

Enfermedad cardiovascular en la mujer. Percepciones, mitos y realidades

Prof. Carlos E. Romero

En el último número de la Revista Uruguaya de Cardiología se publicó un artículo con los resultados de una encuesta realizada a mujeres acerca de cómo perciben, qué conocen y qué conductas de prevención adoptan en relación con la enfermedad cardiovascular (ECV)⁽¹⁾. Las autoras del artículo son integrantes del Comité de Cardiopatía en la Mujer de la Sociedad Uruguaya de Cardiología. El artículo es de suma actualidad dada la percepción de que no es suficientemente reconocido el perjuicio que acarrearán las ECV a las mujeres. De alguna forma confirma y valida los resultados de una encuesta realizada anteriormente por el mismo grupo en personal de la salud⁽²⁾. Tratándose ahora de una muestra seleccionada al azar y con ciertos requisitos en el diseño, permite extrapolar los resultados a la población femenina de Montevideo.

Algunos datos del artículo merecen ser comentados:

1. Las mujeres perciben el cáncer como “el principal problema de salud” y como “la principal causa de muerte” en mujeres, aunque la realidad es que en Uruguay mueren más mujeres por ECV que por cáncer.
2. Las mujeres dicen conocer los factores de riesgo, síntomas y conductas de prevención de la ECV.
3. Aunque no es uno de los objetivos del estudio, se menciona que en Uruguay mueren más mujeres que hombres por ECV.

En relación con el punto 1. La percepción de que en las mujeres el cáncer es el principal problema de salud y causa de muerte probablemente no sea exclusiva de las mujeres, sino de toda la población, y quizá también de muchos médicos. Esta percepción

puede deberse, al menos en parte, al concepto tradicional de que la ECV es una enfermedad de hombres. Parece ser que en la primera mitad del siglo pasado era común la frase “la mujer que menstrúa no infarta”, aforismo que tiene la misma estructura que “perro que ladra no muerde”, aunque esto no significa necesariamente que el perro que ladra no pueda morder, ni que la mujer en edad genital activa no pueda infartar. Lo cierto es que la prevalencia de ECV en la mujer aumenta notoriamente luego de la menopausia y que en aquella época no eran muchas las mujeres que vivían después de la menopausia. De hecho, la esperanza de vida al nacer en 1900 en Uruguay era de 49 años en las mujeres (46,8 en los hombres), una edad no mucho mayor que aquella en la que se produce la menopausia⁽³⁾. Hacia 1950 las mujeres nacidas en 1900 estaban agotando su expectativa de vida al nacer. Por lo tanto, la prevalencia de ECV debe haber sido muy baja, la de las mujeres premenopáusicas. Hoy día la esperanza de vida al nacer de las mujeres se sitúa en 80,72 años (73,99 en hombres)⁽⁴⁾. Por ende, muchas mujeres viven más allá de la época de la menopausia (32% de las mujeres y 27% de los hombres tienen 50 años o más –groseramente la tercera parte de las mujeres y la cuarta parte de los hombres–, según datos calculados a partir de la publicación de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular [CHSCV] obtenidos del Instituto Nacional de Estadística); esta publicación de la CHSCV es el último boletín con datos sobre mortalidad y morbilidad cardiovasculares, y al cual nos referiremos en forma reiterada⁽⁵⁾. Estas consideraciones permiten explicar que, con criterios antiguos, las ECV, por lo menos en cuanto a su mortalidad, no pesan en el caso de las

mujeres. Actualmente esta percepción es completamente errónea. Hoy, las mujeres entienden que la ECV también las afecta, pero consideran que como “principal problema de salud”, el cáncer es el máximo protagonista. ¿Tiene algún fundamento esta percepción?

La tasa cruda de muerte por cáncer en mujeres fue de 205,54/100.000 para el período 2009-2013⁽⁶⁾. La tasa ajustada de muerte en mujeres (de todas las edades) por cáncer de mama fue 20,47, y la atribuible a todas las localizaciones de cáncer 101,43, en ambos casos por 100.000 mujeres. En cuanto a las muertes por ECV, según el boletín de la CHSCV, la tasa cruda de muertes en mujeres fue de 262 y la tasa ajustada de 84 por 100.000 (año 2014).^{*} Comparando las tablas de mortalidad por grupos etarios, si bien no existe una exacta correspondencia entre los períodos estudiados, las tasas de muerte en la mujer por el conjunto de todas las formas de cáncer en cada grupo etario (tomados de cinco en cinco años) por encima de los 45 años, son superiores a 100/100.000, o sea superiores a la tasa global ajustada de las ECV (84/100.000). Hasta los 75 años, en cada grupo etario, el número de muertes por cáncer en mujeres supera al de las muertes por ECV. A mayor edad la relación se invierte y las muertes por ECV de *cada grupo etario* superan a las muertes por cáncer. De estos datos surge que en mujeres jóvenes el número de muertes por cáncer supera al de las muertes por ECV, en tanto que la relación se invierte en mujeres añosas y globalmente en todas las edades en su conjunto (4.596 muertes por ECV en 2014 y 17.558 en el período 2009-2013, promedio anual 3.512 por cáncer). Parece entonces razonable que las mujeres jóvenes perciban el cáncer como “el principal problema de salud”, aunque numéricamente las muertes por ECV superen en el total de las mujeres a las muertes por cáncer. Y el cáncer de mama es por lejos el que más muertes pro-

duce en las mujeres (como ya vimos, tasa ajustada 20,47 por 100.000, seguido por el colorrectal -12,67- y el de tráquea y pulmón -9,57-)⁽⁶⁾. Seguramente cualquier mujer, sobre todo las más jóvenes, ve como mayor amenaza una muerte joven por cáncer que una muerte más probable, pero a una edad avanzada, por ECV (como analizaremos más abajo, una de cada dos mujeres que mueren por causa cardiovascular en Uruguay tiene más de 85 años, en tanto que en el caso del cáncer la mitad de las muertes se producen antes de los 75 años). Más aún, ante la aceptación de que todos los humanos son mortales, la muerte cardiovascular súbita durante el sueño, a edad avanzada, y con buena calidad de vida hasta la noche previa, es la forma de muerte que todos elegirían. Quizá deba entenderse que “el principal problema de salud” no es aquel que causa la mayor cantidad de muertes, sino el que determina mayor pérdida de vida potencial: una muerte a los 40 años representa en la mujer una pérdida de 40 años de vida potencial; una muerte a los 75, solo 5.

En relación con el punto 2, y tal como lo señalan las autoras, llama la atención el bajo porcentaje de consultas con cardiólogo en pacientes con ECV, y como característica de esta época, que la información sobre temas de salud les llegue por los medios de comunicación más que por los profesionales de la salud. La importancia de los medios explica que la violencia y los homicidios sean percibidos como principal causa de muerte en mujeres por el 15% de las mujeres, en tercer lugar, luego del cáncer de mama (por el 42%) y otras localizaciones de cáncer (por el 17%), cuando la tasa bruta de muertes violentas en las mujeres es de 2,37 por 100.000 -13,45 en hombres-, en tanto que los homicidios “íntimos” por pareja o expareja, que son los que ocupan la gran mayoría de los titulares, tienen una tasa bruta de 1,09 por 100.000, frente a una tasa bruta de 262 por 100.000 por ECV en la mujer⁽⁷⁾.

Tanto los medios como los médicos son vías de información y consejo que deben ser ampliamente utilizadas para transmitir una información correcta.

En relación con el punto 3, mayor número de muertes por ECV en mujeres que en hombres, lo que en principio parecería invalidar el concepto tradicional de que el sexo masculino constituye un factor de riesgo cardiovascular, seguiremos analizando los datos de la publicación de la CHSCV. Puede observarse en las gráficas del número de defunciones cardiovasculares (figura 1) y de tasas de mortalidad cardiovascular (figura 2), según edad y sexo, que prácticamente la curva de las mujeres no se despega del eje de las abscisas hasta los 50 años (en los hombres algo antes) y que asciende cada vez con mayor pendiente al aumentar la edad. Es muy notorio el

* Entiéndase que la tasa ajustada corresponde a la de una población que se toma como referencia, en este caso la población estándar mundial, con determinada distribución de edades, asignando a cada grupo etario la tasa de mortalidad que presentó la población estudiada. Si la población estudiada, como es el caso que nos ocupa, tiene una alta mortalidad a edad avanzada, y si los grupos de edad avanzada son menos populosos en la población de referencia que en la estudiada, la tasa ajustada será menor a la bruta. En el caso de la mortalidad cardiovascular en Uruguay, las tasas en la mujer caen de 262 (tasas brutas) a 84 por 100.000 cuando se las ajusta a la distribución etaria de la población estándar mundial.

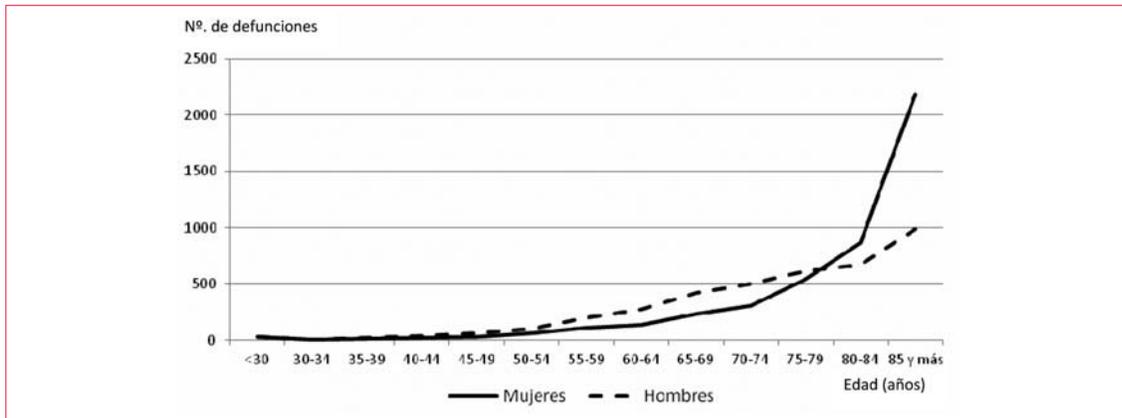


Figura 1. Defunciones cardiovasculares según sexo y edad. Uruguay 2014.

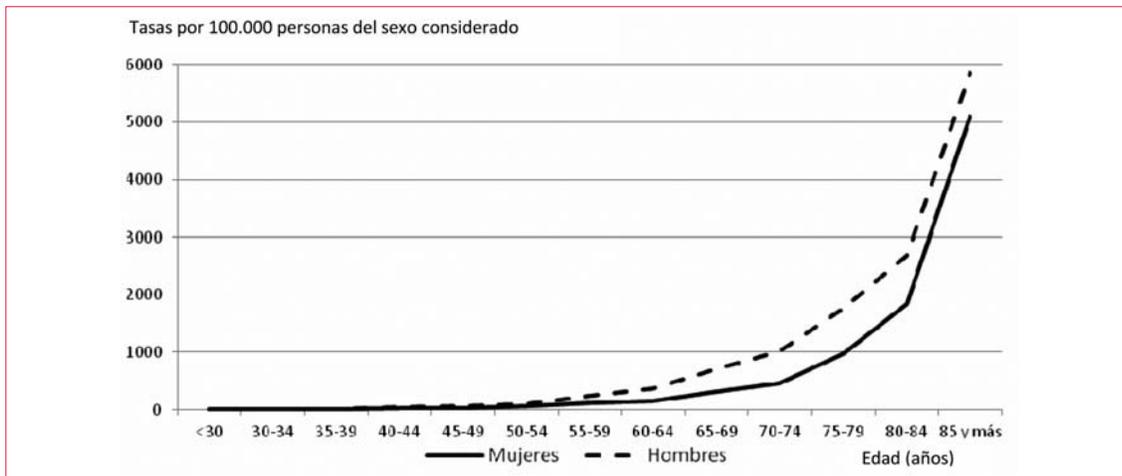


Figura 2. Tasas de mortalidad por causas cardiovasculares según sexo y edad. Uruguay 2014. Figuras a partir de datos del boletín de la CHSCV, con autorización⁽⁵⁾.

aumento de muertes por ECV en mujeres por encima de los 70 años; por encima de los 80, el número de muertes por causa cardiovascular en mujeres es superior al de los hombres. Según los datos de la misma fuente, puede calcularse que 48% de las mujeres que mueren tienen 85 años o más, en tanto para los hombres de esa edad el porcentaje es 25. Dicho de otra forma y redondeando, una de cada dos mujeres muere por causa cardiovascular con 85 años de edad o más; tres de cada cuatro muertes por ECV en hombres se producen antes de los 85 años. En cada grupo etario, tomados de cinco en cinco años, las tasas de mortalidad son mayores en los hombres que en las mujeres (mayor severidad), pero dado que hay 212.229 mujeres y solo 126.863 hombres con 70 años o más, grupo de elevada mortalidad, el número absoluto de muertes por ECV en las mujeres supera ampliamente al de los hombres en mayores de 70 años y también en el grupo total. Según los datos del boletín de la CHSCV, el número de muertos por ECV en 2014 fue de 4.615 mujeres y 4.017 hombres, lo que se corresponde con tasas

brutas de 262 y 243, respectivamente, pero las tasas ajustadas, 84 en mujeres y 142 en hombres (todas por 100.000), ponen en evidencia la mayor severidad de la ECV en los hombres.

Los años de vida potencial perdidos (por muertes a edades menores que la esperanza de vida a la edad considerada) fueron estimados en 17.957 en mujeres y 16.168 en hombres, lo que representa un promedio de 3,89 años en mujeres y de 4,02 años en hombres. Tanto hombres como mujeres mueren por ECV unos cuatro años antes de lo que les correspondería, según la esperanza de vida del grupo de cinco años al que pertenecen al morir (tabla 1).

En conclusión

1. Considero que tiene su fundamento el hecho de que las mujeres perciban el cáncer de mama como su “principal problema de salud”, aunque es errónea su percepción de que mueren más mujeres por cáncer que por ECV.

Tabla 1. Mortalidad cardiovascular en 2014

	Hombres	Mujeres
Total de muertes de causa cardiovascular	4.017	4.615
Tasas brutas (por 100.000)	243	262
Tasas ajustadas (por 100.000)	142	84
Años de vida potencial perdidos	16.168	17.957
Años de vida potencial perdidos (promedio por individuo)	4,02	3,89

2. La ECV es más grave en el hombre que en la mujer, aunque mueren más mujeres que hombres por ECV.

De todas formas, no se trata de crear falsas opciones (ECV vs cáncer en mujeres) (ECV en mujeres vs en hombres). Es claro que toda muerte, sea por la causa que sea y a la edad que sea, es prematura si podía haber sido diferida por medidas de prevención y diagnóstico y tratamiento correctos.

En el presente año ingresaron 2012 estudiantes a la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, de los cuales 1.367 (68%) son mujeres⁽⁸⁾. Buena oportunidad para que aconsejen sobre la importancia de las ECV y su prevención, *de mujer a mujer*.

Bibliografía

1. **Artucio C, Giambruno M, Duro I, Michelis V, Korytnicki D, Barranco D, et al.** Enfermedad cardiovascular en la mujer. Cómo la perciben, qué conocen y qué conductas de prevención adoptan las mujeres. *Rev Urug Cardiol* 2017;32(1):13-22.
2. **Artucio C, Duro I.** Encuesta de percepción de la enfermedad cardiovascular de la mujer por la mujer. *Rev Urug Cardiol* 2012; 27(3): 304-12.
3. **Lazo AL.** La esperanza de vida en Uruguay a lo largo de los siglos XIX, XX, XXI y sus probables valores futuros [Internet]. Montevideo: Asesoría Económica, Actuarial Asesoría General en Seguridad Social; 2013 [citado 19 May 2017]. Disponible en: http://www.bps.gub.uy/bps/file/6826/1/07_esperanza_vida_uy_siglos_xix_xx_xxi.pdf
4. **Instituto Nacional de Estadística.** Uruguay. Estimaciones y proyecciones de población [Internet]. Montevideo: INE;2013 [citado 19 May 2017]. [aprox. 2p.]. disponible en: <http://www.ine.gub.uy/estimaciones-y-proyecciones>
5. **Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Area de Epidemiología y Estadística.** Mortalidad por enfermedades cardiovasculares, 2015, y morbilidad por enfermedades cardiovasculares, 2013 [Internet]. Montevideo: CHSCV;2014 [citado 20 May 2017]. Disponible en: http://www.cardio-salud.org/files/documents/morbilidad_2013_y_mortalidad_2014.pdf.
6. **Barrios E, Musetti C, Alonso R, Garau M.** V Atlas de mortalidad por cáncer en el Uruguay 2009-2013 [Internet]. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer;2015 [citado 9 Jun 2017]. Disponible en: http://www.comisioncancer.org.uy/uc_429_1.html
7. **División Políticas de Género y el Observatorio de Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior.** Femicidios íntimos en Uruguay. Homicidios a mujeres de (ex)parejas [Internet]. Montevideo: Ministerio del Interior; 2017 [citado 6 Jun 2017]. Disponible en: <https://www.minterior.gub.uy/images/2017/femicidios.pdf>
8. Datos aportados por la Bedelía de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.