

# ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y MENOPAUSIA

Pilar Valero Lance<sup>1</sup>; Cristela Lázaro Romero; Pedro García Bermejo; M.<sup>a</sup> José Martínez Rocique

*Grupo de Atención a la Mujer de la Sociedad Valenciana de MFyC. Consultorio Auxiliar de Godolleta. Valencia*

La enfermedad cardiovascular es un proceso crónico de etiología multicasual, considerada como la primera causa de mortalidad en España. En 1992 la enfermedad cardiovascular produjo un 46.7% de todas las muertes de las mujeres españolas. Dentro de ellas la enfermedad cerebrovascular produjo un 34.4% de las muertes y la cardiopatía isquémica solo un 20.5%. Entre los varones la proporción fue a la inversa. (28; 36).

Aunque en los últimos años se ha detectado un descenso de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en ambos sexos, se prevee que el impacto de la coronariopatía aumentará sustancialmente durante los próximos 30 años por el envejecimiento de la población.

Respecto a la cardiopatía isquémica todo el mundo asume que existe una diferencia de género en las tasas de mortalidad, que es debida al efecto protector que ejercen los estrógenos en las mujeres antes de la menopausia, lo que hace que ese riesgo se mantenga por debajo del hombre hasta ese momento. Sin embargo, según una revisión de McKinlay, la variabilidad de la tasa de mortalidad por CI entre ambos sexos, está explicada por la edad. Según los datos del Ministerio de Sanidad y Consumo de mortalidad por CI en 1995, el incremento de tasa corre paralelo en hombres y mujeres conforme avanza la edad, sin llegar a desaparecer en ningún momento la diferencia entre ambos sexos. Estos datos contradicen el mito del rebote que postula que se produce una aceleración en el incremento de las tasas coincidiendo con la menopausia.

## FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA MUJER

La información disponible sobre las mujeres se ha obtenido en muchas ocasiones extrapolando los resul-

tados obtenidos en estudios de varones, debido a un sesgo de género en la selección de individuos para estudios epidemiológicos y ensayos clínicos.

Los factores de riesgo identificados de enfermedades cardiovasculares en las mujeres son:

**(a) Hipertensión.** Aunque el impacto de la hipertensión en los índices de mortalidad entre las mujeres es menor, a medida que envejecen el efecto se hace más espectacular. En el caso de las mujeres con edad > 55 años, un aumento de PA sistólica >160 mmHg con PA diastólica normal es predictivo de CI.

**(b) Hábito tabáquico.** Aunque siempre se ha considerado un hábito predominantemente masculino, en la actualidad es un hábito frecuente en mujeres en edad perimenopáusicas.

**(c) Dislipemia.** Se detecta riesgo importante principalmente con una disminución del colesterol-HDL (<50 mg/dl) combinado con hipertrigliceridemia (>400 mg/dl). Los datos adicionales del estudio Framingham y el estudio Donolo-Tel Aviv corroboran la potente relación entre el colesterol total y la CI en mujeres; no obstante estas cifras de colesterol son mayores que en el varón (>265 mg/dl). También es importante señalar que en las mujeres el porcentaje de colesterol-HDL en el nivel de colesterol total disminuye con la edad, por lo tanto origina un aumento del cociente CT/cHDL dependiente de la edad.

**(d) Diabetes mellitus.** Se ha demostrado que la diabetes tipo 2 es la forma más frecuente de diabetes en mujeres ancianas, con una prevalencia del 9% en mujeres > 65 años y un 25% en mujeres > 85 años.

**(e) Obesidad.** A lo largo de la vida de la mujer adulta, la incidencia de obesidad aumenta el triple y alcanza una meseta aproximadamente a los 65 años. La obesidad se asocia con otros factores de riesgo lo que hace aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares y muerte.



**(f) Menopausia prematura.** El descenso brusco de los niveles estrogénicos conlleva un riesgo de CI 2.2 veces más elevado que una mujer premenopáusica de la misma edad. Esta circunstancia es diferente a la que ocurriría en la menopausia fisiológica, donde el descenso sería progresivo a lo largo de unos años permitiendo la puesta en marcha de mecanismos adaptativos.

**(g) Sedentarismo.** Va ligado a otros factores de riesgo.

**(h) Historia familiar de enfermedad cardiovascular.** En madre o hermana antes de los 60 años y/o en padre o hermano antes de los 50 años.

**(i) Raza.** La incidencia en las mujeres de raza negra es mayor que en mujeres de raza blanca; en estas últimas la incidencia es mayor que en mujeres no negras de otras razas.

## HIPOESTROGENISMO Y SISTEMA CARDIOVASCULAR

A continuación se recogen los distintos mecanismos que explicarían la acción de los estrógenos sobre el aparato cardiovascular:

- Como vasodilatadores sobre el endotelio:
  - Potenciando la acción de las prostaciclinas.
  - Incrementando la producción de óxido nítrico e inhibiendo la enzima de conversión de angiotensina en las células mioepiteliales.
  - Disminuyendo la reactividad vascular.
  - Mejorando el perfil hemodinámico.
  - Aumentando la sensibilidad a la insulina.
- Interactúan con el metabolismo lipídico:
  - Incrementan las concentraciones de colesterol-HDL
  - Reducen el colesterol total.
  - Reducen el colesterol-LDL, la lipoproteína a y el fibrinógeno.

En las mujeres postmenopáusicas el aumento del riesgo cardiovascular está ligado en mucho menor

medida a la privación estrogénica que al aumento de la prevalencia de factores de riesgo que suelen aparecer con la edad.

El proyecto MONICA, propiciado por la OMS y que se plantea estudiar las tendencias de las enfermedades cardiovasculares valorando qué influencia tienen la exposición a diferentes factores de riesgo, cambios en los estilos de vida y atención sanitaria que reciben los ciudadanos de los distintos países del estudio, recoge que el riesgo de mortalidad por CI de los hombres respecto de las mujeres oscila desde 2 a 8 según los países, lo que sugiere la existencia de otros factores diferentes a la biología. También nos muestra este estudio que las mujeres españolas por encima de los 55 años, tiene una prevalencia mayor de obesidad, hipercolesterolemia y diabetes que el hombre, y por encima de los 65 años de hipertensión.

Por tanto, no existe evidencia de que la menopausia "per se" sea un factor de riesgo. Por otro lado, la mayoría de los estudios hasta el momento son estudios observacionales con claros sesgos de selección. Algunos de estos estudios se muestran en la tabla 1.

Están en marcha diversos estudios de intervención randomizados como el *Women's Health Initiative* y el *Women Across Nation Study*, dirigidos a determinar qué recomendaciones de prevención primaria son efectivas en mujeres climatéricas. Y el *Weel-Hart* que persigue los mismos objetivos en prevención secundaria.

Mientras se eliminan los sesgos de selección y se completan los estudios que están en marcha acerca de menopausia natural y enfermedad cardiovascular, es prematuro etiquetar la menopausia como factor de riesgo. Debemos, por tanto, actuar sobre factores de riesgo ya conocidos y relacionados claramente con la edad. En la tabla 2 se recogen los porcentajes de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular en la mujer según la intervención realizada.



**TABLA 1**

<b>ESTUDIO</b>	<b>CONCLUSIONES</b>
Framingham Nurses' Health Study	Encuentran relación entre menopausia y enfermedad cardiovascular. Las mujeres con THS gozaban de mejor salud y tenían mejores hábitos de vida.
PEPI	Efectos positivos de los estrógenos sobre los lípidos. No valora reducción de eventos cardiovasculares.
Sullivan	Observó mejor supervivencia en usuarias de THS con CI previa.
HERS	No ha demostrado este beneficio. Demuestra un incremento de riesgo de enfermedad cardiovascular.

**TABLA 2**

<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>REDUCCIÓN DEL RIESGO</b>
Cesación del tabaco.	50-80% a los 3-5 años.
Reducción del colesterol.	2-3% por cada 1% de reducción del colesterol (valores para hombres).
Tratamiento hipertensión.	16% a los 3-6 años.
Tratamiento PA sistólica aislada.	25%.
Normogluceemia en diabéticas.	Datos insuficientes.
Evitar la obesidad.	35-60% en mujeres con peso ideal en comparación con obesas.
Actividad física.	50-60% en mujeres activas en comparación con sedentarias.
Consumo moderado de alcohol.	35-50% en comparación con abstemias.
Aspirina a bajas dosis.	Datos inconsistentes.
Vitaminas antioxidantes.	Datos insuficientes.
Hormonas posmenopáusicas.	44% con estrógenos solos. También hay reducción con combinaciones con progestágenos.



## BIBLIOGRAFÍA

1. **Roca Comella, B.; Guinot Gasull, M.:** Menopausia. *Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.*
2. **Rodríguez Artalejo, E.:** Prevención de las enfermedades vasculares en la mujeres. *Atención Primaria. Volumen 22, Suplemento 1. Noviembre 1998.*
3. **Cano Sánchez, A.:** Función ovárica y enfermedad cardiovascular: Valoración epidemiológica. *Fundamentos básicos y clínicos en menopausia.*
4. **Grundy, S.; Pasternak, R.; Greenland, P.; Smith, S.; Fuster, V.:** Assessment of Cardiovascular Risk by Use of Multiple-Risk-Factor Assessment Equations. *Circulation. Septiembre 28, 1999.*
5. **Comité de redacción del ensayo PEPI.** Efecto del tratamiento con estrógenos o con estrógenos/progestagenos sobre los factores de riesgo de cardiopatía en mujeres postmenopáusicas: el ensayo PEPI (óstménopausal estrogen/preogestín interventions). *JAMA 1995; 4:457-469.*
6. **Hulley, S.; Grady, D.; Bush, T.; Furberg, C.; et al.:** For the HERS Research Group. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. *JAMA 1998; 280: 605-613.*
7. **Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.** Omplicaciones patológicas de la menopausia. *Instituto de salud Carlos III. Octubre 1995.*
8. **Rueda Martínez de Santos, J.R.:** Menopausia, frente a los nuevos mitos y la medicalización injustificada. *Atención Primaria. Volumen 22, Suplemento 1. Noviembre 1998.*
9. **Tunstall-Pedoe, H.:** Mito y paradoja del riesgo coronario y la menopausia. *Lancet 1998; 33: 186-188.*
10. **Bailón Muñoz, E.:** Menopausia en Medicina Familiar. *Atención Primaria. Volumen 22, Suplemento 1. Noviembre 1998.*
11. **Merino Sánchez, J.; Abellán, J.; et col.:** Hipertensión arterial y menopausia. *Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial. 1994.*