



## RETOS EN LA SALUD CARDIOVASCULAR DE LAS MUJERES

Uno de los problemas más generalizados en salud pública es el incremento de las enfermedades cardiovasculares (ECV), pues constituyen la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres en España.

Las enfermedades cardiovasculares en mujeres siguen siendo poco estudiadas, poco re-conocidas, infradiagnosticadas y poco tratadas, según la Comisión de Mujeres y ECV de *The Lancet*<sup>1</sup>. La enfermedad cardiovascular es la principal causa de mortalidad para las mujeres y fue responsable del 35% del total de muertes en mujeres a nivel mundial en 2019. Las cifras no han variado y, sin embargo continúa habiendo una escasez de datos segregados por sexo en las diferentes patologías que constituyen la enfermedad cardiovascular.

El infarto de miocardio está gradualmente incrementándose en las mujeres jóvenes y mayores de 65 años, mientras que la incidencia de infarto de miocardio sin obstrucción de arterias coronarias está aumentando en las mujeres menores de 60 años. Asimismo, en un estudio de la Sociedad Española de Cardiología en colaboración con el Ministerio de Sanidad que incluyó 277.281 pacientes con infarto de miocardio, se destacó que el riesgo de muerte en la mujer era el doble que el de los hombre y que en parte se debía a una menor utilización de la angioplastia primaria en la mujer<sup>2</sup>.

La salud cardiovascular es el ámbito donde más se han estudiado las diferencias en salud por sexo, sobre todo tras detectarse desigualdades en la atención a hombres y mujeres con enfermedad coronaria (Ayanian, 1991).

Desde entonces, cientos de artículos recogen diferencias significativas en los factores de riesgo, síntomas, esfuerzo diagnóstico y terapéutico, evolución y pronóstico de las distintas enfermedades.

La incorporación del análisis de sexo-género al estudio del proceso de salud, enfermedad y atención de las ECV ha documentado que hay diferencias de carácter biológico por sexo, así como sesgos de género en la investigación y la atención sanitaria<sup>3</sup>.

La perspectiva de género también permite identificar la complejidad de la interacción de la salud cardiovascular con otros determinantes sociales de la salud aparte del género, como la edad, la clase social, la etnia, las crisis económicas o la migración.

Al utilizar el **patrón estándar como el masculino**, clásicamente se ha considerado igual la enfermedad en hombres y mujeres, existiendo sin embargo **múltiples diferencias biológicas**. Ejemplos de las cuales serían:

-Las mujeres tienen menor prevalencia de enfermedad coronaria aterosclerótica obstructiva y padecen con mayor frecuencia enfermedad de un solo vaso, disfunción de la microvasculatura con alteraciones de la microcirculación, vasoespasmo coronario y disección de las arterias coronarias.

-Los estrógenos intervienen en la vasodilatación y mejoran la función endotelial a través del óxido nítrico, pero la administración exógena de hormonas sexuales no ha mostrado beneficios.



-Las mujeres tienen más complicaciones después de una intervención coronaria invasiva o de cirugía de bypass coronario.

-Padecen con mayor frecuencia insuficiencia cardiaca (IC) diastólica con función sistólica normal, e hipertrofia concéntrica ventricular con fracción de eyección mantenida.

-Están más expuestas a efectos adversos de los fármacos: digoxina, betabloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina y diuréticos, con mayor riesgo de arritmia cardiaca.

Por otro lado, los hombres presentan más estenosis del tronco coronario y enfermedad de múltiples vasos, desarrollan con mayor frecuencia IC con fracción de eyección reducida (IC con disfunción sistólica) e hipertrofia excéntrica con ventrículo dilatado.

También varios estudios nos han mostrado diferencias en la **presentación sintomática** de la cardiopatía isquémica, siendo más frecuentes en las mujeres sintomatología más inespecífica de tipo vagal (náuseas, mareos, molestias epigástricas,) diferente al hombre, lo que hace que a veces no identifique sus síntomas como cardiológicos o importantes, y retrase acudir a un servicio médico. Se ha demostrado una demora en el tiempo que tarda en consultar la mujer desde que los síntomas empiezan, que se debía en ocasiones a que priorizaba otras obligaciones domésticas y de cuidados antes de acudir a urgencias, hecho que tiene que ver con los roles de género de las mujeres.

Además se han detectado **diferencias en el esfuerzo diagnóstico** incluso ante presentación similar en Atención Primaria (AP) de dolor torácico de origen cardiovascular en hombres y mujeres, a los hombres se les deriva con mayor probabilidad a cardiología que a las mujeres, no variando tras ajustar por edad y factores de riesgo de enfermedad cardiovascular<sup>4</sup>.

En las mujeres se realizan menos estudios invasivos y suele haber más errores diagnósticos (menos diagnósticos), se realizan menos pruebas de imagen, menos angiografías y estas cursan con más complicaciones. También existe más demora en la realización de pruebas diagnósticas desde la consulta.

En cuanto a los **sesgos de género en el esfuerzo terapéutico** son también muy importantes. El esfuerzo terapéutico en los servicios de urgencias y en los de cardiología fue también menor en las mujeres ante cuadros clínicos análogos. Las mujeres con síntomas de ataque cardíaco tenían menos probabilidades de recibir aspirina, ser resucitadas o ser transportadas al hospital en ambulancias usando luces y sirenas que los hombres. Otra investigación también mostró que las mujeres jóvenes era sustancialmente menos probable que reciban tratamiento para el infarto de miocardio basado en las guías terapéuticas que los hombres jóvenes. Las mujeres reciben, en menor proporción que los hombres varias medicaciones utilizadas para prevención secundaria tras un síndrome coronario agudo, tales como antiagregantes, betabloqueantes y estatinas. En varios estudios se ha detectado una diferencia significativa según sexo en la realización de angiografías coronarias en los pacientes hospitalizados por enfermedad coronaria, mayor en hombres que en mujeres, incluso controlando por edad, comorbilidad y gravedad. También reciben menos trasplantes cardiacos y se les indica en mucha menor proporción rehabilitación cardiaca, entre otras diferencias.

Distintos estudios reflejan que a las mujeres se les realiza menos exploraciones diagnósticas en la fase aguda del **ictus** y son tratadas con menor frecuencia que los hombres con activador tisular del plasminógeno, antiagregantes y anticoagulantes.



Se han observado diferencias en las tasas de activación Código Ictus, que penalizan a las mujeres, y que podría contribuir a explicar el peor pronóstico general para la mujer en el proceso del ictus que recogen diferentes estudios. Además, se ha detectado mayor morbimortalidad al alta y discapacidad, peor calidad de vida relacionada con la salud y mortalidad, y un menor porcentaje de remisiones al alta a unidades de convalecencia.

También existen diferencias importantes en los **factores de riesgo cardiovascular**:

En cuanto a los factores de riesgo clásicos, las mujeres tiene un mayor riesgo que los hombres de infarto agudo de miocardio asociado cuando padecen hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes. También es más importante el exceso de riesgo cardiovascular producido por la obesidad en mujeres que en hombres. El aumento de riesgo de enfermedad cardiovascular asociado con el tabaquismo es 25% mayor en mujeres que en hombres, siendo necesario tener en cuenta que el tabaquismo está aumentando en mujeres jóvenes (<25 años). El comportamiento sedentario asociado con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares es mayor en las niñas y las mujeres que los hombres, en relación a los roles de género y a la menor promoción del deporte femenino.

Además es muy importante destacar factores específicos al sexo femenino y factores de riesgo poco reconocidos que afectan mayoritariamente a las mujeres:

**Factores de riesgo específicos del sexo**

- Menopausia prematura
- Diabetes gestacional
- Trastornos hipertensivos del embarazo
- Parto prematuro
- Síndrome de ovario poliquístico
- Enf. Inflammatorias sistémicas y trastornos autoinmunes

**Factores de riesgo poco reconocidos:**

- Factores de riesgo psicosocial
- Violencia contra la mujer en la pareja
- Privación socioeconómica
- Poca alfabetización en salud
- Factores de riesgo ambiental

Entre estos factores es importante destacar que los **roles de género y las desigualdades tienen mucho que ver con la enfermedad**: la mayor dedicación a los cuidados que genera sobrecarga física y estrés emocional, la precariedad laboral que favorece la pobreza (mayor en mujeres) y la violencia de género que causa estrés, ansiedad y depresión factores también relacionados con la cardiopatía isquémica.

En 2022 se ha publicado la *Estrategia de Salud Cardiovascular del SNS* que incorpora la perspectiva de género y ha considerado la equidad y género en salud cardiovascular uno de los ejes específicos, identificando unos puntos críticos de actuación:

-Estimular la realización de estudios epidemiológicos sobre diferencias de prevalencia de ECV condicionadas por género u otras inequidades.

-Promocionar el conocimiento y el autocuidado de la salud cardiovascular en las mujeres.

-Formar a todos los profesionales del SNS sobre los aspectos específicos de la ECV (diagnóstico y tratamiento) en la mujer y las desigualdades por género.

En Atención Primaria hay mucho que podemos hacer para mejorar la salud cardiovascular de la mujer, desde la formación y difusión de conocimiento en las actividades docentes y formación especializada, hasta tenerlo en cuenta en nuestros trabajos de investigación e integrar la perspectiva de equidad y género en planes y estrategias. En la asistencia es necesario tener en cuenta las diferencias en los factores de riesgo, considerando los factores que afectan específicamente a la mujer, así como seguir protocolos y guías de actuación con enfoque de género para reducir los sesgos diagnósticos y terapéuticos.

1. Vogel B. et al. The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. *Lancet* 2021; 397: 2385–438.

2. Ministerio de Sanidad. Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud (ESCAV). 2022.

[https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia\\_de\\_salud\\_cardiovascular\\_SNS.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia_de_salud_cardiovascular_SNS.pdf)

3. Ruiz Cantero M. Teresa (Coord.). Perspectiva de género en medicina. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve, Monografía 39; 2019. Disponible en:

<https://www.esteve.org/libros/perspectiva-de-genero-en-medicina/>

4. Ruiz Cantero MT, Salvador Sánchez L. Retos de la Atención Primaria de Salud desde la perspectiva de género. *Sesgos e innovaciones*. AMF 2020;16(5):250-257.