

# 2ª MESA REDONDA DE ENFERMERIA

XXXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cardiología.

Granada, 23 de Octubre de 1997.

María López Pérez

## MUJER Y ENFERMEDAD CORONARIA

Se pudo apreciar en ellos, además, que para la enfermedad

### INTRODUCCIÓN

Aunque es mucho lo que se ha dicho y escrito acerca de posibles sesgos en la medicina en favor del varón, no se ha demostrado claramente que las diferencias observadas entre hombres y mujeres en cuanto a la aplicación de pruebas diagnósticas e intervenciones cruentas influyan de manera adversa en la salud de las mujeres.

En cambio hay pocas dudas respecto a que:

1) la investigación de la enfermedad cardiovascular en las mujeres ha sido **extremadamente limitada** y,

2) las mujeres no han recibido una **educación e instrucción sanitaria adecuada** respecto a su riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular.

No obstante, en los últimos años, sobre todo en los EE.UU., se han dado muchos pasos para garantizar que las mujeres estuvieran representadas suficientemente en los ensayos clínicos, con objeto de mejorar nuestro conocimiento de la salud y la enfermedad en la mujer.

### 1. MUJER Y ENFERMEDAD CORONARIA,

Hasta la década de los 80, la Enfermedad Arterial Coronaria era considerada como una patología que afectaba mayoritariamente al **genero masculino** de los países desarrollados,

No se percibía a la población femenina como portadora de **vulnerabilidad genérica** para la Enfermedad Arterial Coronaria hasta los estudios de Wenger de comienzos de los 80.

coronaria en la mujer existe un riesgo selectivo a **partir de la menopausia**.

Parece, por otra parte, como veremos más adelante, que hay un **modelo femenino** tanto en la forma de manifestarse clínicamente la enfermedad, como en la posibilidad de aplicar tratamientos hormonales sustitutorios, y en la respuesta a los tratamientos de revascularización como la ACTP y la Cirugía.

### 2. MUJER Y ENFERMEDAD CORONARIA,

La mayor parte de la información utilizada en las recomendaciones contemporáneas en cuanto a prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad arterial coronaria en las mujeres, se ha extrapolado de los estudios en poblaciones predominante o exclusivamente masculina, ya que las mujeres han estado relativamente menos representadas en los ensayos clínicos. Este **error epidemiológico** condujo a una **infravaloración del problema**.

A su vez, el **mito de la benignidad** de la enfermedad coronaria en la mujer condujo a una aplicación insuficiente de las medidas diagnósticas y terapéuticas con la consiguiente **pérdida de oportunidades** de destacar la importancia de la asistencia preventiva.

Las encuestas de población revelan que aún en la actualidad, las mujeres de países desarrollados **no perciben la enfermedad coronaria** como un problema de salud prioritario como podría ser el cáncer.

Por su parte, los servicios de salud preventivos orientados a la mujer van destinados principalmente a la detección del cáncer

(ginecológico y mamaria), más que a la prevención de la enfermedad coronaria.

En resumen, no existe una percepción adecuada de la magnitud potencial y las consecuencias desfavorables de la enfermedad coronaria en la mujer, lo que ha llevado a algunos autores a catalogarla como una **EPIDEMIA SILENCIOSA**.

### 3. CAUSAS DE MORTALIDAD GLOBAL.

Lo cierto es que la enfermedad coronaria se ha revelado como la causa más frecuente de mortalidad e invalidez en mujeres de todos los grupos raciales.

Se ha comprobado el predominio de enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular en el sexo femenino, como causas de mortalidad. También que el cáncer es la segunda causa de fallecimientos tanto en hombres como mujeres. De ello somos conscientes y por tanto sensibles a las medidas preventivas. No lo somos tanto de la enfermedad coronaria y, sin embargo, la enfermedad coronaria produce 4 veces más muertes en mujeres blancas y 6 veces más, en mujeres de raza negra que el cáncer de mama, por citar un ejemplo ilustrativo.

### 4. INVALIDEZ POR ENFERMEDAD CORONARIA.

Según el estudio de Framingham de principio de los 90, la enfermedad arterial coronaria es responsable del **36%** de los casos de **invalidez** entre las mujeres de 45 a 65 años, alcanzando el **55%** en las mayores de 65 años;

La **preocupación sanitaria** y social que esto comporta está sobradamente justificada si se tiene en cuenta que en el año **2015 el 445%** de la población femenina será mayor de 45 años.

El **impacto económico** es enorme puesto que se estima que casi un 60% de los recursos económicos destinados a la atención de la enfermedad coronaria serían absorbidos por los casos de invalidez.

### 5. MORBILIDAD EN RELACIÓN CON LA EDAD,

De nuevo nos referimos al estudio Framingham del año 86 donde se comprobó, que la enfermedad arterial coronaria en las mujeres aparece **10 años después** que en los hombres tanto en las formas sintomáticas como en las asintomáticas.

El factor edad es:

- **Significativo**, la morbilidad es 40 veces mayor a medida que aumenta la edad y hasta 40 veces más con la edad avanzada.

- **Gradual**, se produce un incremento muy importante y progresivo postmenopausia.

- **Estabilizable**, por encima de los 75 años se equipara al hombre.

La única diferencia clara entre los sexos no radica en la **posibilidad** de que las mujeres puedan verse afectadas por enfermedad coronaria sino **en cuándo** ha de producirse este hecho.

### 6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

El estudio Framingham demostró diferencias en la forma de manifestarse clínicamente la enfermedad coronaria entre el hombre y la mujer. En un seguimiento a largo plazo de 5127 pacientes, el 60% de los episodios coronarios se produjo en los varones (752 casos frente a 448 en mujeres).

Se comprobó que la angina fue la manifestación predominante en las mujeres (55% frente al 39% en los hombres).

Sin embargo el I.A.M. predominó en los hombres (43% comparativamente con el 29% en las mujeres).

Por último, la mortalidad secundaria a los episodios isquémicos fue superior en las mujeres, alcanzando el 33% frente a los hombres que mueren el 27%.

### 7. SÍNDROMES ISQUÉMICOS AGUDOS.

En un estudio multicéntrico del año 97 realizado en Boston (JACC-97) se hace ver que entre los pacientes que acudieron a una unidad de urgencias por sospecha de isquemia miocárdica aguda, la proporción de mujeres (48%) es similar a la de hombres (52%).

Esto rompe un poco con la creencia de que la mujer no es consciente de poder padecer enfermedad coronaria, aunque hay que tener en cuenta el nivel socioeconómico alto de la población estudiada y por tanto los datos no son extrapolables.

### 8. SÍNDROMES ISQUÉMICOS AGUDOS.

El perfil clínico de las mujeres del estudio referido se caracteriza por una edad significativamente más alta y por una mayor frecuencia de factores de riesgo como la hipertensión

arterial y la diabetes.

Hay que tener en cuenta que la prevalencia de HTA se incrementa con la edad, de modo que el 80% de las mujeres con edad superior a 75 años son HTA.

Por su parte, la diabetes, que también aumenta con la edad, se cree que tiende a eliminar "LA VENTAJA FEMENINA" derivada de los estrógenos.

Sin embargo observamos que el IAM previo es más frecuente en el hombre que en la mujer.

### 9. SÍNDROMES ISOUÉMICOS AGUDOS.

- La sospecha de isquemia aguda se **confirmó** en mayor proporción en los hombres que en las mujeres.

- Pero la **mortalidad** entre los casos confirmados fue superior en las mujeres.

- El **IAM actual** fue más frecuente en los hombres.

- Pero la **muerte post-infarto** es superior en la mujer.

La **mayor tendencia a la mortalidad** en mujeres con IAM se pudo explicar estadísticamente por la mayor edad y mayor presencia de factores de riesgo.

La conclusión de los investigadores fue que en los pacientes que acuden a una sala de urgencias por sospecha de isquemia miocárdica EL SEXO no es factor predictivo independiente de mortalidad hospitalaria.

### 10. ENFERMEDAD CORONARIA POR EDAD Y SINTOMATOLOGÍA. (Diagnóstico).

La prevalencia de enfermedad coronaria aumenta con la edad y es mayor cuanto más típicas son las características del dolor torácico.

En cualquiera de los supuestos considerados, es menor en las mujeres que en los hombres, incluso cuando hay un dolor anginoso típico.

En otras palabras, el valor de la angina para predecir la enfermedad arterial coronaria arterioesclerótica es menor en la mujer, y ello ha contribuido a que se haya **minimizado** el dolor torácico en las mujeres.

No es menos cierto que el dolor torácico con coronarias arteriográficamente normales, descrito como **Síndrome X** o angina microvascular es más frecuente en las mujeres (80% de los casos) y más tras la menopausia.

### 11. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS NO INVASIVAS.

Para superar las limitaciones del dolor torácico a la hora de predecir la enfermedad coronaria se realizan una serie de exploraciones no invasivas que van desde el **E.C.G.** tanto basal, como con dolor y de esfuerzo, hasta los estudios de **perfusión miocárdica y dinámica regional**, a su vez de reposo, con esfuerzo y con stress farmacológico.

En estas pruebas diagnósticas no invasivas, las mujeres conllevan un alto porcentaje de falsos positivos, de un 38 a un 67% en mujeres, mientras que en los hombres es de un 7 a un 44%.

### 12. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO.

Las mujeres con dolor tienen la misma probabilidad de que se les realicen pruebas no invasivas, pero es menos común que se les someta a una coronariografía, 28% frente a un 45% en los hombres.

También es menos frecuente que se les indique un procedimiento de revascularización como la angioplastia o la cirugía.

### 13. RESULTADOS DE LA REVASCULARIZACIÓN.

La angioplastia coronaria continúa siendo una estrategia, de revascularización relativamente segura y eficaz en las mujeres, y el índice de éxito es similar al que se alcanza en los hombres.

Sin embargo hay un número mayor de complicaciones:

- Oclusión coronaria aguda.
- Mayor mortalidad.
- Mayor número de complicaciones vasculares periféricas (ingle) y renales (tamaño del cuerpo más pequeño).

Cuando son sometidas a cirugía de revascularización son más propensas:

- Cirugía urgente o de emergencia.
- Menos injertos de mamaria interna.

- Mayor mortalidad 1,4 a 4,4,

#### 14. TRATAMIENTO HORMONAL SUSTITUTORIO.

El uso de la terapia hormonal sustitutoria en las mujeres, está basado en el efecto beneficioso sobre algunos factores de riesgo cardíaco y sobre la morbimortalidad cardiovascular.

Puesto que las conclusiones están basadas en diseños observacionales o prospectivos no randomizados con importantes limitaciones metodológicas, no es posible sacar conclusiones definitivas.

En un estudio de casos controles a partir de los datos del NURSES' Health Study, se apreció entre las mujeres que tenían al menos, un **factor mayor de riesgo coronario** (tabaquismo, hipercolesterolemia, H.T.A., diabetes, antecedentes familiares u obesidad) una **reducción del 49% en la mortalidad total**, gracias a una disminución en la mortalidad cardíaca, y a pesar de aumentar a largo plazo **la mortalidad por cáncer de mama**. Desde luego las mujeres que más beneficio pueden obtener son aquellas sin un perfil de riesgo para cáncer de mama y endometrio y con alto riesgo de morbimortalidad cardiovascular.

#### ARGUMENTOS A FAVOR.

- Mejora el perfil lipídico: aumentando el HDL y disminuyendo el LDL,
- No perjudica el control de la diabetes o HTA, produce un efecto vasodilatador en las coronarias con arterioesclerosis y,
- Reduce la morbimortalidad en estudios observacionales y metanálisis.

#### 15. TRATAMIENTO HORMONAL SUSTITUTORIO.

##### INFLUENCIA EN LA ESPERANZA DE VIDA.

Nos referimos a una mujer de raza blanca con 50 años, que recibía tratamiento hormonal sustitutorio a largo plazo; percibimos la influencia en la esperanza de vida,

- Cuando no hay factores de riesgo coronario el beneficio en la esperanza de vida es infimo (0.9).
- No factores de riesgo coronario + Histerectomía: el beneficio en la esperanza de vida es 1,1.
- Con uno o más factores de riesgo

coronario el beneficio en la esperanza de vida es de 1,5.

- Con historial de enfermedad Arterial-coronaria el beneficio en la esperanza de vida es 2,1.

La estimación del cambio en la esperanza de vida se hace asumiendo que el tratamiento con estrógenos conlleva los siguientes riesgos relativos: **muerte por cáncer de endometrio 3.0, por cáncer de mama 1.25, por cardiopatía isquémica 0.65, por fractura de cadera 0.75 y por ACV 0.96.**

#### 16. TRATAMIENTO HORMONAL SUSTITUTORIO.

##### ARGUMENTOS EN CONTRA.

- Aumenta la cifra de triglicéridos,
- No existen estudios randomizados,
- Supone un tratamiento farmacológico a largo plazo 30-40 años en mujeres sanas, lo que nos llevaría a:
  - un enorme gasto,
  - a un difícil cumplimiento de dicho tratamiento a largo plazo.
  - y a crearnos una sensación de enfermedad.
- No conocemos la dosis, la formulación ni las indicaciones óptimas.

#### 17. TRATAMIENTO HORMONAL SUSTITUTORIO.

Podríamos decir, que el Tratamiento hormonal sustitutorio, está probado como tratamiento Sintomático en la enfermedad Arterial-Coronaria, y sin embargo, es muy discutido, tanto en la prevención primaria, como en la secundaria al no existir estudios randomizados.

#### 18. CONCLUSIONES.

- **Epidemiología:** Insuficientemente definida.
- **Diagnóstico:** Indicación más restrictiva.
- **Pronóstico:** Más grave.
- **Tratamiento:** Menos agresivo.
- **Prevención:** Menos difundida.
- **Educación:** Más deficiente.

**BIBLIOGRAFÍA**

- SARREL, P.M.: "Papel del déficit de estrógenos en mujeres con síndrome X" en KASKI, J.C. (1995): *Angina Pectoris with normal coronary arteries: Syndrome X*, Boston, Massachusetts: Kluwer Academic Publishers, pp. 1975-1988.
- WEIJENBERG M.P., FESKENS E.J.M., BOWLES C.H., KROMHOUT D., (1994): *Serum total cholesterol and systolic blood pressure as risk factors for mortality from ischemic heart disease among elderly men and women*, J. Clin Epidemiol, pp. 47: 197-205.
- CASTELLI W.P., (1989): *Epidemiology of coronary heart disease: The Framingham study*, Am J Med, pp. 76: 4-12.
- MENDELSON M.A., HENDEL R.C., (1995): "Infarto de miocardio en la mujer", en BECKER R.C., ALPERT J.S., (1995): *Cardiovascular disease in women*, Cardiology, pp. 86: 8-18.
- DOUGLAS P.S., (1997): "Coronary Artery disease in women" en BRAUNWALD E., (1997): *Heart disease. A textbook of Cardiovascular medicine, fifth edition*, Philadelphia, WB. Saunders

Company, pp. 1704-1714.

- MEILAHN E.N., BECKER R.C., CORRAO J.M., (1995): "Prevención primaria de la cardiopatía coronaria en la mujer", en BECKER R.C., ALPERT J.S., (1995): *Cardiovascular disease in women*, Cardiology, pp. 19-28.
- SARREL P.M., LINDSAY D., ROSANO G.M.C., POOLE-WILSON P.A., (1992): *Angina and normal coronary arteries in women: Gynecologic findings*, Am J Obstet Gynecol, pp. 167: 467-472.
- PAGLEY P.R., GOLDBERG R.J., Department of medicine, University of Massachusetts, Medical School, Worcester, Massachusetts, USA, (1995): "Arteriopatía coronaria en la mujer; una perspectiva de base poblacional", en BECKER R.C., ALPERT J.S. (1995): *Cardiovascular disease in women*, Cardiology.
- BECKER R.C., ALPERT J.S., *International Journal of Cardiovascular Medicine, Surgery and Phatology*, 86-4-95.
- AMERICAN HEART ASOCIATION, (1989): *Silent Epidemic. The Truth about women and Heart disease*, 64-9571 (cp), A.H.A.Dallas, Texas.

Si tienes un poco de tiempo



COLABORA con nosotros

Tu revista podrá ser la expresión de los intereses generales en la medida en que perciba la influencia de todos. Para que se desarrolle y viva necesita el aliento de todos aquellos que pueden ofrecer su colaboración.



Puedes enviar:

- cartas
- sugerencias
- preguntas
- fotografías
- colaboraciones

...

