

Cartas al Editor

Cardiopatía isquémica y mujer: son necesarias más respuestas***Ischemic Heart Disease and Women: More Answers Are Needed*****Sra. Editora:**

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte de las mujeres¹. Desafortunadamente, ni muchos médicos ni la mayoría de los pacientes son conscientes de este riesgo. Por este motivo, estudios como el realizado por Vidal-Pérez et al tienen especial relevancia para la práctica clínica habitual². No obstante, se debería analizar en mayor profundidad algunos de los resultados presentados.

En cuanto a las características clínicas de los pacientes según el sexo, sorprende el hecho de que los varones tengan más edad que las mujeres, cuando diferentes registros han mostrado que las mujeres con cardiopatía isquémica son de más edad, debido a que en general la aparición de la enfermedad en ellas suele ocurrir tras la menopausia³. En consecuencia, sería interesante que los autores explicaran más este punto. ¿Tuvo importancia que el reclutamiento de los pacientes se realizara en el ámbito de la atención primaria y no en consultas de cardiología? ¿Influyó de alguna manera que los pacientes debieran tener una cardiopatía isquémica con antigüedad mínima de 1 año para ser incluidos, lo que excluiría a los pacientes más graves?

Por otra parte, también resulta sorprendente el hecho de que en los datos presentados por los autores, si bien los varones tenían más edad y más antecedentes de infarto de miocardio y de lesión multivascular, la mortalidad y los ingresos hospitalarios fueran similares entre ambos sexos. ¿Cómo se explica?

Estudios previos han mostrado que en las mujeres se realizan menos pruebas de detección de isquemia, al igual que menos coronariografías³, datos que se confirman en el estudio realizado por Vidal-Pérez et al². Es posible que pueda explicar esta situación el hecho de que, en comparación con los varones, en las mujeres sean menos frecuente el infarto de miocardio y más frecuente la angina estable como presentación clínica de la cardiopatía, junto con la mayor atipicidad de la clínica en ellas⁴. Aunque, por otra parte, hay que recordar que en los pacientes con angina estable, el intervencionismo percutáneo no ha demostrado superioridad a largo plazo en comparación con el tratamiento médico óptimo⁵⁻⁷.

Finalmente, diversos estudios han demostrado que, para reducir la mortalidad por cardiopatía isquémica, tan importante es el tratamiento médico (fármacos antiisquémicos, revascularización percutánea/quirúrgica, etc.) como el adecuado control de los factores de riesgo cardiovascular^{8,9}. Estudios previos han señalado un peor control de los factores de riesgo en las mujeres con cardiopatía isquémica, lo que a largo plazo podría contribuir a un peor pronóstico³. Sería interesante que los autores mostraran el grado de control de los diferentes factores de riesgo cardiovascular según el sexo.

En cualquier caso, estudios como el presentado por Vidal-Pérez et al² son de gran utilidad. Se necesitan nuevos estudios que analicen específicamente tanto el perfil clínico como el manejo de las mujeres con cardiopatía isquémica en España. Actualmente se está llevando a cabo el registro SIRENA (eStudio observacional sobre cardiopatía isquémica Estable en la mujer, cuyo promotor es la Sociedad Española de Cardiología), que sin duda aportará información ciertamente relevante en este contexto.

Carlos Escobar^a y Vivencio Barrios^{b,*}^aServicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España^bServicio de Cardiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

Correos electrónicos: vbarrios@meditex.es, vbarrios.hrc@salud.madrid.org (V. Barrios).

On-line el 6 de septiembre de 2012

BIBLIOGRAFÍA

1. Fox CS, Evans JC, Larson MG, Kannel WB, Levy D. Temporal trends in coronary heart disease mortality and sudden cardiac death from 1950 to 1999. The Framingham Heart Study. *Circulation*. 2004;110:522-7.
2. Vidal-Pérez R, Otero-Raviña F, Gómez Vázquez JL, Santos Rodríguez JA, De Frutos De Marcos C, González-Juanatey JR. Cardiopatía isquémica en la mujer. Datos del estudio CIBAR. *Rev Esp Cardiol*. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.recresp.2012.02.014>
3. Barrios V, Escobar C, Bertomeu V, Murga N, De Pablo C, Calderón A. Sex differences in the hypertensive population with chronic ischemic heart disease. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008;10:779-86.
4. Mosca L, Banka CL, Benjamin EJ, Berra K, Bushnell C, Dolor RJ, et al. Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women: 2007 update. *Circulation*. 2007;115:1481-501.
5. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, Hartigan PM, Maron DJ, Kostuk WJ, et al. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med*. 2007;356:1503-16.
6. Stergiopoulos K, Brown DL. Initial coronary stent implantation with medical therapy vs medical therapy alone for stable coronary artery disease: meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med*. 2012;172:312-9.
7. Escobar C, Barrios V. What is the place of percutaneous coronary intervention in the management of stable angina? *Hellenic J Cardiol*. 2012;53:249-50.
8. Wijeyesundera HC, Machado M, Farahati F, Wang X, Wittman W, Van der Velde G, et al. Association of temporal trends in risk factors and treatment uptake with coronary heart disease mortality, 1994-2005. *JAMA*. 2010;303:1841-7.
9. Flores-Mateo G, Grau M, O'Flaherty M, Ramos R, Elosua R, Violan-Fors C, et al. Análisis de la disminución de la mortalidad por enfermedad coronaria en una población mediterránea: España 1988-2005. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:988-96.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recresp.2012.06.029><http://dx.doi.org/10.1016/j.recresp.2012.02.014><http://dx.doi.org/10.1016/j.recresp.2012.06.018>