

Proyecto de estudio sobre la situación de la enfermedad cardiovascular de la mujer en España: conclusiones y recomendaciones finales

Manuel Anguita^a, Joaquín Alonso^b, Vicente Bertomeu^c, Juan J. Gómez-Doblas^d, Ramón López-Palop^e, Milagros Pedreira^e, Julián Pérez-Villacastín^f y Eulàlia Roig^g

^aHospital Reina Sofía. Córdoba. España.

^bHospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada. Madrid. España.

^cHospital San Juan. Sant Joan d'Alacant. Alicante. España.

^dHospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga. España.

^eHospital Clínico. Santiago de Compostela. La Coruña. España.

^fHospital Clínico de San Carlos. Madrid. España.

^gHospital Clínic. Barcelona. España.

En este artículo se presentan las conclusiones y las recomendaciones finales del estudio sobre la enfermedad cardiovascular de la mujer en España, realizado por la Sociedad Española de Cardiología. Hay diferencias notables entre mujeres y varones respecto a las características clínicas, el perfil de riesgo, la realización de pruebas diagnósticas, las medidas terapéuticas y el pronóstico en la mayor parte de las enfermedades estudiadas, sobre todo en el síndrome coronario agudo, la insuficiencia cardíaca y la hipertensión arterial. Las diferencias en el manejo diagnóstico y terapéutico son, en general, desfavorables para las mujeres. No existe información adecuada respecto a la fibrilación auricular y las enfermedades valvulares, por lo que es preciso realizar estudios específicos de estas afecciones. Son necesarias campañas de información y educación para concienciar tanto a la sociedad en general como a los profesionales sanitarios sobre estas desigualdades, así como adoptar medidas que contribuyan a mejorar la atención de las enfermedades cardiovasculares en las mujeres.

Palabras clave: *Enfermedades cardiovasculares. Prevención. Diferencias por sexo.*

A Study of Cardiovascular Disease in Women in Spain: Conclusions and Final Recommendations

This article details the conclusions and final recommendations of the study on cardiovascular disease in women in Spain carried out by the Spanish Society of Cardiology. Important differences were found between men and women in clinical characteristics, risk factors, diagnostic assessment, treatment and prognosis in most of the conditions studied, but particularly in acute coronary syndrome, heart failure and hypertension. In general, differences in diagnostic and therapeutic procedures work to women's disadvantage. The information available on atrial fibrillation and valvular heart disease is incomplete and studies focusing on these conditions are needed. There is also a need for a program of education and information to raise awareness of inequalities between the sexes both in the general public and among healthcare professionals, and for practical measures that will improve care for women with cardiovascular disease.

Key words: *Cardiovascular disease. Prevention. Sex differences.*

Existe información amplia y recogida en fuentes fiables, procedente de registros y estudios realizados por la Sociedad Española de Cardiología, sus Secciones Científicas y sus Sociedades Filiales, sobre la situación de la atención, las características y el manejo de

la enfermedad cardiovascular en España en los últimos 5-10 años. Esta información procede de estudios poblacionales y registros generales sobre las distintas enfermedades, realizados en ámbitos tanto hospitalarios como ambulatorios y con una metodología adecuada, por lo que sus resultados probablemente sean representativos de la mayor parte de los pacientes con enfermedad cardiovascular en España.

El amplio número de pacientes incluido en estos estudios y registros y el importante porcentaje de mujeres permiten realizar un análisis fiable de las diferencias por sexo en el manejo y las características de la

Correspondencia: Dr. M. Anguita.
Agencia de Investigación de la Sociedad Española de Cardiología.
Nuestra Señora de Guadalupe, 8-10. 28028 Madrid. España.
Correo electrónico: manuelp.anguita.sspa@juntadeandalucia.es

enfermedad cardiovascular en España en la mayoría de las afecciones más importantes. La información obtenida y presentada en el presente informe es exhaustiva en el campo del síndrome coronario agudo, la insuficiencia cardíaca, la hipertensión arterial y el trasplante cardíaco. Hay menos información sobre la fibrilación auricular y las enfermedades valvulares.

En general, y en el conjunto de todas las enfermedades, hay importantes diferencias según el sexo. Las características clínicas y etiológicas, el perfil de factores de riesgo cardiovascular, la realización de pruebas diagnósticas, las medidas terapéuticas y el pronóstico son distintos entre varones y mujeres en la mayor parte de las patologías y variables estudiadas. En general, y sobre todo en el campo del síndrome coronario agudo y de la insuficiencia cardíaca, las mujeres se ven desfavorecidas respecto a los varones en la adopción de las medidas diagnósticas y terapéuticas recomendadas, lo que puede influir en un peor pronóstico. Sin embargo, aunque el sexo por sí solo es un factor predictor independiente de alguna de estas diferencias, es posible que en los distintos manejo y pronóstico influyan otras variables, como el distinto perfil de riesgo inicial y la distinta percepción de dicho riesgo entre mujeres y varones, como se comenta a continuación.

En el síndrome coronario agudo (SCA), el estudio realizado constituye una investigación extensa sobre la influencia del sexo en las características, la evolución, el manejo y el pronóstico del SCA en España. Aporta información de un período concreto (1994-2002) y de 48.369 pacientes (13.405 con SCASEST y 34.334 con SCACEST) de los que el 24,3% son mujeres (el 26,6% de los pacientes con SCASEST y el 23,2% de aquellos con SCACEST). Los resultados de la investigación deben ser interpretados a la luz de las limitaciones referidas en el capítulo correspondiente, relacionadas con la validez actual y los posibles sesgos derivados de la metodología utilizada.

En el SCA sin elevación del segmento ST (SCASEST), las mujeres tenían una media de edad superior a la de los varones (6 años de promedio) y un perfil de riesgo cardiovascular mucho más desfavorable, con mayor prevalencia de hipertensión arterial, dislipemia y diabetes, sin bien la tasa de tabaquismo era muy inferior. En cuanto a antecedentes cardiovasculares, la proporción de mujeres con antecedentes de accidente cerebrovascular (ACV) o angina fue similar, pero los varones tenían una mayor carga aterosclerótica, como demuestra la mayor frecuencia de antecedentes de infarto, revascularización coronaria y enfermedad vascular periférica. El uso de antiagregantes plaquetarios y antitrombóticos en el tratamiento hospitalario de los pacientes con SCASEST fue alto y similar entre varones y mujeres. En los demás tratamientos se aprecian diferencias, con menos uso de bloqueadores beta, y no claramente explicables, ya que en función de las características basales (perfil de más riesgo), se habría espe-

rado un tratamiento más intensivo. Sí se observó un mayor uso de inhibidores de la convertasa angiotensínica (IECA) y diuréticos en las mujeres, probablemente en relación con las mayores prevalencia de hipertensión arterial e incidencia de insuficiencia cardíaca durante el ingreso. La mortalidad y la incidencia de eventos adversos (IAM, insuficiencia cardíaca y shock cardiogénicos) fueron un 50% superiores en las mujeres, tanto durante la fase aguda como a los 28 días y al año. Sin embargo, el análisis multivariable mostró que el sexo no es un factor predictor independiente de mortalidad hospitalaria ni a los 28 días. El exceso de mortalidad se explica por otros factores con frecuencia relacionados con el sexo femenino. Así, fueron factores predictores de mortalidad la diabetes, haber tenido ya un infarto de miocardio y la edad.

En el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST), las mujeres presentaron un perfil que las diferencia de los varones, similar al del grupo de pacientes con SCASEST, si bien se aprecian algunas diferencias. La diferencia en la media de edad fue mayor en los pacientes con elevación del ST que en el SCASEST (8,8 años superior en las mujeres), pero la prevalencia de dislipemia fue similar. El resto de las diferencias fue similar al grupo de SCASEST (en las mujeres, menos prevalencia de tabaquismo y más hipertensión y diabetes, y más frecuente historia de angina e insuficiencia cardíaca; menos de infarto, revascularización coronaria y claudicación intermitente). El porcentaje de mujeres con SCACEST reperfundidas con fibrinólisis fue inferior al de varones. El tiempo hasta la reperusión es mayor en las mujeres que en los varones. El retraso se produce por una mayor demora tanto en la llegada al hospital (tiempo entre el inicio del dolor y el ingreso) como entre el ingreso y el inicio de la reperusión. En las mujeres con SCACEST, al igual que ocurría con las que sufrieron un SCASEST, se detectan diferencias en la utilización de las intervenciones farmacológicas y de los recursos terapéuticos que, considerando el mayor riesgo de las mujeres, permiten sospechar infrautilización de medios en las mujeres respecto a los varones. La mortalidad y las complicaciones hospitalarias en las mujeres con SCACEST se duplican en relación con las de los varones. Al igual que ocurrió con el SCASEST, la mortalidad a 28 días en los pacientes con SCACEST fue muy alta, 11,5%. La mortalidad de las mujeres al mes fue el doble que la de los varones (20%). Al contrario que en el grupo de pacientes con SCASEST, en los pacientes con SCACEST el hecho de ser mujer sí se comportó como un factor predictor independiente de mortalidad hospitalaria a 28 días y a 1 año, de forma que ésta se incrementó un 30%.

En la insuficiencia cardíaca (con estudios que incluyen a más 6.000 pacientes), su prevalencia fue muy elevada, en torno al 7%, y similar entre mujeres y varones. Tanto en pacientes hospitalizados por in-

suficiencia cardiaca aguda como en pacientes establi- zados, controlados en consultas ambulatorias, las mujeres con insuficiencia cardiaca tuvieron mayor edad, un perfil de riesgo cardiovascular más desfavorable (mayor prevalencia de hipertensión arterial y diabetes), menos antecedentes de cardiopatía isquémica y una etiología distinta (isquémica con mayor frecuencia en varones e hipertensiva y otras de causa no isquémica en mujeres). Asimismo, y probablemente en relación con esta etiología, el tipo fisiopatológico de insuficiencia cardiaca también fue distinto (mayor proporción de casos con función sistólica conservada en mujeres y con función sistólica deprimida en varones). No se observaron grandes diferencias en las técnicas diagnósticas utilizadas, salvo por una mayor realización de pruebas para detectar isquemia miocárdica (ergometría, coronariografía) en varones. La determinación por ecocardiografía de la fracción de eyección fue similar en ambos sexos. Tampoco se observaron grandes diferencias en cuanto al tratamiento farmacológico, si bien la utilización de IECA y bloqueadores beta fue ligera, aunque significativamente menor, en mujeres. La mortalidad, tanto hospitalaria como a largo plazo, fue similar en mujeres y varones, aunque la incidencia de reingresos por descompensación de insuficiencia cardiaca sí fue superior en mujeres, en lo que pudieron influir las diferencias observadas en el tratamiento.

En la hipertensión arterial, los registros analizados incluyen a casi 50.000 pacientes, y concluyen que las mujeres hipertensas presentan características diferenciales importantes respecto a los varones: mayor edad; mayor prevalencia de obesidad, diabetes, hiperlipemia y síndrome metabólico y menor de tabaquismo; distinta afección de órganos diana (más alteraciones renales y cerebrovasculares, fibrilación auricular e insuficiencia cardiaca, y menos problemas relacionados con cardiopatía isquémica y arteriopatía periférica). No se observaron diferencias significativas en el tratamiento farmacológico utilizado, aunque se vio una tendencia a una mayor utilización de algunos fármacos, como diuréticos o nitratos y sobre todo fármacos no cardiovasculares (como antiinflamatorios no esteroideos). El control de la presión arterial no fue adecuado en la mayor parte de la población estudiada, sin diferencias significativas entre mujeres y varones.

Hay poca información sobre la prevalencia de fibrilación auricular y el conocimiento de sus características, manejo, tratamiento y pronóstico y complicaciones a largo plazo, derivada de estudios locales y no de estudios nacionales. Por ello, parece necesario diseñar y realizar estudios amplios y multicéntricos que incluyan todo el territorio nacional, con el objetivo, por una parte, de estudiar su prevalencia, general y por subgrupos de edad y sexo (estudios epidemiológicos poblacionales) y, por otra, conocer sus características clínicas, las enfermedades asociadas, el tratamiento y el

pronóstico a largo plazo (registros transversales y longitudinales multicéntricos).

Respecto a las enfermedades valvulares, no existen registros nacionales integrales, por lo que no se puede extraer conclusiones definitivas. Datos procedentes de la comunidad autónoma andaluza indican que la mortalidad tanto por valvulopatía aórtica no reumática como por valvulopatía mitral reumática es mayor en mujeres que en varones de cualquier edad. En el registro andaluz de valvulopatías se observan algunos datos diferenciales en relación con el sexo: aumento del número de ingresos hospitalarios por valvulopatía severa y de algunas comorbilidades asociadas, como la anemia, en mujeres; mayor prevalencia de valvulopatía reumática en mujeres que en varones, y menor incidencia de disfunción ventricular izquierda en varones. Por el contrario, no hubo diferencias en la utilización de cirugía valvular entre sexos. La falta de información nacional hace también necesario, al igual que ocurre con la fibrilación auricular, diseñar y realizar estudios más amplios.

Por último, en relación con el trasplante cardiaco, el análisis de los datos del muy exhaustivo Registro Nacional de Trasplante Cardiaco, permite extraer conclusiones fiables de las diferencias por sexo en este campo (se comparó a 762 mujeres y 3.646 varones trasplantados en España desde mayo de 1984 a diciembre de 2005). La relación varones:mujeres trasplantados fue 5:1. Las mujeres suelen ser más jóvenes (45 ± 18 frente a 51 ± 14 años; $p < 0,05$), con mayor incidencia de miocardiopatía dilatada idiopática (el 39,8 frente al 31,3%; $p < 0,05$) y menos factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, el 16,2 frente al 23,1%; $p < 0,05$; dislipemia, el 25 frente al 36%; $p < 0,05$). Las mujeres con más frecuencia se trasplantan en situación urgente (el 26,8 frente al 23,4%; $p < 0,05$) y sufren fallo agudo del injerto (el 17,4 frente al 13,5%; $p < 0,05$). Durante el seguimiento, presentan mayor incidencia de complicaciones óseas (el 15,5 frente al 10,9%; $p < 0,05$) y menor incidencia de dislipemia (el 38 frente al 45%; $p < 0,05$), hipertensión arterial (el 36 frente al 49%; $p < 0,05$), complicaciones digestivas (el 12 frente al 16%; $p < 0,05$) y tumores (el 9 frente al 12,5%; $p < 0,05$). La probabilidad de supervivencia fue menor a corto plazo ($p < 0,05$) pero similar a la de los varones a medio y largo plazo ($p = 0,6$). El análisis multivariable mostró 14 variables asociadas a mortalidad en el varón por tan sólo 5 en la mujer. Puede concluirse que hay diferencias importantes entre el número de varones y el de mujeres que se trasplantan en España, lo que puede explicarse en parte por la menor incidencia de cardiopatía isquémica en las edades en que se realiza el trasplante cardiaco, aunque debe de haber otros factores para explicar esa tan elevada diferencia. La probabilidad de supervivencia, a excepción de la etapa precoz, es similar en ambos sexos.

Este informe detecta diferencias entre varones y mujeres en el perfil clínico y demográfico y en el uso de recursos terapéuticos que explican parte de las diferencias en la mortalidad y la morbilidad observadas en las mujeres, lo que es más evidente en las afecciones más graves, como la insuficiencia cardíaca y, sobre todo, el síndrome coronario agudo. La mayor prevalencia de diabetes, hipertensión arterial, obesidad y enfermedades concomitantes y el perfil de riesgo total en la mujer pueden influir de forma importante en esas diferencias, puesto que el papel del sexo por sí solo se diluye algo y se reduce cuando se realizan análisis multivariantes. Existen oportunidades de mejora que deben pasar por campañas dirigidas a la mujer que apuesten por la concienciación de que la cardiopatía isquémica es una enfermedad que afecta de manera tan importante a la mujer como otras incluidas ya en la mentalidad preventiva de la mujer, como el cáncer de mama. Por otra parte, parecen necesarios programas que cambien la actitud de todos los ámbitos asistenciales para mejorar la identificación precoz de la mujer con SCA y conseguir la optimización de su tratamiento en la práctica real, de acuerdo con las recomendaciones de las guías de las diferentes sociedades científicas. Estos programas y campañas también deben hacer énfasis en el resto de las enfermedades relacionadas con la cardiopatía isquémica, como la insuficiencia cardíaca y la hipertensión arterial, entre otras.

A continuación se dan algunas recomendaciones específicas:

- Campañas de divulgación de los resultados del presente informe, tanto entre la población general (medios de comunicación general: impresos, audiovisuales y electrónicos; ruedas de prensa, notas de prensa por parte del Ministerio y de la Sociedad Española de Cardiología, tanto de forma individual como conjunta) como en la comunidad científica (cardiólogos y profesionales sanitarios en general, mediante noticias, entrevistas, etc., en los medios de divulgación sanitarios, presentaciones en congresos científicos, publicaciones en revistas científicas, libros, folletos y otros).

- Campañas de divulgación específicas en reuniones, congresos y, en general, ámbitos relacionados específicamente con la mujer. El papel del Observatorio de la Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo debe ser predominante en estas campañas.

- Utilización de la información obtenida en el presente informe dentro de las estrategias del Ministerio de Sanidad y Consumo: difusión interna, edición de monografías, etc. Sería muy interesante la discusión de estos datos en foros donde haya representantes de las administraciones sanitarias autonómicas (Consejo Interterritorial o comités ad hoc), con el objetivo de que las actuaciones se hicieran de forma coordinada en todas las comunidades autónomas.

- Edición de un número monográfico de REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, órgano oficial de la Sociedad Española de Cardiología, en forma de suplemento, con los contenidos del presente informe.

- Diseño y realización de estudios científicos para los próximos años en los campos en que la información existente es escasa o no cubre todo el territorio nacional, fundamentalmente en el ámbito de la fibrilación auricular y las valvulopatías. En este aspecto, la colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Sociedad Española de Cardiología tendría gran interés.

- Diseño y realización de estudios científicos en los próximos años en el campo de la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardíaca y la hipertensión arterial, con el objetivo de evaluar los cambios producidos en las características, el manejo y el pronóstico de las afecciones cardiovasculares con el paso de los años. Los datos obtenidos con estos estudios nos indicarían la efectividad de las actuaciones realizadas para mejorar la atención a las mujeres con enfermedad cardiovascular en España.

- Realización de un nuevo informe sobre las diferencias por sexo en las enfermedades cardiovasculares en España dentro de 5 años, a fin de concretar los cambios y las mejoras conseguidos.

- Por último, sería de gran interés la adopción de medidas que permitieran o facilitaran una mayor presencia de mujeres en los ensayos clínicos que evalúen medidas diagnósticas o terapéuticas en las distintas enfermedades cardiovasculares, ya que en la gran mayoría de los ensayos disponibles, en los que se basan en buena medida las recomendaciones actuales, la participación de mujeres es baja. Ello produce dudas sobre si los resultados de estos estudios son aplicables también a las mujeres. Las administraciones sanitarias y las sociedades científicas deberían promover la realización de ensayos y estudios diseñados específicamente para las mujeres.