

E.6 – La menopausia como factor de riesgo cardiovascular para la mortalidad cardiovascular

Maria Alayde Mendonça-Rivera

Hospital Santa Casa de Misericórdia de Maceió;
Universidade Federal de Alagoas (UFAL) – Brasil.

Ana Isabel Barrientos Castro

Medicina Interna Hospital Bendaña - Universidad Católica de Honduras
San Pedro Sula - Honduras

CORRESPONDENCIA

Maria Alayde Mendonça-Rivera

email: malayde1@uol.com.br
celular: +55.82.993418294

ESPERANZA DE VIDA Y MORTALIDAD CARDIOVASCULAR

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la esperanza de vida aumentó a nivel mundial en más de seis años entre 2000 y 2019, de 66,8 años en 2000 a 73,4 años en 2019 ¹.

Por razones genéticas, biológicas y de comportamiento, en la gran mayoría de los países, las mujeres viven de cuatro a ocho años más que los hombres ².

En la región de las Américas, la esperanza de vida presenta gran variación, como se muestra en la tabla 1 a continuación ²:

Cuadro 1
Esperanza de vida en las Américas, en hombres y mujeres.

Región	Hombres (años)	Mujeres (años)
Caribe	69.22	75.53
América del Sur	70.70	77.42
América Central	67.26	74.85
América del Norte	75.04	80.58

En el mundo actual, las causas de muerte y discapacidad se pueden agrupar en tres grandes categorías: transmisibles (enfermedades infecciosas, junto con condiciones maternas, perinatales y nutricionales), no transmisibles (enfermedades crónicas) y lesiones por accidentes ¹.

En todos los países combinados, la cardiopatía isquémica (CI) es la primera causa de muerte en hombres y mujeres, mientras que el accidente cerebrovascular (ACV) ocupa el segundo lugar y el Alzheimer (junto con otras causas de demencia) ocupa la séptima posición ^{1,3}.

En general, las muertes y los días vividos con discapacidad fueron alrededor del un 15 % más bajos en las mujeres, sin embargo, las mujeres colectivamente pasaron alrededor del un 20 % más de años viviendo con una discapacidad ¹. En las últimas dos décadas se ha producido un mayor aumento (casi tres veces) de las muertes femeninas por enfermedad

de Alzheimer y otras demencias ¹. Estos trastornos neurológicos determinan un 80% más de mortalidad en las mujeres y un 70% más de días de incapacidad, cuando se comparan a los hombres ^{1,3}.

La reducción de la mortalidad y discapacidad observada actualmente en las mujeres, determinada principalmente por la enfermedad cardiovascular (CI y ACV), impone la necesidad de un reconocimiento e intervención precoz de los factores de riesgo de estas enfermedades ⁴⁻⁶.

La CI y el ACV comparten los mismos factores de riesgo independientes, presentes en hombres y mujeres, que están representados por hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia, tabaquismo, sedentarismo, obesidad, entre otros ³⁻⁶. Además, se sabe que las mujeres tienen factores de riesgo de CI exclusivos del sexo femenino, entre los que se encuentra la menopausia ³⁻⁶.

MORTALIDAD CARDIOVASCULAR Y MENOPAUSIA

La mayoría de las mujeres a nivel mundial experimentan la menopausia entre los 45 y 55 años, con un promedio de 51 años ⁷, lo que significa que en la región de las Américas vivirán al menos un tercio de sus vidas en la menopausia ².

La ausencia de producción endógena de estrógenos desde la menopausia aumenta el riesgo cardiovascular observado en la posmenopausia en comparación con la premenopausia ^{8,9}.

La aterosclerosis, el riesgo de eventos cardiovasculares y la mortalidad cardiovascular (por CI, ACV, insuficiencia cardíaca e arritmias, por ejemplo) aumentan después de la menopausia, lo que puede deberse en parte a la producción de citocinas y adipocinas proinflamatorias en el tejido adiposo visceral, cuyo depósito aumenta en mujeres posmenopáusicas ^{8,9}.

Es conocido que tras la menopausia se observa un aumento de los niveles de presión arterial, colesterol total, colesterol LDL y apolipoproteína B, así como una reducción del papel antiaterogénico del colesterol HDL ⁹, factores de riesgo independientes de enfermedad cardiovascular ⁴⁻⁵.

E.6 – La menopausia como factor de riesgo cardiovascular para la mortalidad cardiovascular

Maria Alayde Mendonça-Rivera; Ana Isabel Barrientos Castro

Parece haber repercusiones directas del envejecimiento en el corazón y los vasos arteriales, lo que lleva a la hipertrofia del músculo cardíaco, así como a la rigidez arterial y la disfunción endotelial, que contribuyen, respectivamente, a la disfunción diastólica (que conduce a la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada) y a la ocurrencia de enfermedad microvascular y cardiopatía isquémica no obstructiva, más frecuente en el sexo femenino^{8,9}.

La reducción de la producción de estrógenos y el conjunto de cambios hormonales, cardíacos y vasculares mencionados anteriormente determinan una progresión más acelerada de los procesos ateroscleróticos y de otras formas de enfermedad cardiovascular en mujeres posmenopáusicas. Esto conlleva a una disminución de la mortalidad relacionada con cáncer de mama y un aumento progresivo de la tasa de mortalidad cardiovascular^{8,9}.

CONSIDERACIONES FINALES

La menopausia es un factor de riesgo cardiovascular y puede estar precedida por cincuenta años vividos (o no) bajo otros factores de riesgo cardiovascular (tradicionales y/o propios de la mujer).

Por ello, es necesario educar a las mujeres sobre el impacto negativo en la menopausia y períodos posteriores sobre su salud cardiovascular, para que conozcan la importancia de realizar la prevención primaria y secundaria de los factores de riesgo cardiovascular en la vida antes de la menopausia^{3-6,10}. Esto llevará a una reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular, de los años vividos con discapacidad y de la mortalidad cardiovascular^{3-6,10}.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>. Acceso: 29 de abril de 2023.
2. World Data. Life expectancy. <https://www.worlddata.info/life-expectancy.php>. Acceso: 29 de abril de 2023.
3. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396: 1223–49.
4. Del Sueldo, M., Mendonça-Rivera, M. A., Sánchez-Zambrano, M. B., Zilberman, J., Múnera-Echeverri, A., Paniagua, M. et al. Guía de práctica clínica de la Sociedad Interamericana de Cardiología sobre prevención primaria de enfermedad cardiovascular en la mujer. *Arch Cardiol Mex*. 2022; 92 (Supl): 1665-1731.
5. Visseren, F. L. J., Mach, F., Smulders, Y. M., Carballo, D., Koskinas, K. C., Back, M., et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*. 2021; 00: 1–111.
6. Maas, AHM., Rosano, G., Cifkova, R., Chieffo, A., van Dijken, D., Hamoda, H, et al. Cardiovascular health aftermenopause transition, pregnancy disorders, and other gynaecologic conditions: a consensus document from european cardiologists, gynaecologists, and endocrinologists. *European Heart Journal*. 2021; 00: 1–18.
7. Carter, A. E. & Merriam, S. Menopause. *Med Clin N Am*. 2023; 107: 199 – 212.
8. Monteleone, P., Mascagni, G., Giannini, A., Genazzani, A. R., & Simoncini, T. Symptoms of menopause — global prevalence, physiology and implications. *Nature Review-Endocrinology*. 2018; 14: 199–215.
9. Merz, A. A., Cheng, S. *Heart* 2016; 102: 825–831.
10. Quesada, J. A., Bertomeu-Gonzalez, V., Ruiz-Nodar, J. M., Lopez-Pineda, A., Sanchez-Ferrer, F. Lifestyle and cardiovascular mortality in menopausal women: a population-based cohort study. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2022; 75(7): 576-584.