

IMPACTO ACTUAL DE LOS FACTORES DE RIESGO TRADICIONALES EN LA MUJER

Edith Ruiz-Gastélum, * Alejandra Inés Christen, ‡ María Alejandra Ibañez, § María Romera, ¶ Rosa Lidia Castedo-Verdura, || Heidi Ivette Alurralde-Saavedra**

* Clínica de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular, ISSSTESON. Hermosillo, Sonora, Mexico. ‡ Hospital Presidente Perón de Avellaneda. Hospital Universitario Fundación Favalaro Clínica Adventista Belgrano. Buenos Aires, Argentina. § Centro Médico Ambulatorio Cañavera Ibañez Cardiólogos. Montería, Colombia. ¶ Jefe del Servicio de Cardiología, Hospital Montes de Oca. Lujan, Buenos Aires, Argentina. || Hospital Universitario San Juan de Dios Santa Cruz, Bolivia. ** Caja de Salud de la Banca Privada. Sucre, Bolivia.

Traducción fiel al español del Capítulo 22: Current impact of traditional risk factors in women. Chapter 22: Vol. 33 Supplement 5 October-December 2022. Cardiovascular and Metabolic Science. Doi: 10.35366/1080. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cardiovascular/cms-2022/cmss225w.pdf>

Cómo citar: Ruiz-Gastélum E, Christen AI, Ibañez MA, Romera M, Castedo-Verdura RL, Alurralde-Saavedra HI.

INTRODUCCIÓN.

Los factores de riesgo cardiovascular tradicionales (FRCV) juegan un papel crucial en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular (ECV), la principal causa de muerte en las mujeres. Entre estos, la hipertensión arterial (HTA) se destaca como el principal que contribuye a la mortalidad por ECV estandarizada por edad en mujeres a nivel mundial, seguida por el colesterol-LDL elevado y la diabetes mellitus (DM), factores analizados en esta revisión (Figura 1 y Tabla 1).^{1,2}

HTA en edad reproductiva.

Los estrógenos endógenos mantienen la vasodilatación, contribuyendo al control de la presión arterial (PA); por lo tanto, la hipertensión aparece una década más tarde que en los hombres. Sin embargo, la hipertensión en las mujeres está menos controlada. El

riesgo de hipertensión a largo plazo se cuadruplica en pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo.³⁻⁵

La dieta mediterránea o DASH (baja en sal, grasas saturadas y alcohol; rica en potasio, cereales integrales, verduras y frutas), actividad física moderada, control del peso dentro de un rango saludable, control de los valores de PA desde la infancia y ausencia de tabaquismo activo o pasivo, son esenciales en la prevención y tratamiento inicial de la hipertensión arterial.³⁻⁵

El tratamiento farmacológico se inicia con valores objetivos de PA > 140/90 mmHg. Es necesario descartar la hipertensión arterial secundaria, principalmente en la adolescencia y vida adulta temprana. Se prefieren los fármacos antihipertensivos permitidos durante el embarazo, dada la posibilidad de que ocurra, sin ser planificado: alfametildopa, labetalol y nifedipino de acción prolongada. No se recomiendan los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) ni los bloqueadores de los receptores de angiotensina II (BRA).³⁻⁵

HTA en la menopausia.

La incidencia de HTA es mayor en mujeres menopáusicas que en hombres, alcanzando una prevalencia de hasta el 80% en adultos mayores. El envejecimiento y la disminución de la producción de estrógenos pueden desencadenar una disminución del óxido nítrico endotelial y la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), la endotelina y el sistema nervioso autónomo simpático, como mecanismos vasoconstrictores que generan disfunción endotelial.³⁻⁵

Las mujeres hipertensas desarrollan más hipertensión sistólica aislada, hipertensión de bata blanca, hipertrofia ventricular izquierda (HVI), disfunción diastólica, insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección preservada, aumento de la rigidez arterial y enfermedad renal crónica.³⁻⁵

El diagnóstico, el manejo y los objetivos propuestos en las mujeres hipertensas posmenopáusicas son similares entre ambos sexos. Para el tratamiento, los IECA y los

BRA son una opción aceptable, dada la actividad excesiva del SRAA en la menopausia. Hay que tener en cuenta las diferencias farmacodinámicas y farmacocinéticas que provocan más tos con los IECA, más frecuencia de calambres con los diuréticos tiazídicos y de edema en miembros inferiores con los bloqueadores de canales de calcio.

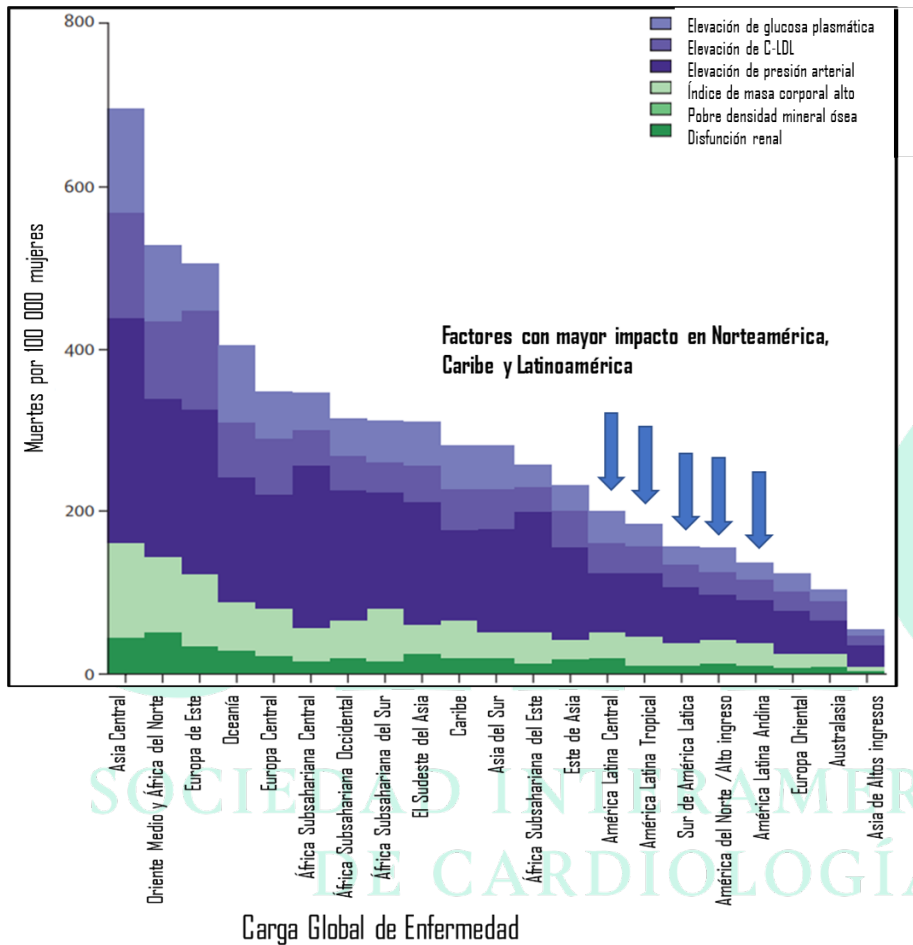


Figura 1. Factores de riesgo metabólico que contribuyen a las muertes estandarizadas por edad por enfermedad cardiovascular por cada 100.000 mujeres en todas las regiones con carga mundial de morbilidad en 2019. Adaptado de: Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD 2019. Muertes por cada 100.000 mujeres, estandarizadas por edad, 2019. <http://ihmeuw.org/5g2x> (consultado el 1 de abril de 2021). Factores con mayor impacto en Norteamérica, Caribe y Latinoamérica: flechas azules.

Dislipidemias

Diversos estudios demuestran la correlación entre las alteraciones en las concentraciones de lípidos y el riesgo cardiovascular (RCV) en mujeres. A pesar de ello, muchas mujeres no reconocen la importancia de la determinación de un perfil lipídico. Este factor de riesgo debe ser reconocido, sobre todo en mujeres postmenopáusicas, ya que se modifica el perfil lipídico, por una elevación de la concentración de lipoproteínas de baja densidad (C-LDL) en un 10-15%. El colesterol total (CT), los triglicéridos y la lipoproteína (a) también aumentan, observándose una disminución significativa de las lipoproteínas de alta densidad (C-HDL).

El aumento de las fracciones lipídicas aterogénicas aumenta el riesgo de ECV. Es aconsejable el escrutinio de hipotiroidismo, causa frecuente de dislipidemia secundaria.⁶⁻

⁸ En la premenopausia, las mujeres están protegidas por los estrógenos endógenos a través de su acción vasodilatadora, pero el efecto protector solo retrasa la aparición de la ECV durante una década. Aún más alarmante es que una proporción menor alcanza los objetivos establecidos en las principales guías actuales, ya que reciben menos tratamiento farmacológico y estatinas de menor intensidad que los hombres aunados a una menor adherencia farmacológica.⁶⁻⁸ Se ha demostrado la reducción de la ECV en la prevención primaria y secundaria, con estatinas, aunque el impacto es menor en las mujeres, en la prevención primaria (16% frente a 22% en los hombres), el beneficio es significativo. Sin embargo, un problema es la escasa representación de las mujeres en los ensayos controlados, lo que lleva a un pobre poder estadístico en los resultados.⁶⁻⁸

Las guías establecen que las mujeres deben recibir estatinas a la dosis máxima tolerada; si no se alcanza la meta establecida por la categoría de riesgo, considerar la combinación con ezetimiba y en escenarios específicos, anticuerpos monoclonales.

Es fundamental adoptar hábitos saludables, especialmente en la menopausia, el manejo dietético-nutricional, evitar las grasas saturadas y realizar una actividad física moderada.

El sexo femenino se describe como una condición que favorece las miopatías, pero esto no debe limitar la prescripción de ejercicio.⁶⁻⁸

Diabetes mellitus

La DM es una de las causas de mayor morbimortalidad en el mundo. La Federación Internacional de Diabetes estima que 1 de cada 11 adultos tiene diabetes, mientras que 1 de cada tres tiene intolerancia a la glucosa, siendo la DM tipo 2 (DM2) la más común. Existen diferencias a lo largo de la vida de las mujeres, con altas tasas en la juventud; los hombres lo tienen más en la mediana edad, y es similar para ambos sexos en edades más avanzadas. Existe un mayor riesgo de muerte CV en las mujeres con DM en comparación con los hombres. Además de los eventos ateroscleróticos, existe una mayor incidencia de IC congestiva. La aparición precoz de DM en mujeres jóvenes se traduce en una mayor duración de la enfermedad a lo largo de su vida y en un aumento significativo de la mortalidad en mujeres menores de 40 años.⁷⁻⁹

La base del tratamiento es una intervención hacia un estilo de vida saludable centrada en la pérdida de peso, la actividad física y el tratamiento farmacológico. El metaanálisis (2019) muestra que las mujeres diabéticas con mayor mortalidad cardiovascular debido a la enfermedad coronaria y al accidente cerebrovascular debido a la resistencia a la insulina, que comienza después del nacimiento.⁷⁻⁹

Algunos efectos sexo-específicos en la farmacoterapia para la DM: análogos del péptido similar al glucagón (GLP1), logran un menor control glucémico en las mujeres pero una pérdida de peso más significativa; las tiazolidinedionas tienen una mejor reducción glucémica en mujeres obesas.⁷⁻⁹ El estudio EMPA-REG mostró una reducción de la mortalidad cardiovascular en pacientes con DM tratados con empagliflozina. Todos los pacientes con DM requieren una reducción agresiva de los factores de riesgo. No hay recomendaciones específicas en las guías para prevenir o tratar la DM relacionada con el sexo; se recomienda un control agresivo de la dislipidemia y antiagregantes solo en pacientes con RCV elevado.⁷⁻⁹

CONCLUSIONES.

El reconocimiento, control y tratamiento de los FRCV tradicionales en las mujeres aun es muy pobre y no se tratan con la suficiente agresividad. Por lo tanto, es necesario un

enfoque individualizado de estos FRCV para reducir la carga excesiva de ECV en las mujeres.¹⁰

Tabla 1: Metas deseables para los factores de riesgo cardiovasculares en mujeres.		
FACTOR DE RIESGO	OBJETIVO- META DE CONTROL	CONSIDERACIONES EN LA MUJER
HIPERTENSION ARTERIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes de 18 a 64 años el objetivo es reducir la PA en el consultorio <130/80 mmHg. • Pacientes de 65 a 79 años. El objetivo primario es reducir la presión arterial sistólica (PAS) < 140/80 si se tolera reducir a 130/80 mmHg • Meta inicial en pacientes mayores de 80 años, presión arterial sistólica >140-150 mmHg Si se tolera reducir PAS a 130-139 mmHg, si la presión diastólica ya es < 70mmHg 	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar causas secundarias en jóvenes en edad fértil: enfermedad del parénquima renal renovascular (fibrodisplasia muscular), hiperaldosteronismo, hipotiroidismo, anticonceptivos orales, drogas ilícitas, productos a base de hierbas, feocromocitoma, coartación de la aorta, síndrome de Turner, arteritis de Takayasu, lupus eritematoso sistémico, enfermedades reumáticas, preeclampsia predispone al desarrollo de hipertensión a largo plazo. • Mayor prevalencia en mujeres posmenopáusicas • Hipertensión sistólica más aislada • Más hipertensión de bata blanca • Más hipertrofia ventricular izquierda • Más efectos adversos con algunos antihipertensivos • Diferente biodisponibilidad de los fármacos.
DISLIPIDEMIAS	<p>Objetivo primario Colesterol- LDL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muy alto riesgo < 55 mg/dL 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinación del perfil lipídico, especialmente en la menopausia, debido al

	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo alto < 70 mg/dL • Riesgo moderado < 100 mg/dL • Riesgo bajo < 115 mg/dL <p>Objetivo secundario es Colesterol no HDL-C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo muy alto < 85 mg/dL • Riesgo alto < 100 mg/dL • Riesgo moderado < 130 mg/dL • Riesgo bajo no establecido <p>+ Colesterol no-HDL, puede ser el objetivo principal cuando el nivel de triglicéridos es > 400 mg/dL.</p> <p>+ Los triglicéridos séricos no son un objetivo de control.</p>	<p>aumento del riesgo cardiovascular Integrar la determinación del perfil tiroideo (la causa más frecuente de dislipidemia secundaria)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El alcance de los objetivos es menor en las mujeres, y también la prescripción de terapias hipolipemiantes. • El sexo femenino es un posible factor de riesgo para más efectos secundarios • No se recomienda la terapia hipolipemiente durante el embarazo y la lactancia
<p>DIABETES MELLITUS</p>	<p>Asociación Americana de Diabetes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • HbA1c < 7% de la DM. • ASA que tienen un mayor riesgo de ECV <p>Colegio Americano de Cardiología/ Asociación Americana del Corazón.</p> <ul style="list-style-type: none"> • HbA1c < del 7%. • ASA. No hay recomendaciones específicas para la DM <p>Sociedad Europea de Cardiología.</p> <ul style="list-style-type: none"> • HbA1c < 7% y < 6,5%, si se puede lograr sin hipoglucemia (menos estricta en pacientes de edad avanzada) • ASA solo en riesgo muy alto/riesgo alto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento del riesgo de ECV en las mujeres y aumento del riesgo de mortalidad por ECV • Detección de riesgo CV 3 meses después del parto. • Vigilancia: en cambios de peso cada 6 a 12 meses. • Las niñas tienen tasas más altas de DM. • En la juventud: mayor resistencia a la insulina desde la primera infancia hasta la pubertad; aumenta la incidencia de insuficiencia cardíaca congestiva y la mortalidad

Referencias bibliográficas:

1. Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, Bairey Merz CN, Chieffo A, Figtree GA et al. The Lancet women and cardiovascular disease commission: reducing the global burden by 2030. *Lancet*. 2021; 397: 2385-2438.
2. García M, Mulvagh SL, Merz CNB, Buring JE, Manson JAE. Cardiovascular disease in women. Clinical perspectives. *Circ Res*. 2016; 118: 1273-1293.
3. Wenger NK, Arnold A, Merz CNB, Cooper-DeHoff RM, Ferdinand KC, Fleg JL et al. Hypertension across a woman's life cycle. *J Am Coll Cardiol*. 2018; 71: 1797-1813.
4. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Society of Hypertension (ESH) sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol*. 2019; 72: 160e-178e.
5. Volberg VI, Rubilar BA, Aquieri A, Giorgini JC, Seijo M, Álvarez JM et al. Consenso de enfermedad cardiovascular en la mujer. Sociedad Argentina de Cardiología. *Rev Argent Cardiol*. 2021; 89 (Supl 5): 1-191.
6. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration, Fulcher J, O'Connell R, Voysey M, Emberson J, Blackwell L et al. Efficacy and safety of LDL-lowering therapy among men and women: meta-analysis of individual data from 174,000 participants in 27 randomised trials. *Lancet*. 2015; 385 (9976): 1397-1405.
7. Del-Sueldo MA, Mendonca-Rivera MA, Sánchez- Zambrano MB, Zilberman J, Múnica-Echeverri AG, Paniagua M et al. Guía de práctica clínica de la Sociedad Interamericana de Cardiología sobre prevención primaria de enfermedad cardiovascular en la mujer. *Arch Cardiol Mex*. 2022; 92: 1-68.

8. 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. J Am Coll Cardiol. 2020; 75 (20): 2602- 2618.
9. Huebschmann AG, Huxley RR, Kohrt WM, Zeitler P, Regensteiner JG, Reusch JEB et al. Sex differences in the burden of type 2 diabetes and cardiovascular risk across the life course. Diabetologia. 2019; 62: 1761- 1772.
10. Regensteiner JG, Reusch JEB. Sex differences in cardiovascular consequences of hypertension, obesity, and diabetes: JACC Focus Seminar 4/7. J Am Coll Cardiol. 2022; 79 (15): 1492-1505.

Correspondence:

Edith Ruiz-Gastélum

E-mail: edithdruizg@hotmail.com

SIAC
SOCIEDAD INTERAMERICANA
DE CARDIOLOGÍA