



Enfermedad Coronaria en la Mujer. Un tema “tabú”.

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte entre las mujeres.

La falta de percepción de la enfermedad coronaria como principal causa de mortalidad entre las mujeres acarrea un gran déficit en su prevención, menores controles cardiológicos y mayor demora en la consulta ante la angina de pecho.

Y es que a pesar de haberse producido grandes avances en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad coronaria, lo que generó un importante descenso de la mortalidad en la última década entre los hombres, estos resultados no se trasladan al sexo femenino.

Probablemente esto problema esté causado en múltiples factores dado que existen diferencias claras en la forma de presentación, variaciones electrocardiográficas y lesiones anatómicas que podrían explicar su menor diagnóstico y las diferencias en la terapéutica que reciben.

Dentro de las muertes atribuidas a enfermedades cardiovasculares, la **enfermedad coronaria es responsable del 50%**, el 16,7% a accidente cerebrovascular y el 7% a insuficiencia cardíaca.¹

En 2003, la mortalidad cardiovascular en la mujer en la Argentina (33%) superó a la mortalidad por cáncer (18%), duplicándose a partir de los 75 años la tasa de mortalidad por insuficiencia cardíaca y accidente cerebrovascular con respecto al género masculino. A partir de los 65 años, las mujeres representan el grupo con mayor impacto en la mortalidad cardiovascular.²

Para comprender mejor este fenómeno, debemos comenzar analizando qué sucede con los factores de riesgo que históricamente han sido ligados al desarrollo de la enfermedad coronaria:

El tabaquismo continúa siendo la causa prevenible más importante, con más del 50% de los infartos de mujeres de edad media atribuibles a su consumo.³ En nuestro país, según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005, el porcentaje de tabaquistas dentro de la población económicamente activa (de 18 a 65 años) es de 30% en el caso de las mujeres.

Con respecto a la hipertensión, a nivel nacional, la prevalencia es del 34,4%, siendo más elevada entre las mujeres y en los grupos de menores ingresos.⁴

Otro factor a tener en cuenta es el sobrepeso. El aumento de la obesidad es la llave a la epidemia de la diabetes tipo II, que alcanza a 12 millones de mujeres en Estados Unidos. Esto es de radical importancia ya que incrementa el riesgo de infarto de miocardio y ACV.⁵



Hacia el año 1997 la American Heart Association llevó a cabo la primera de una serie de cinco encuestas sobre el grado de conocimiento sobre el riesgo y prevención de las enfermedades relacionadas con el corazón y el accidente cerebrovascular. La principal causa de muerte entre las mujeres **fue atribuida por el 35% de ellas al cáncer** en general y por el 15% al cáncer de mama en particular, mientras que el **30% creyó que lo eran las enfermedades cardiovasculares**.

En la encuesta del 2009, se evidenció un aumento del porcentaje de mujeres que encontraron la enfermedad cardiovascular como principal causa de mortalidad (54%), mientras que el 23% se inclinó por el cáncer en general y el 11% por el cáncer de mama.

Solamente el **53% de las mujeres dijo que llamaría a un servicio de emergencias si pensara que está sufriendo síntomas de un ataque cardíaco**.⁶

¿Y que pasa con el otro 47%? ¿Todavía seguimos pensando que los hombres son los únicos que se “mueren del corazón”?

En nuestro país, en el año 2005 se llevó a cabo una encuesta sobre el “Reconocimiento de la enfermedad cardíaca en la mujer por las mujeres”. El 35% la adjudicó a cáncer en general y sólo el 20% a la enfermedad cardiovascular. Conociendo que en Argentina el 33% muere por enfermedad cardiovascular y el 18% lo hace por cáncer, parece ser que existe una percepción equivocada de la realidad.

Existen diversos factores para pensar que el mecanismo fisiopatológico subyacente en las lesiones coronarias de las mujeres difiere del de los hombres:

- En primer lugar el dolor precordial sin lesiones coronarias es más común entre las mujeres que entre los hombres.⁷

- En segundo lugar, entre las mujeres los síntomas no se correlacionan con la severidad de las lesiones coronarias.⁸

- Por último, las mujeres en edad media muestran tasas más altas de eventos adversos después del infarto de miocardio, comparado con hombres de la misma edad, a pesar de tener lesiones coronarias menos severas, infartos más pequeños y función sistólica ventricular izquierda más preservada.⁹

Fueron descriptas diferencias en la estructura y función vascular coronaria para explicar estos hallazgos. El endotelio se ve expuesto a variaciones en las hormonas reproductivas, ciclo menstrual, embarazo, puerperio y menopausia.

Del estudio WISE (Women's Ischemia Syndrome Evaluation) se evaluaron mujeres hospitalizadas por dolor precordial, con coronarias normales. El 20% de las mujeres con



dolor precordial con coronarias normales tuvieron isquemia por RMN, lo que sugiere como probable causa la angina microvascular. Estas mujeres presentaban mayor tasa de internación por angina y necesidad de nuevos cateterismos que mujeres sin antecedentes cardiovasculares, resultados similares a los de mujeres con evidencia de lesiones coronarias obstructivas por angiografía.¹⁰

A pesar de que la relación entre la **disfunción microvascular** y la aterosclerosis de los vasos epicárdicos no está del todo dilucidada, se intenta ser unicista y pensar que hay un único proceso patológico subyacente que responde de modo diferente según el sexo.¹¹⁻¹²

Con todo lo expuesto en estas breves palabras, resta preguntarse: ¿En qué estamos fallando? ¿Fallamos en la identificación del dolor? Probablemente. La angina vasoespástica, la angina microvascular y las anomalías en la reserva coronaria se suelen presentar en forma de dolor torácico atípico en la mujer. Por lo tanto corre el riesgo de ser subestimado, ya sea por la misma paciente o por el médico.

¿Fallamos en transmitirles a las mujeres la importancia de esta patología como principal causa de mortalidad en nuestro género? Pareciera que sí. Muchas mujeres obtienen información de la televisión, las revistas e internet, y no suele ser el médico quien se encarga de esta difusión.

¿Fallamos en comprender la fisiopatología? Numerosas teorías se han desarrollado en base a la presentación clínica, los resultados de estudios no invasivos valoradores de isquemia y las características angiografías con resultados dispares. La angina microvascular, la teoría inflamatoria y las alteraciones hormonales, explican solo parcialmente los hallazgos observados.

En conclusión, la enfermedad cardiovascular es responsable de la mayor cantidad de muerte entre las mujeres, y lejos de descender como en el hombre, ésta se muestra con una tendencia a aumentar.

La falta de control sobre los factores de riesgo, que siguen en continuo ascenso tanto a nivel nacional como internacional, nos demuestra que hay mucho camino que recorrer desde el campo de la prevención. Probablemente no fallemos en un único punto, sino que lo hacemos sencillamente al intentar homologar la enfermedad coronaria entre hombres y mujeres, sin jerarquizar las diferencias, que son muchas.

Dr. Mariano Revale

Médico cardiólogo. M.N. 130989

Miembro de CardioArenales



Referencias

1. Xu JQ, Kochanek KD, Murphy SL, B. T-V. Deaths: Final Data for 2007: National Vital Statistics Reports. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2010.
2. Sosa Liprandi MI, Harwicz PS, Sosa Liprandi A. Causas de muerte en la mujer y su tendencia en los últimos 23 años en la Argentina. *Rev Argent Cardiol* 2006; 74:297-303.
3. Willett WC, Green A, Stampfer MJ, Speizer FE, Colditz GA, Rosner B, et al. Relative and absolute excess risks of coronary heart disease among women who smoke cigarettes. *N Engl J Med*. 1987; 317:1303-1309.
4. Ferrante D, Virgolini M. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005: resultados principales. *Revista Argentina de Cardiología* Vol 75. Enero Febrero 2007.
5. Preis SR, Hwang SJ, Coady S, Pencina MJ, D'Agostino RB Sr, Savage PJ, Levy D, Fox CS. Trends in all-cause and cardiovascular disease mortality among women and men with and without diabetes mellitus in the Framingham Heart Study, 1950 to 2005. *Circulation*. 2009; 119: 1728–1735.
6. Vaccarino V. Ischemic Heart Disease in Women: Many Questions, Few Facts *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010;3;111-115.
7. Bugiardini R, BaireyMerz CN. Angina with “normal” coronary arteries: a changing philosophy. *JAMA*. 2005;293:477– 484
8. Olson MB, Kelsey SF, Matthews K, Shaw LJ, Sharaf BL, Pohost GM, et al. Symptoms, myocardial ischaemia and quality of life in women: results from the NHLBI-sponsored WISE Study. *Eur Heart J*. 2003;24:1506 –1514.
9. Vaccarino V, Parsons L, Every NR, Barron HV, Krumholz HM. Sex-based differences in early mortality after myocardial infarction: National Registry of Myocardial Infarction 2 Participants. *N Engl J Med*. 1999;341:217–225.
10. Buchthal SD, der Hollander JA, Merz CN, Rogers WJ, Pepine CJ, Reichek N, et al. Abnormal myocardial phosphorus 31 nuclear magnetic resonance spectroscopy in women with chest pain but normal coronary angiograms. *N Engl J Med* 2000;342:829-835.
11. Shaw L, Bugiardini R, BaireyMerz N. Women and Ischemic Heart Disease. *JACC* 2009 Vol 54.
12. Nicholls SJ, Wolski K, Sipahi I, Schoenhagen P, Crowe T, Kapadia SR, Hazen SL, Tuzcu EM, Nissen SE. Rate of progression of coronary atherosclerotic plaque in women. *J Am Coll Cardiol*. 2007;49:1546–1551.