

Riesgo cardiovascular en mujeres

Thomas F. Whayne, Jr, MD, PhD

Editor Extranjero Revista Costarricense de Cardiología

Catedrático de Medicina, División de Medicina Cardiovascular del Instituto Gill del Corazón.

Universidad de Kentucky, Lexington, KY, EE.UU.

Tradicionalmente, los médicos hemos visto a las mujeres como un grupo de menor riesgo cardiovascular. Sin embargo, recientemente la prensa estadounidense ha destacado que hay más enfermedad coronaria (EC) en mujeres de lo que se supone y la profesión médica ha aparecido como si no estuviera enterada del problema, haciéndola aparecer como negligente ante esa situación. La realidad es la siguiente: las mujeres tienen su primer infarto miocárdico (IM) a una mayor edad que los hombres, la EC se desarrolla principalmente después de la menopausia y, en general, las mujeres tienen menor probabilidad de morir de EC que los hombres¹. Sin embargo, la EC todavía es el mayor problema de salud femenino y muchísimo más letal que el cáncer de mama. Más del doble de mujeres fallecen por enfermedades cardiovasculares comparadas con todos los cánceres combinados².

Posiblemente, el concepto erróneo del incremento de la EC en mujeres ha surgido del hecho que, después de haber sufrido un IM, los resultados clínicos son peores para mujeres hasta la edad de 79 años³; por ejemplo, la mortalidad hospitalaria en mujeres menores de 50 años es el doble que la de los hombres. La evidencia sugiere que la enfermedad coronaria en la mujer joven es de una forma especialmente maligna. Por lo tanto, en adición a problemas de demoras en buscar cuidado⁴ y los relacionados a intervención coronaria en arterias más pequeñas, es necesario ponderar otras razones que posiblemente tienen explicación en diferencias relacionadas a disfunción endotelial, inflamación y trombosis. Por consiguiente, la investigación y evidencia científica acerca de estas condiciones son imprescindibles para abarcar mejor los tratamientos cardiovasculares y las diferencias entre los sexos.

Los estrógenos tienen efectos presumiblemente beneficiosos para el sistema cardiovascular⁵. Ejemplos de estos beneficios son el aumento de la lipoproteína de alta densidad (HDL), la disminución de la lipoproteína de baja densidad (LDL) y la estabilización del endotelio. Desafortunadamente, también se han asociado efectos opuestos y dañinos a los estrógenos como por ejemplo, mayor probabilidad de trombosis vascular e incremento de la proteína C-reactiva de alta sensibilidad (hs-CRP). La hs-CRP no es solamente un marcador de inflamación vascular sino que probablemente interviene directamente en la formación de placas de aterosclerosis⁶, ya que está presente en placas anormales pero no en tejido vascular normal⁷. Posiblemente, los estrógenos endógenos ofrecen protección contra la EC en el ambiente fisiológico, la cual se pierde con la menopausia. Como se sabe, esos beneficios no se han logrado reproducir clínicamente con productos farmacéuticos, solos o con progesterona. Todavía queda mucho por aprender en este campo.

A este respecto, es clave que los cardiólogos brindemos educación práctica para el público y los médicos de cabecera: los hombres todavía tienen más EC que las mujeres premenopáusicas y hasta una edad avanzada, tienen mayor mortalidad y morbilidad por EC. Y nuestras pacientes femeninas necesitan darse cuenta que la EC es una enfermedad muchísimo más importante que el cáncer para su supervivencia. Aunque no es posible evitar todos los casos, podemos demorar la aparición de EC clínica con un manejo agresivo de factores de riesgo cardiovascular y podemos reducir daños en el músculo cardíaco y salvar vidas teniendo disponibles procedimientos de intervención coronaria. Por lo tanto, especialmente para mujeres que tienen un historial familiar de alto riesgo cardiovascular, es imprescindible la dispersión de este conocimiento a nivel comunitario, la disseminación de los tratamientos preventivos actuales y la educación para reconocer la urgencia en el grupo de las que necesitan ayuda inmediata. Nadie es inmune a la EC prácticamente a cualquier edad. Cuando aparecen síntomas potencialmente asociados a EC en una mujer joven, más aún si es menor de 50 años, su reconocimiento es de crucial importancia. Todo el mundo debería saber que en tal caso, la búsqueda de socorro médico en un tiempo corto puede salvar una masa crítica

de miocardio y hasta la vida. Además de ofrecer ayuda después de la aparición de una urgencia, el especialista cardiovascular, al intervenir en la modificación de factores de riesgo cardiovascular y en la diseminación de información clínica, puede contribuir aún más en la calidad de vida de su comunidad.

REFERENCIAS

1. Lerner DJ, Kannel WB. Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: a 26-year follow-up of the Framingham population. *Am Heart J.* 1986; 111: 383-390.
2. Blumenthal RS, Post WS. Women and heart disease: current concepts and controversies. *Medguide to Heart Diseases.* 1999; 2(2): 1-7.
3. Vaccarino V, Krumholz HM, Yarzebski J, *et al.* Sex differences in 2-year mortality after hospital discharge for myocardial infarction. *Ann Intern Med.* 2001; 134: 173-181.
4. Steingart RM. Sex differences in diagnosis and treatment of CAD. *Cardiol Review.* 2001;18(3): 22-26.
5. Wexler LF. Studies of acute coronary syndromes in women—lessons for everyone. *N Engl J Med.* 1999; 341: 275-276.
6. Ridker PM. Inflammation in atherothrombosis: how to use high-sensitivity C-reactive protein (hs-CRP) in clinical practice. *Am Heart Hosp J.* 2004; 2(Suppl. 1): 4-9.
7. Torzewski M, Rist C, Mortensen RF, *et al.* C-reactive protein in the arterial intima: role of C-reactive protein receptor-dependent monocyte recruitment in atherogenesis. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2000; 20: 2094-2099.