



Factores de riesgo cardiovascular a través de la vida

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son 13 veces más mortales que el cáncer de mama.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en mujeres, tanto en México como en el mundo, contrario a lo que comúnmente se cree, son 13 veces más letales que el cáncer de mama. Sin embargo, continúan subestimadas por profesionales de la salud y por las propias pacientes.

Una de cada tres mujeres muere por ECV y el riesgo comienza a aumentar desde los 30 a 49 años, el 45% de las mujeres mayores de 20 años ya vive con alguna forma de enfermedad cardiovascular, menos del 20% de las mujeres identifica a las ECV como su principal causa de muerte. Además, las mujeres jóvenes que sufren un infarto tienen una tasa de letalidad 50% mayor que los hombres de la misma edad.

Infarto en mujeres: mayor letalidad y peor pronóstico

El infarto agudo de miocardio (IAM) representa el 60% de las muertes cardiovasculares en mujeres; la tasa de complicaciones y mortalidad es más alta en mujeres que en hombres, con un 38% de riesgo de muerte en el primer año postinfarto. Los factores que contribuyen a este peor pronóstico incluyen edad avanzada al momento del evento, mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), retrasos diagnósticos y menor uso de terapias invasivas; paradójicamente, las mujeres menores de 50 años tienen un peor pronóstico cuando presentan IAM, y su incidencia va en aumento.

Diagnóstico tardío y tratamiento insuficiente

Los síntomas acompañantes del infarto en mujeres (disnea, fatiga, malestar general) dificultan su reconocimiento, las mujeres esperan más para ser atendidas, reciben diagnósticos erróneos y son tratadas con menor intensidad, menor uso de estatinas, betabloqueadores, así como procedimientos invasivos han sido documentado repetidamente.

Factores de riesgo cardiovascular: impacto diferencial en mujeres

Estudios como INTERHEART han demostrado que el impacto de factores como tabaquismo, diabetes, hipertensión y sedentarismo es mayor en mujeres. Además, condiciones como el síndrome de ovario poliquístico (SOP), endometriosis y los desenlaces adversos del embarazo (preeclampsia, diabetes gestacional, parto pretérmino) actúan como potenciadores de riesgo cardiovascular.

Hipertensión y menopausia: dos puntos clave

La hipertensión afecta a más de 600 millones de mujeres, muchas de ellas sin diagnóstico ni control; después de la menopausia, el riesgo cardiovascular aumenta drásticamente por cambios metabólicos y hormonales, además que la pérdida de estrógenos favorece la dislipidemia, obesidad abdominal, insulinoresistencia e hipertensión.

SOP y endometriosis: condiciones conocidas en cardiología

El SOP se asocia con síndrome metabólico, resistencia a la insulina y mayor grosor íntima-media.

La endometriosis por su lado promueve inflamación crónica, disfunción endotelial y riesgo cardiovascular aumentado, incluso en mujeres jóvenes. Por último, varios estudios de cohorte han mostrado hasta 35% más riesgo de IAM en mujeres con endometriosis.

Desenlaces adversos del embarazo

Los trastornos hipertensivos del embarazo, la diabetes gestacional y el parto pretérmino aumentan entre 2 a 4 veces el riesgo de enfermedad cardiovascular a largo plazo, el seguimiento posparto es fundamental; sin embargo, más del 40% de las mujeres no acuden a su revisión. Por otro lado, la Asociación Americana del Corazón (AHA) recomienda evaluaciones frecuentes durante el primer año posparto (6 semanas, 3, 6 y 12 meses).

Terapia hormonal sustitutiva (TSH) y riesgo CV

La THS es útil para los síntomas vasomotores, pero su uso debe individualizarse. El riesgo varía según tipo, vía de administración, edad y momento de inicio.

La THS transdérmica tiene mejor perfil cardiovascular y no se recomienda en mujeres con ECV establecida o de alto riesgo.

Desafíos y propuestas

Los modelos de riesgo tradicionales subestiman el riesgo cardiovascular en mujeres al no incluir factores específicos del género, se necesita avanzar hacia modelos dinámicos y personalizados, integrando historia reproductiva, cambios hormonales y condiciones como SOP, endometriosis y desenlaces adversos del embarazo. El enfoque clínico debe adaptarse a cada etapa de la vida: adolescencia, embarazo, menopausia y adultez mayor además de aumentar la conciencia y capacitar a los profesionales de salud es clave para reducir la brecha.