

# El desafío de optimizar la estratificación del riesgo cardiovascular en la mujer

## *The Challenge of Optimizing Cardiovascular Risk Stratification in Women*

MARÍA INÉS SOSA LIPRANDI<sup>MTSAC, 1</sup>

La mortalidad cardiovascular (MCV) continúa siendo la primera causa de muerte en los países desarrollados. El mismo fenómeno puede observarse en aquellos en vías de desarrollo, como la Argentina, muy por encima de la mortalidad por cáncer, ubicada en el segundo lugar. Sin embargo, en los últimos 25 años hemos asistido a una reducción consistente de las tasas de mortalidad cardiovascular (TMCV) en ambos géneros, más manifiesta en los hombres (-35%) que en las mujeres (-27%). (1) Durante el período 1995-2005 se halló menor reducción de la tasa de mortalidad por infarto agudo de miocardio (IAM) en mujeres que en hombres (-11,7% vs. -18,4%, respectivamente), como también por accidente cerebrovascular (-33,8% vs. -41,1%, respectivamente). Es decir que si bien la tendencia es favorable en ambos géneros, el descenso es de menor magnitud en la mujer: actualmente una de cada tres continúa falleciendo por alguna causa cardiovascular en nuestro medio, siendo el accidente cerebrovascular y la insuficiencia cardíaca más prevalentes que la cardiopatía isquémica. (1-3)

Por otra parte, un tema de debate ha sido la interpretación de las causas que han contribuido a esta declinación de la MCV: en los Estados Unidos aproximadamente un 50% de este comportamiento se ha atribuido al control adecuado de los principales factores de riesgo y la otra mitad a la aplicación de los tratamientos efectivos en la etapa aguda del IAM, incluidos los tratamientos de prevención secundaria. Para ello utilizaron una versión del modelo de mortalidad IMPACT, previamente validado en países de Europa, Nueva Zelanda y China. (4) Sería trascendente que se pudiera contar con datos a nivel nacional que nos permitan profundizar en este análisis, de manera de planificar estrategias preventivas y garantizar el monitoreo continuo de estas tendencias.

El mito de considerar la enfermedad cardiovascular (ECV) como una enfermedad de los hombres ha sido superado en algunas sociedades como en los Estados Unidos. La percepción de la ECV como principal causa de muerte en las mujeres ha aumentado desde un 30% en 1997 al 54% en encuestas realizadas en 2009. (5) En

nuestro país, los resultados de una encuesta llevada a cabo en 2006 sobre 600 mujeres de entre 25 y 70 años evidencian que solo el 20% identificó a la enfermedad cardiovascular como la primera causa de muerte y el 53,8%, en cambio, reconoció en este lugar al cáncer en general o al de mama en particular. (6) Sin embargo, una investigación reciente realizada en 601 mujeres de entre 35 y 65 años, en relación con las representaciones con respecto a la vulnerabilidad coronaria, reveló que el 41,8% de las encuestadas ubicaron a la enfermedad coronaria en el primer lugar de mayor riesgo de muerte, seguida por el cáncer de cuello de útero (33%) y el cáncer de mama (24,5%). Esto podría reflejar una evolución en la percepción del riesgo que presenta la enfermedad coronaria. (7)

El drástico aumento de la MCV en las mujeres a partir de los 65 años probablemente se vea influenciado por la prevalencia creciente de los principales factores de riesgo, en particular a partir de la menopausia. En general, las mujeres son más añosas y tienen más comorbilidades cuando presentan enfermedad cardiovascular, todo lo cual impacta en mayor riesgo de morbimortalidad. La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) realizada en 2005 mostró que las mujeres realizan menos actividad física que los varones y estas cifras se incrementan cuando se compara con la ENFR de 2009 (47% vs. 58,5%), diferencia que se observó en todo el país. (8, 9) Además, aumentaron las prevalencias de obesidad (13,9% vs. 17,1%), hipertensión arterial (25,3% vs. 35,9%) y colesterol elevado (27,8% vs. 28,7%), aunque se redujeron el consumo de tabaco (24,9% vs. 22,4%) y la diabetes (11,5% vs. 10,2%). La tendencia adversa de los factores de riesgo convencionales continúa siendo un tema de significativa preocupación. Otros factores, particularmente prevalentes en las mujeres, como la depresión o factores psicosociales, también deben tenerse en cuenta por su impacto negativo en la evolución de la enfermedad cardiovascular y en la adherencia a los tratamientos.

Existe un amplio consenso en cuanto a la apreciación de la limitación de los puntajes de riesgo tradi-

REV ARGENT CARDIOL 2013;81:304-306. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v81.i4.2909>

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO: Rev Argent Cardiol 2013;81:322-328. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v81.i4.1524>

<sup>MTSAC</sup> Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiología

<sup>1</sup> Servicio de Cardiología. Investigación Cardiovascular. Sanatorio Güemes

Francisco Acuña de Figueroa 1240 (C1180AAX) - e-mail: [misosaliprandi@fsg.org.ar](mailto:misosaliprandi@fsg.org.ar)

cionales como el de Framingham. Estas limitaciones incluyen el estrecho foco en considerar el riesgo a 10 años, solo sobre el infarto de miocardio o mortalidad por enfermedad coronaria, subestimando el riesgo y el hecho de que la enfermedad cardiovascular subclínica puede tener una prevalencia relativamente elevada en mujeres categorizadas como de riesgo bajo. (10-12) Es infrecuente que una mujer menor de 75 años, aun con diversos factores de riesgo, supere un 10% de riesgo de cardiopatía isquémica a 10 años con las escalas habituales. Por lo tanto, pocas mujeres calificarían para implementar estrategias de prevención más agresivas para la enfermedad cardiovascular.

En este contexto resulta atractivo el artículo de Masson y colaboradores, que se publica en este número de la *Revista*, en un intento de mejorar la precisión de los dos índices considerados en el análisis: puntaje de Framingham a 10 años, utilizado por el tercer informe del Panel de Expertos del National Cholesterol Education Program (NCEP) sobre la detección, evaluación y tratamiento del colesterol sanguíneo elevado en adultos (Adult Treatment Panel III) y el puntaje recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para nuestro país (POMS). (13) En este caso, los autores definieron la presencia de aterosclerosis subclínica mediante la detección de una placa aterosclerótica en el territorio carotídeo, con empleo de ultrasonido, evaluando su poder de reclasificación en otra categoría de riesgo. La prevalencia de placa aterosclerótica carotídea (PAC) fue del 29%, coincidiendo con publicaciones previas. (14-16) Es de destacar que aproximadamente un tercio de las mujeres de riesgo bajo evaluadas por ambas funciones presentaron PAC. Dicho hallazgo representa un estadio más avanzado de aterosclerosis, ya que implica un proceso aterosclerótico definido con sus componentes inflamatorio y proliferativo. En este trabajo los autores hallaron que el punto de corte óptimo del puntaje de Framingham  $\geq 3$  permite discriminar la presencia de PAC con aceptables sensibilidad, especificidad y valor predictivo negativo y reclasificar en una categoría de riesgo diferente a la que tenían previamente. En una revisión reciente, Peters describe que la presencia de placa carotídea tiene un poder de reclasificación e incremento del valor predictivo intermedio en comparación con el puntaje de calcio (mayor valor) y el espesor íntima-media (menor valor). (17)

Como mencionan los autores, considerar los marcadores de enfermedad preclínica permitiría tomar decisiones sobre la profundidad y la magnitud de la estrategia preventiva. Análisis recientes de ensayos clínicos que consideraron puntos de corte más bajos para definir el riesgo cardiovascular sugieren que el tratamiento con estatinas sería muy costo-efectivo y posiblemente permitiría ahorrar costos. (18)

Es necesario el aporte de investigación adicional en pacientes asintomáticas para cuantificar la relación costo-efectividad y el impacto de las imágenes para la detección de aterosclerosis subclínica sobre el manejo de los factores de riesgo cardiovascular y sus implicaciones clínicas.

El marcador ideal de riesgo, ya sea a través de biomarcadores o de estudios de imagen, no existe. Debería tener un gran poder de discriminación y reclasificación, ser económico y aplicable a grandes poblaciones. Mientras tanto, el uso racional de la tecnología puede ayudar a discriminar el riesgo cardiovascular en la mujer, en la que continúa representando el primer problema de salud, tanto en los países desarrollados como en las economías emergentes.

#### Declaración de conflicto de intereses

La autora declara que no posee conflicto de intereses.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Sosa Liprandi MI, Harwicz PS, Sosa Liprandi A. Causas de muerte en la mujer en los últimos 23 años en la Argentina. *Rev Argent Cardiol* 2006;74:297-303.
2. Sosa Liprandi MI, Racki M, Khoury M, Villarreal R, Cestari G, Mele E, et al. Crisis económico-financieras en la Argentina: ¿un nuevo factor de riesgo de mortalidad cardiovascular? *Rev Argent Cardiol* 2012;80:137-44.
3. Secretaría de políticas, regulación e institutos. Dirección de estadísticas e información de salud, Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales, Información básica 2010. ISSN 1668-9054, Serie 5- Número 54.
4. Ford ES, Ajani UA, Croft JB, Critchley JA, Labarthe DR, et al. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000. *N Engl J Med* 2007;356:2388-98. <http://doi.org/fts7ng>
5. Mosca L, Mochari-Greenberger H, Dolor RJ, Newby LK, Robb KJ. Twelve-year follow-up of American women's awareness of cardiovascular disease risk and barriers to heart health. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010;3:120-7. <http://doi.org/dfzwpf>
6. Rolandi F, Grinfeld L, Sosa Liprandi MI, Tambussi A, Kazelian L, La Bruna MC, et al. Encuesta de reconocimiento de la enfermedad cardiovascular en la mujer por la mujer. *Rev Argent Cardiol* 2013;81:329-335. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v81.i4.1076>
7. Tajer D, Vasino C, Reges C, Passaggio M, Suzal A. Análisis de la situación de vulnerabilidad coronaria y género en la Ciudad de Buenos Aires. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ministerio de Desarrollo Social, Subsecretaría de Promoción Social, Dirección general de la Mujer. 2013
8. Ferrante D, Virgolini M. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005: resultados principales. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en la Argentina. *Rev Argent Cardiol* 2007;75:20-9.
9. Ferrante D, Linetzky B, Konfino J, King A, Virgolini M, Laspiur S. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. Estudio de corte transversal. *Rev Argent Salud Pública* 2011;2:34-41.
10. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM, on behalf of the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics 2011 update: a report from the American Heart Association [published Correction appears in *Circulation* 2011; 123:e240]. *Circulation* 2011;123:e18-e209. <http://doi.org/dmkg2t>
11. Lakoski SG, Greenland P, Wong ND, Schreiner PJ, Herrington DM, Kronmal RA, et al. Coronary artery calcium scores and risk for cardiovascular events in women classified as "low risk" based on Framingham risk score: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *Arch Intern Med* 2007;167:2437-42. <http://doi.org/cz59sk>
12. Mosca L, Benjamin EJ, Berra K, Bezanson JL, Dolor RJ, Lloyd-Jones DM, et al. Effectiveness-Based Guidelines for the Prevention of Cardiovascular Disease in Women 2011 Update A Guideline from the American Heart Association. *Circulation* 2011;123:1243-62. <http://doi.org/b4w3rx>

13. Masson W, Huerin M, Vitagliano L, Zeballos C, Lobo M, Rostan M y cols. Estimación del riesgo cardiovascular y detección de ateromatosis carotídea subclínica en mujeres posmenopáusicas de mediana edad. *Rev Argent Cardiol* 2013;81:322-8. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v81.i4.1524>
14. Stamatelopoulos KS, Armeni E, Georgiopoulos G, Kazani M, Kyrkou K, Stellos K, et al. Recently postmenopausal women have the same prevalence of subclinical carotid atherosclerosis as age and traditional risk factor matched men. *Atherosclerosis* 2012;221:508-13. <http://doi.org/d8kzc5>
15. Lambrinouadaki I, Armeni E, Georgiopoulos G, Kazani M, Kouskouni E, Creatsa M, et al. Subclinical atherosclerosis in menopausal women with low to medium calculated cardiovascular risk. *Int J Cardiol* 2013;164:70-6. <http://doi.org/c7b7pv>
16. Keidar S, Bogner I, Gamliel-Lazarovich A, Leiba R, Fuhrman B, Kouperberg E. High plasma high-density lipoprotein levels, very low cardiovascular risk profile, and subclinical carotid atherosclerosis in postmenopausal women. *J Clin Lipidol* 2009;3:345-50. <http://doi.org/b4xb6b>
17. Peters SAE, den Ruijter HM, Bots ML, Moons KGM. Improvements in risk stratification for the occurrence of cardiovascular disease by imaging subclinical atherosclerosis: a systematic review. *Heart* 2012;98:177-84. <http://doi.org/b4xb6b>
18. Heart Protection Study Collaborative Group. Statin cost-effectiveness in the United States for people at different vascular risk levels. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2009;2:65-72. <http://doi.org/b2gvq9>

#### ACLARACIÓN DE LA AUTORÍA DE UN ARTÍCULO ORIGINAL

En el artículo original “Relación entre el índice  $CHA_2DS_2$ -VASs y la presencia de trombo auricular en pacientes con fibrilación auricular en plan de cardioversión” publicado en el número de abril 2013 [*Rev Argent Cardiol*;81(2):144-50] y que resultó ganador del Premio XXXVIII Congreso Argentino de Cardiología, fue omitido como autor el Dr. Elio D. Barrera.

Por lo cual los autores del citado artículo, quedan en el siguiente orden: “Norberto G. Allende, Elio D. Barrera, Carlos Rodríguez Pagani, Eduardo Carrasco, Gerardo Marambio, Guillermo López Soutric, Federico Cintora, Fanny Calvo, Ricardo Pérez de la Hoz”