

COMENTARIO EDITORIAL

Riesgo cardiovascular en la mujer: rompiendo paradigmas



Clara Saldarriaga

Clara Saldarriaga^a, MD; Lucrecia María Burgos^b, MD; Ana Laura Sauce^c, MD

Identificar las poblaciones en riesgo de presentar un evento catastrófico como la enfermedad cardiovascular (ECV) se ha convertido en una de las metas de la medicina actual. Por esta razón se han implementado múltiples guías de prevención, donde la detección y control de factores de riesgo tradicionales como la hipertensión arterial, diabetes, hiperlipidemia y la modificación de los hábitos de vida han sido los protagonistas. A pesar de todo este gran esfuerzo, la ECV continúa siendo la causa principal de morbimortalidad, con un grupo preferido de víctimas: las mujeres (1). Las estadísticas de la organización Panamericana de la salud muestran que la ECV es la principal causa de muerte en las mujeres en América Latina, con diferencias en la prevalencia del infarto agudo de miocardio, la hipertensión arterial y el accidente cerebrovascular en las regiones del continente (2).

Esta información tan preocupante genera grandes interrogantes: ¿es correcto aplicar las mismas recomendaciones que usamos para prevenir la enfermedad en los hombres? ¿o son necesarias recomendaciones específicas por sexo, donde se considere a la mujer desde una perspectiva integral, incluyendo los factores psicosociales, con una mirada transversal a través del ciclo vital? Como respuesta a estos interrogantes, el artículo de Cho y colaboradores "Resumen de las recomendaciones para la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular en la mujer", brinda una mirada diferente sobre el riesgo cardiovascular (CV), con recomendaciones novedosas, donde se involucra la importancia de identificar las enfermedades inflamatorias, las alteraciones hormonales y los trastornos de la gestación como un elemento nuevo, al igual que los ya conocidos y bien identificados factores de riesgo tradicionales (3).

Los factores de riesgo para ECV en la mujer se pueden dividir en dos grandes grupos: aquellos que son únicos en la mujer, y los factores de riesgo tradicionales (3,4).

En el primer grupo se describen los resultados adversos del embarazo (desordenes hipertensivos del embara-

zo, diabetes mellitus gestacional, parto pretérmino, pérdida del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino), los factores hormonales (menopausia prematura, síndrome de ovario poliquístico, terapia hormonal en la menopausia) y la enfermedad autoinmune (3-5).

Un apartado muy importante en la revisión de Cho y colaboradores (3) es la depresión y problemas psicológicos en las mujeres como factor de riesgo para ECV. La depresión se asocia con un aumento de la mortalidad después de un infarto de miocardio. Similar a la depresión, la exposición a la adversidad al principio de la vida parece ser un predictor más fuerte de ECV en mujeres que en los hombres. Debido a esto por es importante reconocer y tratar la depresión y los problemas psicológicos con el fin de ayudar a mejorar la calidad de vida de las pacientes en estas condiciones (3,4).

Estas recomendaciones replantean el paradigma de la evaluación del riesgo en la mujer, porque la investigación de ECV se ha centrado principalmente en los hombres, lo que ha llevado a una subestimación de las diferencias sexuales desde una perspectiva etiológica, diagnóstica, pronóstica y terapéutica. La información específica sobre el sexo centrado en las ECV ha aumentado considerablemente, existiendo en los últimos años un creciente interés en avanzar en el conocimiento sobre la ECV en la mujer.

La conciencia de la ECV como la principal causa de mortalidad en las mujeres ha aumentado lentamente. En 1997, solo el 30% de las mujeres estadounidenses encuestadas sabían que la ECV era la principal causa de muerte en las mujeres; Esto aumentó a 54% en 2009, manteniéndose estable en la encuesta del 2012 (6).

Las iniciativas como las campañas "Go Red for Women" de la Asociación americana del corazón (AHA), "Women at Heart" de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y "Mujeres en Rojo" en Latino América ayudan a concientizar y educar a la comunidad sobre las ECV en las mujeres. La formación de comisiones o grupos de trabajo específicos de ECV en la mujer en dife-

^aPrograma de insuficiencia cardíaca Clínica CardioVID, Universidad Pontificia Bolivariana, Universidad de Antioquia, Medellín - Colombia; ^bServicio de Insuficiencia cardíaca, hipertensión pulmonar y trasplante cardíaco. Instituto Cardiovascular de Buenos Aires. Argentina; ^cDivisión de Cardiología. Hospital de Cardiología Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

rentes sociedades científicas internacionales ayuda a generar nuevo conocimiento, foros de discusión de expertos, siendo fuente de recomendaciones y actualizaciones específicas.

A pesar de la concienciación en la comunidad, y el aumento de la información específica sobre ECV en mujeres, éstas no se traducen de forma rutinaria en la práctica y las mujeres continúan recibiendo una atención médica diferencial (7). En comparación a los hombres con similar riesgo CV global, las mujeres son menos propensas a recibir tratamiento preventivo, como el tratamiento hipolipemiante, aspirina o cambios en el estilo de vida (8). Cuando se prescriben esos medicamentos, es menos probable que el tratamiento sea agresivo o que logren las metas deseadas (9-11).

La mayoría de las recomendaciones de las guías de práctica clínica sobre la prevención primaria de ECV no tienen género, lo que refleja las bases de datos científicas de las que derivaron, teniendo en cuenta que las mujeres fueron infrarrepresentadas en la mayoría de los estudios (12).

Las primeras recomendaciones de prevención CV específicas para la mujer se publicaron en 1999 (13), y existía una necesidad insatisfecha de una revisión actualizada sobre recomendaciones en prevención de ECV en mujeres.

En conclusión, el artículo que comentamos expone una amplia revisión a partir de guías de práctica clínica recientes y de los principales estudios para realizar recomendaciones específicas para las mujeres respecto a prevención primaria CV. En esta actualización, se abordaron los factores de riesgo y los tratamientos que han generado controversias en los últimos años. Además, afrontaron un desafío mayor; el de explorar un panorama más diverso de disciplinas psicosociales y su relación con las ECV.

Esta nueva información es relevante para la práctica clínica. El mayor reconocimiento de la prevalencia de los factores de riesgo tradicionales, así como los factores de riesgo que son únicos a las mujeres, y como impactan diferencialmente a las mujeres a corto y largo plazo. Siendo imperativo que se detecten y traten estos factores de riesgo, con el fin de reducir la morbilidad y mortalidad futuras por ECV.

El cuidado de la salud CV de las mujeres se puede optimizar al centrar la atención en los aspectos únicos del cuidado específicos del sexo. Esperamos y alentamos un nuevo futuro en la redacción de guías de práctica clínica donde se incluyan recomendaciones específicas por género, basadas a partir de estudios con adecuado poder estadístico para poder realizar un análisis específico del sexo.

BIBLIOGRAFÍA

- Benjamin EJ, Muntner P, Alonso A, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson A et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2019 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 139(10), e56-e528.
- <http://www.paho.org/data/index.php/en/indicators-mortality>. Acceso Agosto 9 de 2020.
- Cho L, Davis M, Elgendy I, Epps K, Lindley KJ, Mehta PK et al. Summary of Updated Recommendations for Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Women: JACC State-of-the-Art Review. *Journal of the American College of Cardiology*, 75(20), 2602-18.
- McKibben RA, Al Rifai M, Mathews LM, Michos ED. Primary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease in Women. *Curr Cardiovasc Risk Rep*. 2016;10:1.
- Grundy SM, Stone JN, Bailey AL, et al. AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA guideline on the management of blood cholesterol: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2019;73:e285-350.
- Mosca, G, Hammond, H, Mochari-Greenberger, A, Towfighi, M.A. Albert. Fifteen-Year Trends in Awareness of Heart Disease in Women: Results of a 2012 American Heart Association National Survey. *Circulation*, 127 (2013), 1254-1263.
- Garcia M, Mulvagh SL, Merz CN, Buring JE, Manson JE. Cardiovascular Disease in Women: Clinical Perspectives. *Circ Res*. 2016;118(8):1273-1293. doi:10.1161/CIRCRESAHA.116.307547
- Abuful A, Gidron Y, Henkin Y. Physicians' attitudes toward preventive therapy for coronary artery disease: is there a gender bias? *Clin Cardiol*. 2005 Aug; 28(8):389-93
- Mosca L, Linfante AH, Benjamin EJ, Berra K, Hayes SN, Walsh BW, et al. National study of physician awareness and adherence to cardiovascular disease prevention guidelines. *Circulation*. 2005 Feb 1; 111(4):499-510
- Gu Q, Burt VL, Paulose-Ram R, Dillon CF. Gender differences in hypertension treatment, drug utilization patterns, and blood pressure control among us adults with hypertension: Data from the national health and nutrition examination survey 1999-2004. *Am J Hypertens*. 2008;21:789-798.
- Bird CE, Fremont AM, Bierman AS, Wickstrom S, Shah M, Rector T, Horstman T, Escarce JJ. Does quality of care for cardiovascular disease and diabetes differ by gender for enrollees in managed care plans? *Womens Health Issues*. 2007;17:131-138.
- Chou AF, Scholle SH, Weisman CS, Bierman AS, Correa-de-Araujo R, Mosca L. Gender disparities in the quality of cardiovascular disease care in private managed care plans. *Womens Health Issues*. 2007;17:120-130.
- Mosca L, Grundy SM, Judelson D, King K, Limacher M, Oparil S, et al. Guide to preventive cardiology in women. *Circulation*, 99 (1999), pp. 2480-4.