

COVID-19 Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN LA MUJER

Dra. Silvina Brienza*

* Médica Clínica-UTI. Postgrado en prevención cardiovascular e Investigadora clínica UBA. Médica de Cabecera Hospital Italiano de Buenos Aires.

Traducción fiel al español del Capítulo 21: COVID-19 and cardiovascular disease in women. Chapter 21. Vol. 33 Supplement 5 October-December 2022. Cardiovascular and Metabolic Science. doi: 10.35366/108062 <https://www.medigraphic.com/pdfs/cardiovascular/cms-2022/cmss225v.pdf>

Cómo citar: Brienza S. COVID-19 and cardiovascular disease in women. Cardiovasc Metab Sci. 2022; 33 (s5): s490-s491. <https://dx.doi.org/10.35366/108062>

El 11 de marzo del 2020, la OMS definió a la enfermedad por COVID-19 como una pandemia mundial. Un año más tarde, al 31 de enero del 2021, los números eran impactantes, cerca de 102 millones de casos de COVID-19 y más de 2,2 millones de muertes.

La pandemia se aceleró en la región de las Américas cuando el epicentro se trasladó de Europa alrededor de mayo del 2020. Al 9 de octubre del 2022, se habían notificado más de 621.366.370 millones de casos, 6.557.231 millones de muertes y actualmente más del 68.3% de la población mundial está completamente vacunada para el COVID-19. (1)

En los primeros metaanálisis con datos disponibles, se encontró que los hombres podían tener mayor riesgo de sufrir un cuadro grave de COVID-19, el número de hombres hospitalizados era 50% más que el de mujeres (2,3). Cuando se examinó la mayor probabilidad que los hombres tuviesen manifestaciones más graves por la COVID-19, se analizaron las diferencias en las vías biológicas entre hombres y mujeres en su respuesta inmunológica ante el virus, y se determinó que las mujeres producían respuestas inmunitarias más eficaces y mejor adaptadas a los virus, resultando casos menos graves de COVID-19 (4).

Actualmente existen varias hipótesis por las cuales pacientes con factores de riesgo cardiovascular (FRCV) con aterosclerosis y con enfermedad

cardiovascular establecida se han asociado con peor resultados en las personas con COVID-19. Entre ellas el estado inflamatorio descontrolado, la alteración inmunológica, y las propiedades virales actualmente en estudio (5).

Como con otras infecciones por distintos patógenos, el COVID-19, afecta en forma diferenciada según las normas de género existentes. También las mujeres se vieron afectadas por otros factores, como sociodemográficos, fisiológicos, genéticos, inmunológicos y cultural. Muchas de ellas debían tener más de 3 roles al mismo tiempo. Se observó que en el grupo etario entre los 40-50 años presentaron mayor % de riesgo para padecer LONG COVID es decir mayor duración de los síntomas o efectos a largo plazo. Esto se debería a los efectos de las hormonas sexuales, correspondiendo esta sintomatología a fatiga, mialgia, palpitaciones, deterioro cognitivo, trastornos del sueño, síntomas peri menopáusicos y menopáusicos (6,7,8). Según la OMS, hoy se conoce que las afecciones cardiovasculares más frecuentes tanto por la infección por COVID-19 como en el LONG COVID son: miocarditis, pericarditis, derrame pericárdico, arritmias, tromboembolismo venoso, insuficiencia cardíaca e infartos (patologías que incrementan la probabilidad de desencadenar muerte súbita).

La mayoría de los reportes de mujeres que presentaron COVID-19 (85%) fueron síntomas cardiovasculares como dolor torácico, palpitaciones, intolerancia al ejercicio y taquicardia. Los mecanismos causantes propuestos fueron inflamación, activación del sistema inmune, persistencia viral, disfunción endotelial, cambios metabólicos durante el ejercicio y alteraciones cardíacas inespecíficas después de la infección aguda (9).

Estudios recientes publicados por el American Heart Association (AHA), afirman que entre los pacientes que padecieron COVID-19, y presentaron una mala evolución de la enfermedad, existía una relación directa, con la posibilidad de presentar enfermedad cardiovascular (ECV) de base y con una lesión del miocardio previa. Estos hallazgos no dependían de la gravedad de la infección aguda. Las patologías cardiovasculares preexistentes identificadas que expusieron al paciente a mayor riesgo de padecer COVID-19 son: Insuficiencia cardíaca, deterioro en la fracción de eyección, miocardiopatía dilatada e hipertrófica, enfermedad coronaria y valvular (angina, infarto, angioplastia previa, cirugía cardíaca) y displasia arritmogénica del ventrículo derecho.

En lo que respecta a estudios clínicos de COVID-19, como en la mayoría de otras patologías, el número de participación de mujeres fue menor al de hombres. La evidencia demuestra la necesidad de incorporar mayor cantidad de mujeres en todos los estudios clínicos. En lo que respecta a esta enfermedad, se debe tener un mayor seguimiento cardiovascular en todas las pacientes con enfermedad aguda, en las que presentan síntomas compatibles con LONG COVID y en las ya recuperadas.

Queda como asignatura pendiente, la revalorización de estos antecedentes de enfermedad en las pacientes, dependiendo de una anamnesis completa y estudios complementarios, para poder tener a futuro un mayor entendimiento de estos hallazgos cardiovasculares.

Referencias bibliográficas:

1. Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-NCoV). Organización Mundial de la Salud, OMS Enero 2020. [https://www.who.int/es/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
2. Ueyama H, Kuno T, Takagi H, et al. Gender Difference Is Associated With Severity of Coronavirus Disease 2019 Infection: An Insight From a Meta-Analysis. *Crit Care Explor.* 2020; 19;2(6):e0148.
3. Gebhard C, Regitz-Zagrosek V, Neuhauser HK, et al. Impact of sex and gender on COVID-19 outcomes in Europe. *Biol Sex Differ.* 2020 25;11(1):29.
4. Gadi N, Wu SC, Spihlman AP, Moulton VR. What's Sex Got to Do With COVID-19? Gender-Based Differences in the Host Immune Response to Coronaviruses. *Front Immunol.* 2020 Aug 28;11:2147.

5. Roth GA, Vaduganathan M, Mensah GA. Impact of the COVID-19 Pandemic on Cardiovascular Health in 2020: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol.* 2022 Aug 9;80(6):631-640.
6. Sigfrid L, Drake TM, Pauley E, et al. Long Covid in adults discharged from UK hospitals after Covid-19: A prospective, multicenter cohort study using the ISARIC WHO Clinical Characterization Protocol. *Lancet Reg Health Eur.* 2021 Sep;8:100-186.
7. Torjesen I. Covid-19: Middle aged women face greater risk of debilitating long-term symptoms. *BMJ.* 2021 Mar 25;372:
8. Torjesen I. Covid-19: Middle aged women face greater risk of debilitating long-term symptoms. *BMJ.* 2021 Mar 25;372: News
9. Gluckman TJ, Bhave NM, Allen LA, et al. 2022 ACC Expert consensus decision pathway on cardiovascular sequelae of covid-19 in adults: myocarditis and other myocardial involvement, post-acute sequelae of sars-cov-2 infection and return to play: a report of the American College of Cardiology solution set oversight committee. *J Am ColCardiol.* 2022 3;79(17):1717-1756.
10. Taslem Mourosi J, Anwar S, Hosen MJ. The sex and gender dimensions of COVID-19: A narrative review of the potential underlying factors. *Infect Genet Evol.* 2022;103:105.

Correspondencia:

Silvina Brienza

E-mail: silvinabrienza@gmail.com