F - ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA MENOPAUSIA

F - ESTIMATION OF CARDIOVASCULAR RISK IN MENOPAUSE

Adriana Puente Barragán
Cardióloga con Alta Especialidad en cardiología Nuclear.
Coordinadora del Capítulo de Cardiopatías en la Mujer de la Asociación Nacional de Cardiólogos de México A.C. (ANCAM)
Profesor de Posgrado Alta Especialidad Cardiología Nuclear, UNAM.
FACC, FSIAC
Jefe de Sección Médica del Servicio de Cardiología, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE. Félix Cuevas 540, Col. del Valle Sur, Benito Juárez, 03104 Ciudad de México, México.
adripuente@yahoo.com

Alejandra Madrid Miller
Cardióloga, Maestra en Ciencias, UNAM.
Vocal del capítulo de Cardiopatías en la mujer y Tesorera de la Asociación Nacional de Cardiólogos de México A.C. (ANCAM)
Consultorio de cardiología clínica, Torre de Especialidades Médicas Tepic, Ciudad de México, México.
ammiller@live.com.mx

CORRESPONDENCIA
Adriana Puente Barragán.
E-mail: adripuente@yahoo.com
Celular: +525539881053

La disminución de estrógenos se asocia a reducción del gasto energético, depresión, trastornos alimenticios, del sueño y disminución de la actividad física, que incrementan la incidencia de factores de riesgo (FR) cardiovascular tradicionales como sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, y dislipidemia. Así mismo, existen otros mecanismos que incrementan el riesgo cardiovascular (RCV) como la disfunción endotelial, inflamación, y sobre activación neuro humoral. La presencia de FR ligados al sexo femenino, los trastornos autoinmunes (artritis reumática, lupus eritematoso sistémico, antifosfolípidos, síndrome de Sjögren) y tiroideos, se asocian con aumento exponencial del RCV.[1]

La disfunción autonómica, aumenta la variabilidad de la frecuencia cardíaca, lo que puede dar lugar a síntomas de ansiedad y disnea durante el ejercicio. El aumento de la actividad simpática con síntomas vasomotores (SVM), es el síntoma principal en la menopausia, pudiendo llegar a ser incapacitante en mujeres con antecedente de trastornos hipertensivos del embarazo.

La presencia de síntomas graves de sofocos y sudores nocturnos, tienen 48 % más de riesgo de diabetes durante el seguimiento, deterioro de la función endotelial y aumento de aterosclerosis subclínica.

Así mismo, una mayor frecuencia de SVS (persistencia de síntomas $\geq$ 6 vs. 1-5 días), se relaciona con riesgo elevado de eventos cardiovasculares (1.51 vs 1.02; p=0.03) durante el seguimiento a 20 años, por lo que la presencia y persistencia de los SVS puede representar un nuevo factor de riesgo sexo específico.[1-2] Todas estas variables deben de tenerse en cuenta al evaluar el riesgo individual en la mujer menopaúsica, y en mujeres sintomáticas con estimación del RCV "intermedio", es recomendable realizar cuantificación del calcio coronario, que tiene mayor valor pronóstico que en hombres como "incrementador de riesgo".[3]

Las alteraciones cardio-metabólicas que se presentan en la transición a la menopausia y después de la menopausia generan cambios adversos en los diferentes FR cardiovascular, lo que destaca la necesidad de evaluar el RCV durante este período y la introducción de estrategias de prevención y de tratamiento óptimo (Figura 1).[1,4-5]

De acuerdo con diferentes consensos para mantener la salud cardiovascular en la transición a la menopausia se establecen son siguientes puntos prácticos:[1, 3, 5 -7]

1. Evaluar los niveles del perfil de lípidos y la presión arterial durante la transición a la menopausia de acuerdo con las pautas de prevención.
2. Realizar evaluación regular o auto medición de la presión arterial en mujeres en caso de antecedente de trastorno hipertensivo del embarazo/preeclampsia desde el evento hasta la menopausia.
3. En mujeres con comorbilidades inflamatorias cercanas a la menopausia, aumentan el RCV, por lo que requieren de evaluación integral.
4. Considerar el empleo de terapia hormonal sustitutiva (THS) en aquellas mujeres de bajo riesgo, menores de 60 años, en fase temprana de la menopausia (< 10 años), con SVM severos y evaluación previa del RCV, ya que se asocian frecuentemente con un perfil desfavorable.
5. Considerar realizar un escore de calcio mediante tomografía computada, cuando exista incertidumbre sobre el grado de RCV.
6. Se debe realizar una evaluación integral de todos los FR cardiovascular que incluya la evaluación de la presión arterial, perfil lipídico y resistencia a la insulina, en mujeres con menopausia temprana (<45 años), antecedente de trastornos hipertensivos en el embarazo, alteraciones gineco-endócrinas, síndrome de ovario poliquístico, para definir factibilidad de THS. La evaluación de toda

CC BY NC SA

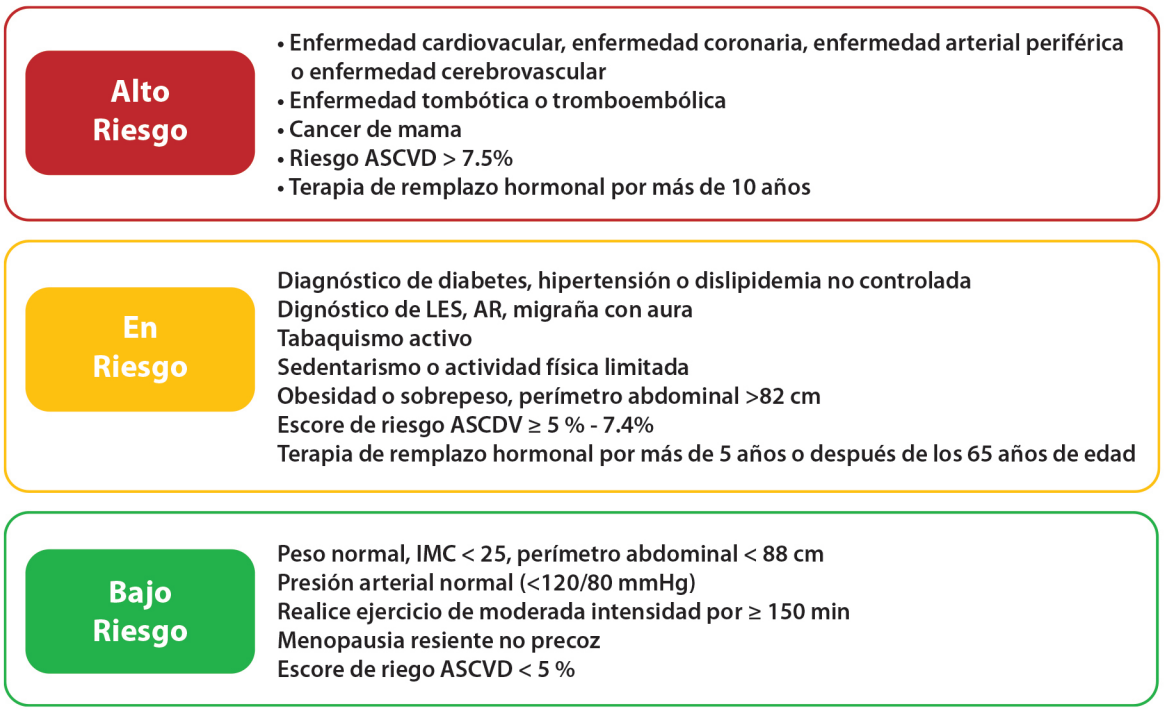

Figura 1. Factores que incrementan el riesgo CV en mujeres en la transición a la menopausia y después de la menopausia estratificados. (Adaptado de Prabakaran S, et al) (6).

mujer debe considerarse como un continuo a lo largo de las diferentes etapas del ciclo de vida.

7. Incentivar la adopción de estilos de vida saludable, con dieta y ejercicio regular, para el manejo óptimo de la salud, antes de llegar a la transición a la menopausia.
8. Implementar las medidas establecidas en las diferentes guías para la prevención primaria y secundaria a todas las mujeres en quienes se detecte algún factor de RCV.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Maas, A. H., Rosano, G., Cifkova, R., Chieffo, A., van Dijken, D., Hamoda, H. et al. Cardiovascular health after menopause transition, pregnancy disorders, and other gynaecologic conditions: a consensus document from European cardiologists, gynaecologists, and endocrinologists. *Eur Heart J*. 2021; 42(10): 967-984.

2. Thurston, R. C., Aslanidou Vlachos, H. E., Derby, C. A., Jackson, E. A., Brooks, M. M., Matthews, K. A., et al. Menopausal vasomotor symptoms and risk of incident cardiovascular disease events in SWAN. *J Am Heart Assoc.* 2021; 10: e017416. DOI: 10.1161/JAHA.120.017416

3. Sueldo M. A., Rivera, M., Mendonça, A. Sánchez-Zambrano, M. B., Zilberman, J., Múnera- Echeverri, A. G., 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 Méx*. 2022; 92: 1-68.

4. Muka, T., Oliver-Williams, C., Kunutsor, S., Laven, J. S., Fauser, B. C., Chowdhury, R., et al. Association of age at onset of menopause and time since onset of menopause with cardiovascular outcomes, intermediate vascular traits, and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *JAMA cardiology*. 2016; 1(7): 767-776.

5. De Kat, A. C., Dam, V., Onland-Moret, N. C., Eijkemans, M. J. C., Broekmans, F. J. M., & Schouw, Y. T. Unraveling the associations of age and menopause with cardiovascular risk factors in a large population-based study. *BMC medicine*. 2017; 15: 1-11.

6. Prabakaran, S., Schwartz, A., & Lundberg, G. Cardiovascular risk in menopausal women and our evolving understanding of menopausal hormone therapy: risks, benefits, and current guidelines for use. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*. 2021; 12: 1 – 11.

7. Mulvagh, S. L., Mullen, K. A., Nerenberg, K. A., Kirkham, A. A., Green, C. R., Dhukai, A. R., et al. The Canadian women's heart health alliance atlas on the epidemiology, diagnosis, and management of cardiovascular disease in women—Chapter 4: Sex-and gender-unique disparities: CVD across the lifespan of a woman. *CJC open*. 2022; 4(2): 115-132.

CC BY NC SA