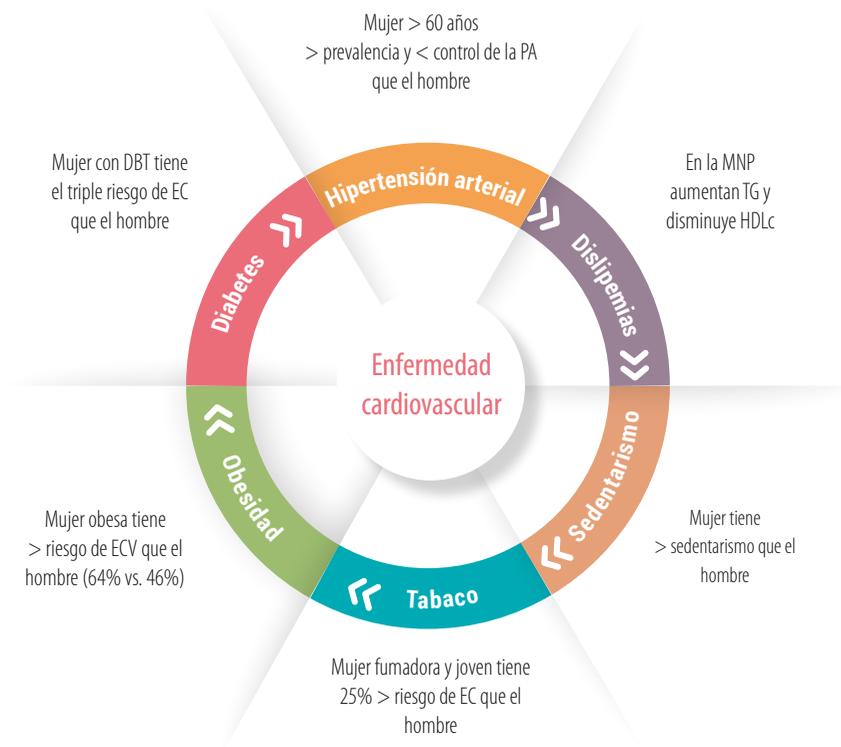


Figura 1. Enfermedad cardiovascular y factores de riesgo: diferencias entre hombres y mujeres.

HTA, hipertensión arterial; DBT, diabetes; ECV, enfermedad cardiovascular; EC, enfermedad coronaria; MNP, menopausia; TG, triglicéridos; HDLc, colesterol asociado con lipoproteínas de baja densidad.

Fuente: García M, et al. *Cardiovascular Disease in Women: Clinical Perspectives*. Circ Res 118(8):1273-1293, 2016.

En un metanálisis de más de 850 000 individuos, el riesgo relativo de padecer ECV fue 44% mayor en las mujeres con DBT que en los hombres con la misma enfermedad. Desafortunadamente, muchos de los FRCV aquí mencionados están aumentando en prevalencia y gravedad, especialmente en mujeres jóvenes.⁹

Importancia del diagnóstico

Existen otros factores de riesgo específicos de la mujer (parto prematuro, trastornos del embarazo hipertensivo, diabetes gestacional, transición menopáusica) que pueden ser identificados durante la vida reproductiva, lo que lograría mejorar las actuales estrategias de evaluación del riesgo para la prevención primaria de las ECV.¹⁰⁻¹²

Resultado de vital importancia realizar campañas enfocadas a la concientización y a la difusión de información sobre la enfermedad cardiovascular en la mujer.



La mujer realiza desde muy joven controles médicos periódicos con especialistas; esta es una oportunidad sumamente valiosa para evaluar la presencia de FRCV como hipertensión arterial, dislipemias, glucemia elevada, DBT, entre otras afecciones. Es necesario optimizar las medidas preventivas de las ECV y para ello es imprescindible que las mujeres tengan una adecuada percepción de los FRCV.¹³

Resultado de vital importancia realizar campañas enfocadas a la concientización y a la difusión de información sobre la ECV en la mujer.

Conclusiones

Aún tenemos mucho por aprender; se requiere mayor investigación con un enfoque de sexo y género específico y con una adecuada representación de las mujeres en los ensayos clínicos cardiovasculares.

Durante muchas décadas, la investigación sobre las enfermedades cardiovasculares se ha centrado principalmente en los hombres, lo que llevó a una subestimación de las diferencias entre los sexos desde una perspectiva etiológica, diagnóstica y terapéutica.

Es importante centrar la atención en la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares en las mujeres para reducir la mortalidad, y para ello es primordial la identificación y el tratamiento temprano de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.

Referencias bibliográficas

1. WHO (World Health Organization). Disponible en: [www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Milcent C, Dormont B, Durand-Zaleski I, Steg PG. Gender differences in hospital mortality and use of percutaneous coronary intervention in acute myocardial infarction: Microsimulation analysis of the 1999 Nationwide French hospitals database. *Circulation* 115:833-839, 2007.
3. Lansky AJ, Hochman JS, Ward PA, Mintz GS, Fabunmi R, Berger PB, et al. Percutaneous coronary intervention and adjunctive pharmacotherapy in women: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation* 111:940-953, 2005.
4. Feldman RD. Heart Disease in Women: Unappreciated Challenges, GPER as a New Target. *Int J Mol Sci* 17(5):760, 2016.
5. Engberding N, Wenger NK. Management of hypertension in women. *Hypertens Res* 35:251-260, 2012.
6. Zilberman JM, Cerezo GH, Del Sueldo M, Fernández-Pérez C, Martell-Claros N, Vicario A. Association between Hypertension, Menopause, and Cognition in Women. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 17:970-976, 2015.
7. Stachowiak G, Pertynski T, Pertynska-Marczewska M. Metabolic disorders in menopause. *Prz Menopauzalny* 14(1):59-64, 2015.
8. Juutilainen A, Kortelainen S, Lehto S, Ronnema T, Pyorala K, Laakso M. Gender difference in the impact of type 2 diabetes on coronary heart disease risk. *Diabetes Care* 27:2898-2904, 2004.
9. Huxley R, Barzi F, Woodward M. Excess risk of fatal coronary heart disease associated with diabetes in men and women: Meta-analysis of 37 prospective cohort studies. *BMJ* 332:73-78, 2006.
10. Collins P, Webb CM, de Villiers TJ, Setevenson JC, Panay N, Baber RJ. Cardiovascular risk assessment in women – an update. *Climacteric* 19(4):329-36, 2016.
11. García M, Mulvagh SL, Bairey Merz CL, Buring JE, Manson JE. Cardiovascular Disease in Women: Clinical Perspectives. *Circ Res* 118(8):1273-1293, 2016.
12. Ahmad A, Oparil S. Hypertension in Women: Recent Advances and Lingering Questions. *Hypertension* 70:19-26, 2017.
13. Del Sueldo M, Martell-Claros N, Abad-Cardiel M, Zilberman JM, Marchegiani R, Fernández-Pérez C. Health perception in menopausal women. *Int J Womens Health* 10:655-661, 2018.

