

El Estado de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y su Relación con la Desigualdad de Género



Clara Inés Saldarriaga Giraldo

Jefe del programa de cardiología de la Clínica Cardiovascular Santa María y la Universidad Pontificia Bolivariana; presidenta del capítulo Antioquia de la Sociedad Colombiana de Cardiología Clínica Cardiovascular Santa María, Universidad de Antioquia, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia

Participaron en la investigación: A. Ávila, N. González

Acceda a este artículo en
siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



+ Bibliografía completa,
especialidades médicas
relacionadas,
producción bibliográfica y referencias
profesionales de las autoras.

Resumen

Existen diferencias en las manifestaciones clínicas de la insuficiencia cardíaca entre los géneros, hay una mayor proporción de mujeres con insuficiencia cardíaca de etiología hipertensiva y una menor frecuencia de cardiopatía isquémica; la diabetes es un factor de riesgo de insuficiencia cardíaca en las mujeres posmenopáusicas. Estas diferencias se explican por factores hormonales, de esta manera, con la edad, la masa del ventrículo izquierdo se incrementa en las mujeres, quienes presentan hipertrofia concéntrica, en tanto que disminuye en los hombres generando hipertrofia excéntrica. Esta diferencia favorece que la presentación de la enfermedad tenga lugar tardíamente en las mujeres, explicada por la menopausia, ya que los estrógenos reducen la masa ventricular izquierda, disminuyen la fibrosis, los niveles de renina y mejoran la vasodilatación. La insuficiencia cardíaca con función ventricular izquierda conservada es la presentación clínica más frecuente, sin embargo, las manifestaciones de la enfermedad se descubren tardíamente, y se estudian con menor frecuencia; adicionalmente, se ha demostrado que las mujeres tienen una peor calidad de vida, peor estado funcional y más síntomas psicológicos que los hombres. Hasta la fecha no se conocen estudios en Latinoamérica que hayan evaluado la prevalencia, la presentación clínica, la etiología ni el pronóstico de las mujeres con insuficiencia cardíaca y por esta razón es primordial iniciar un registro que permita conocer el estado de la salud cardiovascular de las mujeres latinoamericanas y avanzar en la reducción de inequidades.

Abstract

There are differences in the clinical manifestations of heart failure between the genders. Women show a greater proportion of heart failure caused by high blood pressure while the frequency of ischemic heart disease is lower. Also, diabetes is a risk factor for heart failure in postmenopausal women. These differences can be explained by hormonal factors; with advancing age, the mass of the left ventricle increases in women, who present concentric hypertrophy, whereas it decreases in men generating eccentric hypertrophy. Such difference favors a later occurrence of the disease in women, explained by menopause, since estrogen reduces the left ventricular mass, reduces fibrosis and renin levels and enhances vasodilation. Heart failure with preserved left ventricular function is the most frequent clinical presentation; however, the manifestations of the disease are discovered usually late and studied less frequently. In addition, it has been demonstrated that women have a poorer quality of life, a worse functional status and more psychological symptoms than men. So far there are no known studies in Latin America evaluating the prevalence, clinical presentation, etiology or the prognosis in women with heart failure. Such is the reason why it is of the utmost importance to start a register that would allow us to know the current status of the cardiovascular health in Latin American women and to advance towards the reduction of inequities.

Introducción

Aunque en ocasiones sexo y género se utilizan como conceptos intercambiables, la distinción entre ambos términos es crucial, porque mientras el sexo se reserva para referirse a las características biológicas de los seres humanos, el género es una construcción cultural alrededor de dichas diferencias biológicas, que puede tener efectos en el acceso inequitativo a recursos y oportunidades.

Así, si se considera que alcanzar la equidad en todas las esferas es un principio indiscutible para el logro de la salud de las comunidades y que las inequidades en salud son, por definición, las diferencias que no sólo son innecesarias y evitables sino que se consideran, además, incorrectas e injustas,¹ se hace necesario estudiar en cada campo del conocimiento médico si existen o no diferencias atribui-

bles al género en el acceso a los recursos de salud.

Teniendo en cuenta que las enfermedades cardiovasculares se constituyen en la primera causa de mortalidad en todo el mundo, tanto para hombres como para mujeres, y que originan una muerte por minuto en los países desarrollados, en 1991 se llevó a cabo en los Estados Unidos un estudio retrospectivo con el fin de determinar si existían diferencias de género en el diagnóstico y tratamiento de los síndromes coronarios agudos y, luego de ajustar por diferentes variables de interés, se encontró que las mujeres hospitalizadas recibían muchos menos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que los hombres.² Este estudio se replicó posteriormente en España, donde se detectó que las mujeres que sufrían un infarto agudo de miocardio tenían, al compararlas con los hombres, un

menor acceso a los recursos sanitarios, así como mayor mortalidad a los seis meses (68% vs. 33%).³

A pesar de que estas diferencias por sexo ya han sido mencionadas en la literatura, las recomendaciones médicas y la conducta terapéutica son las mismas tanto en hombres como en mujeres. Este hecho probablemente se deba a la presencia poco representativa de las mujeres en los ensayos clínicos, y a la ausencia de datos que apoye la aplicación de medidas particulares en el sexo femenino.⁴

Dicha situación puede comprobarse al analizar las cifras de la población femenina en diversos estudios. Por ejemplo, el estudio DIG –uno de los más grandes ensayos clínicos que analizó el uso de digoxina en la insuficiencia cardíaca con disfunción sistólica, en el que se demostró que el uso de los digitálicos mejora la cali-

dad de vida de los pacientes, pero no tiene influencia sobre la mortalidad—sólo contaba con un 22% de población femenina.⁵

Todo esto deja muchos interrogantes en cuanto a la validez de la fundamentación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se aplican en la actualidad a la población femenina con enfermedad cardíaca.

Por otra parte, los avances en el manejo de los síndromes coronarios agudos (SCA) se han traducido en una disminución de su mortalidad, con un aumento de la prevalencia de la insuficiencia cardíaca. Por lo tanto, debido a que los datos epidemiológicos emergentes revelan una creciente prevalencia y una mayor carga de la insuficiencia cardíaca entre las mujeres, es de suma importancia reconocer las diferencias que se presentan en cuanto a factores de riesgo, etiología, fisiopatología, respuesta al tratamiento, y desenlaces en ambos sexos,³ de lo cual se ocupará la siguiente revisión.

Factores de riesgo

La insuficiencia cardíaca es una enfermedad multifactorial. Se reconoce que los principales factores de riesgo asociados en ambos sexos son la hipertensión arterial, la miocardiopatía dilatada idiopática y la enfermedad valvular. Sin embargo, la importancia relativa de dichos factores varía entre hombres y mujeres.⁶ Así, se ha encontrado que aunque la hipertensión arterial es más común entre los hombres, existe una mayor proporción de mujeres con insuficiencia cardíaca e hipertensión, que de hombres con la misma afección.⁷

En los datos del estudio Framingham se mostró que el riesgo de presentar insuficiencia cardíaca a los 40 años es del 28% para los hombres hipertensos y del 29% para las mujeres con dicha condición, sin embargo, también se demostró que si se analizaban sólo pacientes sin antecedentes de infarto de miocardio, el riesgo de insuficiencia cardíaca a los 40 años era del 11% para los hombres y del 15% para las mujeres. Estos datos resaltan la importancia de la hipertensión en la aparición de la insuficiencia cardíaca en el sexo femenino. Sumado a esto, se encontró que el control de la presión arterial es más riguroso entre los hombres que en las mujeres, en quienes también es evidente una subutilización significativa de las modernas estrategias de tratamiento.^{8,9}

En cuanto a la diabetes mellitus, se ha comprobado que es un factor de

riesgo de insuficiencia cardíaca en las mujeres y en especial en las mujeres jóvenes.⁴ En la cohorte Framingham, la incidencia de insuficiencia cardíaca entre las mujeres jóvenes diabéticas (edad 35 a 64 años) fue dos veces mayor que en hombres diabéticos de esa misma edad, lo que amplía un poco el panorama de la insuficiencia cardíaca y da un acercamiento a las características de la enfermedad en el sexo femenino.¹⁰

La diabetes es también uno de los más fuertes predictores de insuficiencia cardíaca en las mujeres posmenopáusicas con enfermedad coronaria.¹¹ Aunque el mecanismo aún no está bien establecido, es interesante notar que la diabetes mellitus puede considerarse como un predictor independiente de aumento de la masa del ventrículo izquierdo y del grosor de la pared. Dicha apreciación se comprobó en un estudio que evaluó, mediante ecocardiografía, la masa y el espesor de la pared ventricular izquierda de pacientes con intolerancia a la glucosa sin antecedentes cardiovasculares, y dio como resultado que la masa ventricular y el espesor de la pared estaban aumentados cuando la intolerancia a la glucosa era mayor, y que este efecto era estadísticamente significativo en las mujeres pero no en los hombres.¹²

Fisiopatología

En la insuficiencia cardíaca se han identificado algunas diferencias fisiopatológicas de acuerdo con el sexo, que aunque todavía no están del todo definidas, pueden sustentar el inicio tardío de la enfermedad en las mujeres, el tipo de respuesta ventricular, el progreso y muchos de los desenlaces.⁷

En personas saludables, la masa y el tamaño del ventrículo izquierdo son menores en las mujeres respecto de los hombres. Con la edad, la masa del ventrículo se incrementa en las mujeres y disminuye en los hombres, y la respuesta al daño o a la sobrecarga varía; así, las mujeres desarrollan una hipertrofia de tipo concéntrica, y los hombres de tipo excéntrica. Se cree que esta diferencia propicia que la presentación de la insuficiencia cardíaca se produzca de forma tardía en las mujeres.¹³

La repuesta del ventrículo izquierdo a la sobrecarga de presión guarda relación con los diferentes estímulos de las hormonas sexuales y su efecto sobre la hipertrofia miocárdica.¹⁴ Los estrógenos reducen la masa ventricular izquierda, disminuyen la fibrosis y los niveles de renina, pero mejoran

la vasodilatación, mientras que los andrógenos tienen los efectos contrarios.¹⁵ El 17-beta estradiol atenúa la aparición de la hipertrofia por sobrecarga de presión cardíaca, y este efecto puede ser mediado por los receptores de beta estrógeno.¹⁶

En modelos con animales se encontró que el estrógeno retrasa la aparición de la hipertrofia y la insuficiencia cardíaca. De hecho, se ha demostrado que puede reducir el tamaño del infarto y los procesos de apoptosis.¹⁷

El estrógeno es responsable de atenuar la hipertrofia por sobrecarga de presión *in vivo* y antagonizar la hipertrofia de los cardiomiocitos *in vitro* por mecanismos mediados por el receptor de estrógeno.^{18,19}

Pocos estudios han evaluado el papel de la terapia hormonal en la aparición de insuficiencia cardíaca. Sin embargo, en un análisis retrospectivo del estudio *Beta-Blocker Evaluation of Survival Trial* (BEST), se encontró que en las mujeres posmenopáusicas con insuficiencia cardíaca y con terapia de reemplazo hormonal la supervivencia era mayor que en las que no tenían terapia de reemplazo hormonal asociada; la mejoría entre las que recibían la terapia fue más significativa para aquellas mujeres cuya insuficiencia cardíaca no tenía una etiología isquémica.²⁰

Para caracterizar las diferencias de la relación volumen/presión del ventrículo izquierdo entre los géneros se realizó un trabajo en el que se estudiaron características clínicas, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo, la presión arterial y el volumen de fin de diástole en pacientes que habían sido sometidos a cateterismo cardíaco. Dicho estudio mostró que las mujeres tenían una fracción de eyección del ventrículo izquierdo más alta (61% vs. 56% para los hombres) y una menor prevalencia de enfermedad de tres vasos coronarios. El índice de volumen de fin de diástole fue menor en las mujeres, a pesar de tener una presión de fin de diástole similar. Estos hallazgos son coherentes con que la insuficiencia cardíaca con función ventricular izquierda conservada es más frecuente entre las mujeres.²¹

Diagnóstico y pronóstico

El diagnóstico de la insuficiencia cardíaca está generalmente basado en las características clínicas; los criterios más frecuentemente usados son los de Framingham. Las mujeres con insuficiencia cardíaca presentan un cuadro clínico más florido, con mayor evidencia de signos como

edema e ingurgitación yugular,^{14,22} aunque dichas manifestaciones son descubiertas tardíamente porque las mujeres son remitidas a médicos especialistas con menos frecuencia y menos estudiadas.¹⁴

Muchos estudios sugieren que las mujeres con insuficiencia cardíaca tienen una peor calidad de vida, presentan más frecuentemente disnea, peor estado funcional y más síntomas psicológicos que los hombres. Aún no está aclarado por qué si la presentación clínica en las mujeres es más ominosa ellas tienen índices de supervivencia más altos que los hombres.

En un estudio observacional prospectivo con 415 pacientes dados de alta con diagnóstico de insuficiencia cardíaca se encontró que las mujeres presentaron con mayor frecuencia hipertensión, ingresos previos por insuficiencia cardíaca y función renal comprometida.²³ A pesar de que las mujeres tuvieron más comorbilidades asociadas, no se observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto a la mortalidad por insuficiencia cardíaca (50% en las mujeres frente al 49% en los hombres), los porcentajes por muerte súbita y mortalidad por otras causas, car-

diovasculares o no, fueron similares en ambos sexos. La información, sin embargo, no es congruente, y se encuentran datos contradictorios, como los del estudio NHANES I, el cual comunicó una mortalidad a los 10 años del 70% en los hombres frente al 50% en las mujeres, y los del estudio SOLVD, que pusieron de manifiesto una mayor morbilidad y mortalidad en las mujeres.

Respuesta al tratamiento

Mediante ensayos clínicos controlados se ha demostrado que tres betabloqueantes: carvedilol, bisoprolol, y metoprolol, han logrado una reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca y deterioro de la función sistólica cuando se administran en combinación con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA).

El carvedilol ha mostrado aumentar la supervivencia de las mujeres con insuficiencia cardíaca moderada y disfunción sistólica, reducir la tasa de hospitalización de las mujeres con insuficiencia cardíaca grave y función sistólica disminuida.²⁴ El metoprolol no ha demostrado tener un efecto en la supervivencia de las mujeres con in-

suficiencia cardíaca, pero puede reducir las hospitalizaciones en un 42%.²⁵

En cuanto a los IECA, el porcentaje de participación de las mujeres en los estudios es bajo y el beneficio de esta clase de fármacos no está claro, aun cuando los datos se agrupan de numerosos estudios. Un metanálisis de 30 estudios con IECA y con una participación de 1 587 mujeres con insuficiencia cardíaca, encontró una tendencia hacia una menor tasa de mortalidad en las mujeres que reciben IECA (13.4% vs. 20.1%).²⁶

Discusión

Pese al reconocimiento creciente de la necesidad de información aplicable a la población femenina en cuanto a la salud cardiovascular, no se conocen estudios en Latinoamérica que hayan evaluado la prevalencia, la presentación clínica, la etiología ni el pronóstico de las mujeres con insuficiencia cardíaca. Es imprescindible identificar preguntas relativas a las condiciones de vida, fecundidad y trabajo de las mujeres, así como comenzar en cada país un registro que permita conocer el estado de la salud cardiovascular de las mujeres latinoamericanas y avanzar en la reducción de inequidades.

Las autoras no manifiestan conflictos de interés.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2013
www.siicsalud.com

Bibliografía

- Whitehead M. The concept and principles of equity and health. Organización Mundial de la Salud, Copenhague, 1990.
- Ayanian JZ, Epstein AM. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *N Engl J Med* 325:221-5, 1991.
- Marrugat J, Sala J, Aboal J. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en la mujer. *Rev Esp Cardiol* 59:264-274, 2006.
- Thom T, Haase N, Rosamond W, et al. Heart disease and stroke statistics—2006 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation* 113:e85–e151, 2006.
- Silber DH. Heart failure in women. *Curr Womens Health Rep* 3(2):104-9, 2003.
- Hsieh EM, Piña IL. Heart failure in women: a need for prospective data. *J Am Coll Cardiol* 54(6):491-8, 2009.
- Crespo Leiro MG, Paniagua Martín MJ. Heart failure. Are women different? *Rev Esp Cardiol* 59(7):725-35, 2006.
- He J, Ogden L, Bazzano LA, Vupputuri S, Loria C, Whelton PK. Risk factors for congestive heart failure in US men and women. *Arch Intern Med* 161:996–1002, 2001.
- Gasse C, Stieber J, Doring A, et al. Population trends in antihypertensive drug use: results from the MONICA Augsburg Project 1984 to 1995. *J Clin Epidemiol* 52:695-703, 1999.
- Ho KK, Pinsky JL, Kannel WB, Levy D. The epidemiology of heart failure: the Framingham Study. *J Am Coll Cardiol* 22(suppl A):6A-13A, 1993.
- Bibbins-Domingo K, Lin F, Vittinghoff E, et al. Predictors of heart failure among women with coronary disease. *Circulation* 110:1424-1430, 2004.
- Devereux RB, Roman MJ, Paranicas M, et al. Impact of diabetes on cardiac structure and function: the strong heart study. *Circulation* 101:2271-2276, 2000.
- Mendes LA, Davidoff R, Cupples LA, Ryan TJ, Jacobs AK. Congestive heart failure in patients with coronary artery disease: the gender paradox. *Am Heart J* 134:207-212, 1997.
- Lund L, Mancini D. Heart failure in women. *Med Clin N Am* 88:1321-45, 2004.
- Mendelsohn ME, Karas RH. The protective effects of estrogen on the car-

- diovascular system. *N Engl J Med* 340:1801-1811, 1999.
- Skavdahl M, Steenbergen C, Clark J, et al. Estrogen receptor-beta mediates male-female differences in the development of pressure overload hypertrophy. *Am J Physiol Heart Circ Physiol* 288:H469-H476, 2005.
- Patten RD, Pourati I, Aronovitz MJ, et al. 17beta-estradiol reduces cardiomyocyte apoptosis in vivo and in vitro via activation of phospho-inositide-3 kinase/Akt signaling. *Circ Res* 95:692-9, 2004.
- Van Eickels M, Grohe C, Cleutjens JP, et al. 17beta-estradiol attenuates the development of pressure-overload hypertrophy. *Circulation* 104:1419-23, 2001.
- Babiker FA, De Windt LJ, Van Eickels M, et al. 17beta-estradiol antagonizes cardiomyocyte hypertrophy by autocrine/ paracrine stimulation of a guanylyl cyclase A receptor-cyclic guanosine monophosphate-dependent protein kinase pathway. *Circulation* 109:269-76, 2004.
- Lindenfeld J, Ghali JK, Krause-Steinrauf HJ, et al. Hormone replacement therapy is associated with improved survival in women with advanced heart failure. *J Am Coll Cardiol* 42:1238-1245, 2003.
- Jessup M, Piña I. Is it important to examine gender differences in the epidemiology and outcome of severe heart failure? *J Thorac Cardiovasc Surg* 127:1247-52, 2004.
- Johnstone D, Limacher M, Rousseau M, et al. Clinical characteristics of patients in studies of left ventricular dysfunction (SOLVD). *Am J Cardiol* 70:894-900, 1992.
- Redondo-Bermejo B, Hurtado-Martínez JA et al. Characteristics of women in hospitalized heart failure. *Rev Esp Cardiol* 60(11):1135-43, 2007.
- Packer M, Coats AJ, Fowler MB, et al. Carvedilol Prospective Randomized Cumulative Survival Study Group. Effect of carvedilol on survival in severe chronic heart failure. *N Engl J Med* 344:1651-1658, 2001.
- Ghali JK, Piña IL, Gottlieb SS, Deedwania PC, Wikstrand JC; MERIT-HF Study Group. Metoprolol CR/XL in female patients with heart failure: analysis of the experience in Metoprolol Extended-Release Randomized Intervention Trial in Heart Failure (MERIT-HF). *Circulation* 105:1585-1591, 2002.
- Garg R, Yusuf S. Overview of randomized trials of angiotensin-converting enzyme inhibitors on mortality and morbidity in patients with heart failure. Collaborative Group on ACE Inhibitor Trials. *JAMA* 273:1450-1456, 1995.