

# ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN LA MUJER: FISIOPATOLOGÍA, PRESENTACIÓN CLÍNICA, FACTORES DE RIESGO, TERAPIA HORMONAL Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

*CARDIOVASCULAR DISEASE IN WOMEN: PATHOPHYSIOLOGY, CLINICAL MANIFESTATIONS, RISK FACTORS, HORMONE REPLACEMENT AND DIAGNOSTIC EVALUATION*

DRA. SONIA KUNSTMANN F. (1), DRA. DANIELA GAINZA K. (2)

(1) Departamento de Cardiología. Clínica Las Condes.

(2) Departamento de Medicina. Universidad de Los Andes

Email: skunstmann@clc.cl

## RESUMEN

*En las décadas pasadas la enfermedad cardiovascular fue considerada propia de los hombres, sin embargo hoy es la principal causa de muerte en la mujer. Su fisiopatología es diferente en ambos sexos, lo que ayuda a entender las distintas manifestaciones clínicas que tiene en hombres y mujeres. Si bien los factores de riesgo coronarios son muy importantes en la génesis, no explican todo el mecanismo patogénico de la enfermedad isquémica en la mujer, jugando un rol destacado las hormonas femeninas. El riesgo cardiovascular de la mujer está subvalorado en las tablas de estratificación derivadas de la función de Framingham, por lo que otras técnicas no invasivas son recomendadas para evaluar el riesgo y llegar al diagnóstico de cardiopatía isquémica en la mujer. En este artículo se revisa la fisiopatología, cuadro clínico y el diagnóstico de la enfermedad cardiovascular en la mujer.*

*Palabras clave: Enfermedad cardiovascular, mujer, diferencias según sexo.*

## SUMMARY

*Cardiovascular disease in the past decades was considered a disease of men, but today it is the leading cause of death in women. Its pathophysiology is different in both sexes, which helps to understand the different clinical manifestation it has in men and women. While coronary risk factors are very important in the atherogenesis, they do not explain all the pathogenic mechanism*

*of ischemic heart disease in women, playing a leading role the female hormones. The women cardiovascular risk is undervalued by the stratification risk score derived from the Framingham function, so other noninvasive techniques are recommended to assess the risk and make the diagnosis of ischemic heart disease in women. The aim of the study is to review and update on the pathophysiology, diagnosis and clinical picture of the cardiovascular disease in women.*

*Key words: Cardiovascular disease, women, gender differences.*

## INTRODUCCIÓN

El conocimiento sobre la fisiopatología y la presentación clínica de la enfermedad isquémica del corazón en la mujer ha cambiado en los últimos años. Históricamente la enfermedad coronaria fue considerada de hombres, y la salud de la mujer se conceptualizó en términos de “enfermedades del bikini”, enfocándose especialmente en mamas y aparato reproductivo. Afortunadamente, este concepto errado ha ido cambiando a la luz del nuevo conocimiento, ya que la enfermedad cardiovascular (CV) es la causa de muerte más frecuente en mujeres en Chile y en la mayoría de los países industrializados. La mortalidad CV en la mujer no ha disminuido en la proporción que lo ha hecho la del hombre. Solo en los últimos años se ha observado una reducción de ella gracias a las campañas de toma de conciencia, a la implementación de guías de manejo con evaluación del riesgo CV global de los factores de

riesgo y al avance en los tratamientos (1, 2). Un alto porcentaje de infartos se explica por los factores de riesgo CV clásicos, los que aumentan especialmente en la postmenopausia (3).

En Chile, el 26% de los infartos corresponde a mujeres y de ellas, una de cada cuatro tiene menos de 59 años. La mortalidad intrahospitalaria por infarto en Chile en el hombre es de 7,9%, mientras que en la mujer es del 15,8% (2). El 25% de los hombres versus el 38% de las mujeres muere dentro del primer año post infarto del miocardio. Además, las mujeres tienen el doble de mortalidad por cirugía de revascularización miocárdica que los hombres y en el caso de mujeres menores de 50 años la mortalidad es tres veces mayor comparada con hombres de igual edad (4).

### FISIOPATOLOGÍA

La enfermedad coronaria en la mujer es diferente que en el hombre. Esto porque en la mujer las placas ateroscleróticas coronarias son más difusas y existe menos enfermedad coronaria obstructiva, siendo más frecuente encontrar microangiopatía con isquemia microvascular. Por otra parte, en la mujer, es habitual que el mecanismo del síndrome coronario agudo sea por erosiones en las placas ateromatosas coronarias, más que por fracturas de éstas. Es debido a este mecanismo que las mujeres tienen con mayor frecuencia angina inestable y con menor frecuencia infartos, dado que habitualmente la erosión de la placa no es obstructiva a diferencia de la fractura, que habitualmente implica obstrucción del vaso por el fenómeno trombotico asociado (5). El estudio WISE (*Women's Ischemia Syndrome Evaluation Study*, patrocinado por el *National Heart, Lung and Blood Institute*) (5), ha permitido conocer este diferente comportamiento respecto de los hombres, en relación a sus síntomas y mecanismos de producción de la isquemia coronaria en las mujeres. La enfermedad coronaria microvascular, al comprometer pequeños vasos, no es visible en las coronariografías, habitualmente es difusa, con daño de la pared vascular y disfunción del endotelio con una respuesta vasodilatadora alterada y reducida.

### PRESENTACIÓN CLÍNICA

La fisiopatología de la enfermedad coronaria en la mujer, ayuda a entender los síntomas "atípicos" y diferentes a los que presentan los hombres. Su sintomatología aparece habitualmente en la posmenopausia y por lo tanto aproximadamente 10 años después que en los hombres. Los síntomas "clásicos" de angina son más característicos de los hombres que de las mujeres. En ellas, el dolor es menos preponderante, hay más síntomas "atípicos" e inespecíficos, con malestar, cansancio, náuseas, disnea, fatiga y palpitaciones, con menos sudoración y mayor número de síntomas que los hombres (6). El dolor no siempre se asocia a esfuerzos y en aproximadamente el 50% de las veces, la primera manifestación de enfermedad coronaria es el evento coronario agudo.

### FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES

En Chile, el estudio RICAR (7, 8) realizado en 12.500 personas sanas de la región Metropolitana, de las cuales 6.320 eran mujeres, con nivel educacional mayoritariamente técnico o universitario, mostró que solo el 41% de ellas conocía su presión arterial, 27% conocía su colesterol y 22% conocía su glicemia. Esto es concordante con lo que ocurre en EE.UU., en que menos del 50% de las mujeres conocía sus factores de riesgo (FR) CV o sabían que la enfermedad cardíaca era su principal causa de muerte.

El conocimiento de los propios FR CV y la toma de conciencia de ellos aparecen como un cambio importante en la prevención CV. Sin embargo, pareciera ser que en la mujer los FR no explican toda la carga de morbimortalidad de la enfermedad coronaria. Un estudio reciente que evalúa y compara infartos y FR CV de mujeres de EE.UU. y de Japón en las últimas décadas (este último país con la incidencia de infarto más baja de los países desarrollados), constata que respecto de mujeres blancas norteamericanas, los niveles de colesterol total han sido más altos en la mujer japonesa y similares desde la década del 90, que las presiones arteriales han sido más altas en Japón en las últimas tres décadas y la prevalencia de diabetes tipo 2 ha sido similar en mujeres entre 60 y 69 años en las últimas dos décadas en Japón y EE.UU. En contraste, el tabaquismo si bien ha sido bajo en ambos países, es más bajo aún en mujeres japonesas que en norteamericanas.

Estos hallazgos, sugieren que los FR CV clásicos no explican todo el riesgo de enfermedad coronaria en la mujer (9). Sin embargo, estudios como el InterHeart, mostraron que en la población general, sobre el 90% de los infartos podía explicarse por los FR CV, por lo que sigue siendo importante en prevención CV la corrección de ellos.

Los FR CV afectan en forma diferente a hombres y a mujeres (10) y más del 80% de mujeres de edad media tienen 1 o más FR clásicos (7, 11). Por otra parte, la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón aumenta al incrementar el número de FR CV que ella tenga, hecho que ocurre especialmente después de la menopausia, posiblemente mediado por el cambio hormonal (12).

El riesgo CV de tener un evento CV en los próximos 5 ó 10 años, puede ser evaluado mediante instrumentos basados en los FR. Las tablas chilenas de estratificación de riesgo CV, recientemente validadas (Kunstmann et al, FONIS SA 09I222), al igual que las Tablas de Framingham, subestiman el riesgo de las mujeres clasificando al 90% de ellas en riesgo bajo, con muy pocas en riesgo alto antes de los 70 años, por lo que su uso no es tan útil como en los hombres.

Dado que esta estimación subestima el riesgo CV en la mujer (13, 14) se han buscado nuevos marcadores que permitan mejorar la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3830341>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3830341>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)