

E.3 - La menopausia como factor de riesgo cardiovascular para la insuficiencia cardíaca

Patricia Delgado Cedeño

Instituto Ecuatoriano del Corazón (IECOR), Guayaquil 090513, Ecuador.

Estefanía Arteaga Herrera

Instituto Ecuatoriano del Corazón (IECOR), Guayaquil 090513, Ecuador.

CORRESPONDENCIA

Patricia Delgado Cedeño

E-mail: p.delgadocedeno2023@gmail.com

Celular: +593997829415

La insuficiencia cardíaca (IC) afecta a más de 26 millones de personas en todo el mundo y su incidencia global aumenta en paralelo con el envejecimiento de la población ¹.

El riesgo general de tener IC a lo largo de la vida es comparable entre los sexos, sin embargo, existen marcadas diferencias de sexo en la epidemiología, factores de riesgo, fisiopatología, manifestación clínica y progresión de la enfermedad ².

En los hombres, el riesgo de evolucionar con IC con fracción de eyección reducida (ICFER) o con fracción de eyección preservada (ICFEP) es similar, mientras que la ICFEP es más prevalente en mujeres (para individuos > 80 años, la prevalencia de ICFEP es 4-6% en hombres y 8-10% en mujeres) ³.

Los factores de riesgo (FR) tradicionales para IC para ambos sexos como, por ejemplo, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), obesidad y tabaquismo determinan mayor riesgo de IC en mujeres ¹. Las mujeres presentan otros FR específicos para el sexo femenino, tales como miocardiopatía periparto, afecciones asociadas al embarazo (preeclampsia) y tratamiento para el cáncer de mama (antraciclina, radiación, trastuzumab y terapia endocrina) ¹.

También hay evidencia de que los factores relacionados con la vida reproductiva de la mujer están asociados con la aparición de IC, tales como: la menarquia antes de los 12 años, menopausia antes de los 45 años, el primer nacido vivo antes de los 21 años y el último nacido vivo antes de los 26 años, tener 3 o 4 niños o más de 4 niños, experimentar 1 mortinato y mortinatos recurrentes ⁴. También hay evidencias de que la infertilidad tiene asociación significativa con la IC incidente, con mayor riesgo de ICFEP, pero no de ICER ⁵.

La edad avanzada, la presencia de comorbilidades que son FR para IC y la pérdida de la cardioprotección por la reducción de los niveles de estrógenos inducida por la menopausia, aumentan la incidencia de ICFEP en mujeres posmenopáusicas ⁶ y contribuyen para la tasa acelerada de morbilidad y mortalidad en las mujeres en esta fase ⁷.

Así, las mujeres mayores tienen una mayor incidencia de ICFEP y presentan una tasa de riesgo de hospitalización de 2,46 y 5,22 en el grupo de edad de 60 a 69 y de 70 a 79 años, respectivamente ^{7,8,9}. En comparación con las mujeres,

los hombres con ICFEP muestran constantemente un mayor riesgo de mortalidad, así como de hospitalización por IC ¹⁰.

En general, las mujeres tienden a ser mayores que los hombres en el momento del diagnóstico de IC, refieren más síntomas, como disnea de esfuerzo, disnea paroxística nocturna y otros signos de congestión (edema periférico, venas yugulares) y presentan ansiedad o depresión con más frecuencia ⁷.

Aunque las mujeres con IC tienen más síntomas y peor calidad de vida que los hombres, tienen mejor pronóstico y supervivencia con menor tasa de hospitalización, muerte cardiovascular y muerte no cardiovascular ⁷.

Tales diferencias pueden ser atribuibles a las diferencias de sexo en la etiología (por ejemplo, mujeres tienen una menor prevalencia de isquemia miocárdica, sobrecarga de volumen, hipertrofia excéntrica y de dilatación cardíaca, factores asociados con un peor pronóstico) y en la función sistólica (mujeres son más propensas a tener ICFEP, que tiene mejor pronóstico que la ICER, más frecuente en los hombres) ^{8,9}.

Después de la confirmación del diagnóstico de la ICFEP el tratamiento sistemático debe ser instituido a través del manejo de comorbilidades y la utilización de terapias farmacológicas y no farmacológicas. En la Tabla 1 se encuentran las orientaciones generales para el tratamiento de la IC (ICFEP e ICER) en mujeres.

El tratamiento medicamentoso de la ICFEP, en hombres y mujeres, es considerado seguro y eficaz cuando son utilizadas las siguientes clases de medicamentos: inhibidor del cotransportador de sodio/glicosa 2 (SGLT2i), antagonista del receptor mineralocorticoide (MRA), inhibidor del receptor de angiotensina/neprilisina (ARNI) y bloqueador del receptor de angiotensina (BRA) ^{9,10}. Los diuréticos están indicados para aliviar los síntomas de congestión en pacientes con ICFEP ^{9,10}.

Si no hay una contraindicación, los pacientes con un diagnóstico de HFpEF deben ser tratados inicialmente con un SGLT2i, con el objetivo de reducir la muerte cardiovascular, la hospitalización por IC y mejorar el estado de salud. Las otras clases de drogas se pueden agregar, con ajustes a las dosis máximas toleradas en función de los síntomas, la presión arterial, el potasio y la creatinina ^{9,10}.



Tabla 1
Orientación general para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca en mujeres.

	Tratamiento de comorbilidades/ causas de IC (de acuerdo a guías específicas)	Tratamiento no farmacológico	Tratamiento farmacológico + Implante de dispositivos
ICFEp	<ul style="list-style-type: none"> Hipertensión Arterial Obesidad Diabetes mellitus Enfermedad isquémica del corazón Fibrilación auricular Doença renal crónica Doença Pulmonar crónica Síndrome de apnea del sueño 	<ol style="list-style-type: none"> Dieta para ayudar a controlar el peso, la presión arterial, el perfil de lípidos y glucosa. Programa de ejercicios: preferiblemente aeróbicos + de resistencia; considerar la remisión a rehabilitación cardíaca. 	<ol style="list-style-type: none"> inibidor del cotransportador de sodio/glicosa 2 (SGLT2i) – inicialmente; antagonista del receptor mineralocorticoide (MRA); inhibidor del receptor de angiotensina/neprilisina (ARNI); bloqueador del receptor de angiotensina (BRA); Diuréticos -cuando hay sobrecarga de volumen; betabloqueantes cuando hay fibrilación auricular, enfermedad isquémica.
ICFEr	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad isquémica del corazón Hipertensión Arterial Enfermedad valvar Arritmias Cardiomiopatías Cardiopatía congénita Infecciosas (viral, Chagas) Drogas (quimioterápicos) Infiltrativas Enfermedades del pericárdio Enfermedades del endocárdio Enfermedades de depósito Enfermedades metabólicas Enfermedades neuromusculares 	<ol style="list-style-type: none"> Dieta: evitar grandes cantidades de líquidos; evitar deshidratación; evitar la desnutrición; evitar el consumo excesivo de sal; restricción del consumo de alcohol; mantener el IMC normal. Rehabilitación cardíaca apropiada a clase funcional de IC. 	<ol style="list-style-type: none"> Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA)/ inhibidor del receptor de angiotensina/neprilisina (ARNI); Betabloqueantes (BB); Antagonista del receptor mineralocorticoide (MRA); inibidor del cotransportador de sodio/glicosa 2 (SGLT2i); Diuréticos -cuando hay sobrecarga de volumen. OBS: el beneficio agregado estimado es mayor para una combinación de ARNi, BB, MRA y SGLT2i. Implante de cardioversor-desfibrilador (CDI) o terapia de resincronización cardíaca TRC. OBS: CDI tiene mejores resultados en hombres y RCT mejor en mujeres. Digoxina se asocia con una mayor mortalidad en las mujeres.

Es importante mencionar que, aunque el uso de inhibidores de SGLT2 (dapaglifozina; empaglifozina) es un componente esperado del tratamiento para ambos sexos, el uso de sacubitrilo/valsartán (ARNI) así como espirolactona (MRA) debe considerarse en todo el espectro de fracción de eyección para mujeres con ICFEp^{9,10}.

En mujeres posmenopáusicas con ICFEr el tratamiento medicamentoso debe ser implementado juntamente con el tratamiento no farmacológico y con la utilización de dispositivos (que tienen indicaciones específicas), según las guías de IC, sin diferencias específicas entre hombres y mujeres¹.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M., et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021; 42(36): 3599-3726.
- Piepoli, M. F, Adamo, M., Barison, A., Bestetti, R. B., Biegus, J., Böhm, M., et al. Preventing heart failure: a position paper of the Heart Failure Association in collaboration with the European Association of Preventive Cardiology. *Eur Journal of Preventive Cardiology*. 2022; 29: 275-300.
- Tibrewala, A., Yancy, C. W. Heart failure with preserved ejection fraction in women. *Heart Fail Clin*. 2019; 15(1): 9-18.
- Zhu, F, Qi, H., Bos, M., Boersma, E., & Kavousi, M. Female reproductive factors and risk of new-onset heart failure findings from UK Biobank. *JACC Heart Fail*. 2023; S2213-1779(23)00136-1. doi: 10.1016/j.jchf.2023.02.019.
- Lau, E. S., Wang, D., Roberts, M., Taylor, C. N., Murugappan, G., Shadyab, A.H., et al. Infertility and risk of heart failure in the Women's Health Initiative. Original Investigation. *J Am Coll Cardiol*. 2022; 79 (16): 1594-1603.
- da Silva, J. S., Montagnoli, T. L., de Sá, M. P. L., & Zapata-Sudo, G. Heart failure in menopause: treatment and new approaches. *Int J Mol Sci*. 2022; 23(23):15140. DOI: 10.3390/ijms232315140.
- Romiti, G. F., Recchia, F., Zito, A., Visioli, G., Basili, S., & Raparelli, V. Sex and gender-related issues in heart failure. *Cardiol Clin*. 2022; 40: 259-268
- Dewan, P., Rørth, R., Jhund, P. S., Shen, L., Raparelli, V., Petrie, M. C. et al. Differential impact of heart failure with reduced ejection fraction on men and women. *J Am Coll Cardiol*. 2019; 73(1): 29-40.
- Borlaug, B. A., Sharma, K., Shah, S. J., Ho, J. E. Heart failure with preserved ejection fraction. *JACC Scientific Statement*. *J Am Coll Cardiol*. 2023; 81: 1810-1834.
- Kittleson, M., Panjrath, G., Amancherla, K., Davis, L. L., Deswal, A., Dixon, D. L., et al. 2023 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Management of Heart Failure With Preserved Ejection Fraction: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. *J Am Coll Cardiol*. 2023; 81 (18): 1835-1878.