

# Cardiopatía isquémica ¿es diferente en la mujer?

González Paradela, Concepción  
Médico de Familia. C. Saude Beiramar. Vigo

Pedreira Pérez, Milagros  
Médico Adjunto. Servicio Cardiología. CHUS. Santiago

Zamora Casal, Ana  
Médico de Familia. C. Saude Os Mallos. A Coruña

Cad Aten Primaria  
Año 2009  
Volume 16  
Páx. 147-149

Admitido para publicación en abril 2009

## ¿DE QUÉ SE MUEREN LAS MUJERES?

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son, con diferencia, la causa más frecuente de muerte en las mujeres españolas (Tabla 1), ocupando la patología coronaria el segundo lugar tras la enfermedad cerebrovascular (Figura 1). En los últimos años asistimos a una tendencia descendente en las tasas de mortalidad de esta patología, descenso menos acusado en el sexo femenino. A pesar de esta realidad y de la importancia del problema de salud que supone la cardiopatía isquémica (CI) en la mujer, ha sido poco reconocida por los profesionales, la población y por las propias mujeres y continua existiendo la percepción general de que la ECV no es letal para ellas.

La CI en el sexo femenino tiene características específicas, algunas mal identificadas debido en parte a que su presencia en los trabajos de investigación es menor en comparación con la participación masculina, y nosotros como profesionales de atención primaria debemos conocer estos diferentes aspectos (epidemiológicos, diagnósticos, terapéuticos, pronósticos) de la enfermedad coronaria en la mujer ya que en nosotros recae en la mayoría de las ocasiones la identificación inicial y el enfoque adecuado de esta patología.

TABLA 1

Causas de muerte en España, año 2006

Causa	Global	Hombres	Mujeres
Cardiopatía isquémica	37.076	21.194	15.882
Enf. cerebrovascular	32.887	13.849	19.038
Insuficiencia cardiaca	18.888	6.562	12.326
Cáncer brocopulmonar	19.529	16.891	2.638
Enf. Crónicas vías respiratorias	13.604	10.622	2.982
Diabetes	9.672	3.818	5.854
Tumores malignos colon	9.926	5.642	4.284
Tumores malignos estómago	5.716	3.542	2.174
Tumores malignos mama	6.021	65	5.956

## FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

Los factores de riesgo más importantes y clásicos son similares en ambos sexos, con algunas diferencias que matizamos:

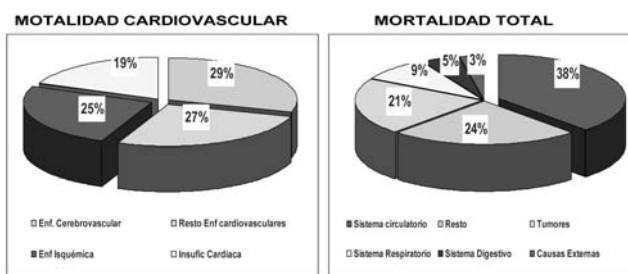


FIGURA 1

Causas de mortalidad en la mujer. Adaptada de Informe SEA 2007

**Edad:** a mayor edad mayor riesgo en ambos sexos pero la edad media de presentación es mayor en la mujer, unos 8-10 años más tarde, y se iguala al varón en la séptima década de la vida.

**Hipertensión:** la presión arterial sistólica se incrementa con la edad de manera más intensa en las mujeres que en los varones y esto hace que en > 60 años la prevalencia de hipertensión sea mayor en la mujer. La presión arterial diastólica aumenta lentamente hasta la quinta década con niveles ligeramente más altos en el varón, para volver después de esa época a los niveles previos pero con valores ligeramente más altos en las mujeres.

**Diabetes:** potente factor de riesgo. La diabetes junto con la hipertensión son los factores de riesgo más prevalentes en mujeres con cardiopatía isquémica. La presencia de diabetes tiene importantes implicaciones pronósticas con un significativo aumento de la morbi-mortalidad.

**HDL y Triglicéridos:** la menopausia supone un punto de inflexión en la vida de las mujeres con cambios en el perfil lipídico. El HDL bajo y Triglicéridos elevados tienen connotaciones especialmente negativas en la mujer.

**Tabaco:** los varones fuman más, aunque afortunadamente ha habido un descenso del consumo, sin embargo este descenso es menor

en las mujeres quienes además inician este consumo a edades más jóvenes. El uso simultáneo de anticonceptivos y tabaco aumenta el riesgo de CI, con un potente efecto trombogénico.

**Obesidad:** de forma aislada o en asociación con otros desórdenes metabólicos, la prevalencia es mayor en la mujer, de forma más relevante a partir de la quinta década.

**Sedentarismo:** mayor prevalencia en la mujer.

**Otros:** Existen otros factores “especiales” que se han asociado a un aumento del riesgo cardiovascular en mujeres como son S. Ovario Poliquístico, depresión, inflamación (PCRhr, interleuquinas, fibrinógeno,..), estrechamiento arteria de la retina, calcificación coronaria, anemia, insuficiencia renal ligera....

## PRESENTACIÓN CLÍNICA

La historia clínica detallada es el elemento clave e insustituible para el diagnóstico y un reto para el médico ya que reconocer la sintomatología de la CI en la mujer puede ser complejo y conducir a un retraso indeseado en su identificación y manejo terapéutico.

La presentación más frecuente de CI en la mujer es la angina, en el hombre es el infarto, pero existen evidencias de que la población femenina con mayor frecuencia que el varón presenta sintomatología atípica (fatiga inusual, cansancio, debilidad, mareo, sudoración, náuseas, vómitos, cefalea, epigastralgia, dolor de espalda, dolor mandíbula, dolor muñecas...). La clínica de los episodios agudos (IAM) es variable, con frecuencia va precedida el más anterior por síntomas inespecíficos (Figura 2); es más frecuente el dolor torácico en reposo, incluso durante el sueño o secundario al estrés, IAM silente, el síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST), IAM trasmutuales, reinfartos precoces y angina postinfarto.

- PRÓDROMOS ( mes previo ):
  - Fatiga inusual (70,7 %).
  - Trastornos del sueño (47,8 %).
  - Dificultad respiratoria (42,1%).
- FASE AGUDA
  - Malestar torácico (29,7%).
  - Dificultad respiratoria (57,9%).
  - Debilidad (54,8%).
  - Fatiga (42,9%).
  - Ausencia de dolor torácico (43%).



FIGURA 2

Síntomas de IAM (infarto agudo de miocardio)  
Circulation, 2003;108:2619-2623

## PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y TRATAMIENTO

En las mujeres con datos de CI, (al igual que en los varones), hay que realizar las pruebas necesarias para confirmar su diagnóstico y extensión. El rendimiento de las diferentes pruebas también es limitado y así, el ECG de esfuerzo tiene una menor utilidad práctica en la

mujer con una sensibilidad del 61% y una especificidad del 70%, su mayor utilidad está en la valoración de la capacidad funcional (buena correlación en mujeres sintomáticas entre capacidad funcional y la tasa de eventos cardiovasculares), las mujeres tienen menor capacidad aeróbica, un menor grado de entrenamiento con un rápido incremento de la frecuencia cardíaca y una mayor dificultad para adaptarse a la cinta o tapiz. Otros test diagnósticos como el estudio isotópico (gated-SPECT de ejercicio- farmacológico) y el ECO de esfuerzo o también farmacológico, sí han demostrado tener una alta sensibilidad y especificidad en mujeres sin diferencias entre sexos. Existen evidencias de que la atención a la mujer con enfermedad coronaria tanto en la fase aguda como crónica puede diferir de la realizada al varón, con una infrutilización de pruebas diagnósticas así como de las estrategias terapéuticas, se realizan menos coronariografías (Figura 3), angioplastias y bypass, hay una mayor demora en la llegada al hospital (Figura 4), ingresan en menor proporción en las Unidades Coronarias y Área de Cardiología.

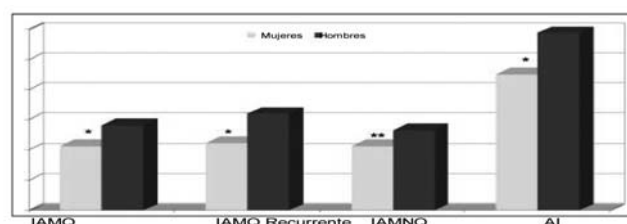


FIGURA 3

Realización de coronariografía en función del diagnóstico y el sexo en pacientes incluidos en diferentes registros españoles. En las mujeres, en todos los grupos diagnósticos, se realizó menos coronariografías que en los hombres. \* $p < 0,0001$ ; \*\* $p < 0,001$ . Cardiovasc Risk Factors 2005;14:112-21.

## Retraso hasta asistencia en SCA

ACS Registry University of Michigan  
1941 pts. > 18 años dx SCA. 683 (35%) mujeres

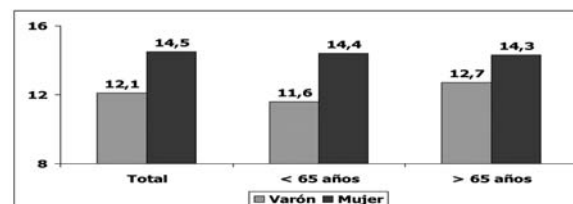


FIGURA 4

Arslanian-Engoren. Am J Cardiol 2006; 98: 1177-81

## PRONÓSTICO

Diversos estudios indican que el pronóstico de las mujeres con una enfermedad coronaria es peor que el de los varones, mayor frecuencia de reinfarto, IC, shock cardiogénico, rotura cardíaca y mayor mortalidad hospitalaria y tardía.

## ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

La American Heart Association, en colaboración con otras sociedades científicas, han desarrollado unas guías específicas de prevención car-

diovascular en la mujer; en esta guía se destaca la importancia de calcular el riesgo de enfermedad cardiovascular (Tabla 2), se hacen recomendaciones sobre el estilo de vida (Tabla 3), se insiste en un control óptimo de los principales factores de riesgo y evitar recomendaciones de clase III, las cuales no deben ser utilizadas para la prevención de la enfermedad cardiovascular o infarto de miocardio (Tabla 4).

**TABLA 2**

Adaptada de L. Mosca et al. Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in woman. Circulation 2007;115; 1481-1501

**Clasificación del riesgo de Enfermedad Cardiovascular en la mujer**

RIESGO ELEVADO	EN RIESGO							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermedad coronaria establecida</li> <li>Enfermedad cerebrovascular</li> <li>Enfermedad arterial periférica</li> <li>Aneurisma de aorta abdominal</li> <li>Insuficiencia renal crónica estadio final</li> <li>Diabetes Mellitus</li> <li>SCORE &gt; 5</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\geq 1</math> de los siguientes FR                             <table border="1"> <tr><td>Tabaco</td></tr> <tr><td>Dieta no cardiosaludable</td></tr> <tr><td>Vida sedentaria</td></tr> <tr><td>Obesidad (sobre todo central)</td></tr> <tr><td>H* Familiar ECV precoz</td></tr> <tr><td>HTA</td></tr> <tr><td>Dislipemia</td></tr> </table> </li> <li>• Enfermedad vascular subclínica</li> <li>• S Metabólico</li> <li>• Pobre capacidad de ejercicio en la prueba de esfuerzo y/o recuperación normal de la frecuencia cardiaca después del ejercicio.</li> </ul>	Tabaco	Dieta no cardiosaludable	Vida sedentaria	Obesidad (sobre todo central)	H* Familiar ECV precoz	HTA	Dislipemia
Tabaco								
Dieta no cardiosaludable								
Vida sedentaria								
Obesidad (sobre todo central)								
H* Familiar ECV precoz								
HTA								
Dislipemia								
RIESGO ÓPTIMO								
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estilo de vida cardiosaludable sin factores de riesgo cardiovascular y SCORE &lt; 1</li> </ul>								

**TABLA 3**

Adaptada de L. Mosca et al. Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in woman. Circulation 2007: 115; 1481-1501

INTERVENCIÓN SOBRE	MODIFICACIÓN ESTILO DE VIDA
TABACO	Cese completo. Evitar humo pasivo. Consejo, tratamiento farmacológico o incluir en programa para dejar de fumar (Clase I. Nivel B).
ACTIVIDAD FÍSICA	30 minutos o más de actividad física de intensidad moderada la mayor parte de los días de la semana (Clase I. Nivel B) y 60-90 minutos o más si es obesa o necesita perder peso (Clase I. Nivel C).
DIETA	Dieta cardiosaludable. Aporte calórico ajustado para evitar el sobrepeso (Clase I. Nivel B)
PESO	Lograr y mantener el peso deseable. Objetivo IMC 18,5-24,9 Kg/m <sup>2</sup> y PC < 88 cm (Clase I. Nivel B)
DEPRESIÓN	Considerar screening en mujeres con ECV y tratarla (Clase IIa, Nivel B)
AC. GRASOS OMEGA-3	Á. grasos omega-3 en capsulas (850 a 1000 mg de EPA y DHA) pueden considerarse en mujeres con enfermedad cardiovascular y altas dosis (2 a 4 g) en mujeres con niveles elevados de triglicéridos (Clase IIb. Nivel B)
REHABILITACIÓN	Incluir en un programa de Rehabilitación cardiovascular a todas las mujeres con ECV reciente (Clase I. Nivel A) o síntomas de IC y Fracción eyección < 40% (Clase I. Nivel B).

**CONCLUSIONES**

Las ECV son la causa más frecuente de muerte en la mujer española, ocupando la cardiopatía isquémica un lugar destacado. A pesar de esta realidad, los estudios ponen de manifiesto que en la adopción de las medidas diagnósticas y terapéuticas de que disponemos la mujer está en desventaja respecto al varón.

Hay diferencias en ambos sexos en diferentes aspectos (edad de presentación, manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamiento y pro-

nóstico) que deben ser conocidos y tenidos en cuenta tanto por el personal sanitario como por las propias mujeres.

**TABLA 4**

Adaptada de L. Mosca et al. Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in woman. Circulation 2007: 115; 1481-1501

INTERVENCIÓN CLASE III. (No deben utilizarse y pueden ser perjudiciales para la prevención de la ECV o IM en mujeres)	
TERAPIA HORMONAL	Terapia hormonal y moduladores de los receptores estrogénicos (Clase III. Nivel A)
SUPLEMENTOS ANTIOXIDANTES	Suplementos vitamínicos antioxidantes (vitaminas E, C, beta carotenos) (Clase III. Nivel A).
ÁCIDO FÓLICO	Acido Fólico con o sin B6 y B12. (Clase III. Nivel A).
AAS EN MUJERES < 65 años	El uso rutinario de aspirina en mujeres < 65 años no está recomendado para prevención de infarto de miocardio. (Clase III. Nivel B)

Resulta imprescindible la investigación dirigida de forma específica a las mujeres y adoptar medidas que contribuyan a mejorar la atención de las enfermedades cardiovasculares en esta población.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Anguita M, Alonso J et al. Proyecto de estudio sobre la situación de la enfermedad cardiovascular de la mujer en España: conclusiones y recomendaciones finales. Rev Esp Cardiol 2008; 8: 55-58
- Instituto Nacional de Estadística. Base de Datos INEBase, 2007. www.ine.es
- Villar F, Banegas JR et al. Informe SEA 2007
- L. Mosca et al. Evidence-based Guidelines for cardiovascular disease Prevention in women. Circulation 2007; 115: 1481-1501.
- Murga N, Pedreira M, Manzón P, Alonso A. temas de actualidad em cardiología clínica y extrahospitalaria. Un nuevo proyecto: enfermedad cardiovascular en la mujer. Rev Esp Cardiol 2006; 59 (Sup 1): 99-104.
- Pedreira M. Enfermedad cardiovascular en la mujer. ¿ Existen diferencias con el hombre?. RCAP 2006; 1:42-54
- Heras M. Cardiopatía isquémica en la mujer: presentación clínica, pruebas diagnósticas y tratamiento de los síndromes coronarios agudos. Rev Esp Cardiol 2006; 59: 371-381.
- Lidón RM. Enfermedad cardiovascular en la mujer. Cardioac Risk Factors. 2005;14:112-21.
- Instituto nacional de Estadística. Causas de Mortalidad 1999, INE 2002.
- Alfonso F, Bermejo J, Segovia J. Enfermedades cardiovasculares en la mujer ¿ por qué ahora ?. Rev Esp Cardiol 2006; 59: 259-263.
- Mosca L, Ferris A, Fabunmi R Robertson RM. Tracking women's awareness of heart-disease. An American Heart association National Study Circulation 2004; 109: 499-510.
- Douglas PS, Ginsburg GS. The evaluation of chest pain in women. N Engl J Med 1996; 334:1311-5.
- Mosca L, Appel LJ, Benjamin EJ, Berra K, Chandra-Strobo N, et al. Evidence-based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women. Circulation 2004; 109:672-93.
- Marco Stramba-Badiale M, Fox KM, Priori SG et al. Cardiovascular disease in women: a statement from the policy conference of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2006; 27: 994-1005.
- Nieto Iglesias J. Factores de riesgo en la mujer. Hipertensión 2005; 22 (2): 45-47.