



FICHA TÉCNICA para profesionales sanitarios

GENCAD

**Diferencias de género en la enfermedad de la
arteria coronaria en Europa**



Diferencias de género en factores de riesgo clásicos

- La enfermedad de la arteria coronaria se desarrolla en las mujeres 7-10 años más tarde que en los hombres. En general, hay más mujeres afectadas, ya que estas viven más tiempo y la enfermedad se desarrolla en edad avanzada.¹
- La hipertensión es más frecuente en hombres menores de 50 años y en mujeres de más de 50 años. La hipertensión provoca más ataques al corazón y fallos cardíacos en las mujeres que en los hombres.^{2,3}
- La diabetes es el riesgo de enfermedades cardiovasculares en mujeres que en hombres.^{4,5} Las mujeres con diabetes y factores de riesgo asociados son pacientes de alto riesgo y necesitan tratamiento y cuidados intensivos.⁶
- La dislipidemia es un factor de riesgo común en mujeres y hombres. Por lo tanto, la terapia de reducción de lípidos debe utilizarse de igual manera en mujeres y hombres.¹
- Fumar es un factor de riesgo relativamente mayor en mujeres jóvenes que en los hombres, sin embargo el índice de mujeres fumadoras se ha reducido menos que en los hombres.⁷

- *Edad*
- *Hipertensión*
- *Diabetes*
- *Tabaco*



Diferencias de género en factores de riesgo no-clásicos

- Un nivel socioeconómico bajo contribuye a disparidades de género en la salud cardiovascular.^{8,9}
- La depresión y el estrés mental se dan con más frecuencia en las mujeres que en los hombres y son factores de riesgo más importantes en las mujeres.^{10,11}
- Enfermedades autoinmunes y reumáticas se dan con más frecuencia en las mujeres y se suelen estar asociadas con enfermedades cardiovasculares.¹²
- La preeclampsia es un factor de riesgo cada vez más reconocido en las mujeres.¹³ Las mujeres que desarrollan preeclampsia tienen un riesgo doblemente elevado de desarrollar una enfermedad cardiovascular más adelante en su vida.¹⁴⁻¹⁷
- Los factores genéticos son importantes en la cardiopatía prematura en mujeres y en hombres.¹⁸
- La disfunción eréctil está asociada con riesgos para la salud cardiovascular y metabólica en los hombres.¹⁹
- La menopausia, el síndrome de ovarios poliquísticos, la andropausia y el hipogonadismo están asociados a un mayor riesgo cardiovascular en las mujeres y en los hombres.^{2,13,19,20,21}

- *Estatus socioeconómico*
- *Estrés mental*
- *Enfermedades autoinmunes y reumáticas*
- *Preeclampsia*
- *Hormonas sexuales*



Mecanismos de la enfermedad específicos de cada género

- La arteroesclerosis de las arterias coronarias grandes es el mecanismo dominante que provoca la isquemia y el infarto de miocardio en los hombres.²²
- Las mujeres de mediana edad suelen padecer de angina pectoris e isquemia de miocardio en presencia de arterias coronarias normales. El término enfermedad coronaria isquémica es adecuado para esta forma de la enfermedad.²³⁻²⁵
- Trastornos disfuncionales y espasmos de las arterias grandes y los vasos más pequeños (la microcirculación) del corazón y una creciente demanda de tejido miocárdico pueden causar una enfermedad coronaria isquémica sobre todo en las mujeres.^{23,25,26}

- *Arteroesclerosis de las arterias coronarias grandes*
- *Enfermedad cardíaca isquémica*
- *Enfermedad de la arteria coronaria funcional no-obstruccion*
- *Enfermedad coronaria inducida por estrés, espasmos y disecciones*
- *Enfermedad coronaria durante el embarazo y el período durante y después del parto*

- La enfermedad de corazón, los espasmos y las disecciones espontáneas de la arteria coronaria causadas por estrés (rupturas longitudinales en la pared) causan síndromes coronarios, los cuales son relativamente más agudos en las mujeres que en los hombres (rupturas longitudinales en la pared).²⁷⁻³⁰
- Durante el embarazo a sí como durante y después del parto se debe sospechar una cardiomiopatía peripartum y disección de la arteria coronaria en mujeres sintomáticas.^{29, 31}

El género en la prevención

- Las mujeres subestiman su riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular y se muestran menos receptivas a acciones preventivas que los hombres.²¹ Los objetivos de prevención secundarios son conseguidos con menos frecuencia en las mujeres que en los hombres.³²⁻³⁴
- El ejercicio es un factor de protección más potente en las mujeres, sin embargo las mujeres hacen menos ejercicio que los hombres.^{5,35}
- Dejar de fumar les resulta más difícil a las mujeres que a los hombres.⁷
- Una alimentación sana es un factor de protección potente y poco utilizado en mujeres y hombres.^{5,21} Los hombres, en general, tienen una alimentación menos sana que las mujeres.³⁶
- La terapia hormonal y los moduladores selectivos del receptor de estrógeno (SERM) no deben utilizarse para la prevención primaria o secundaria de la enfermedad cardiovascular.²¹
- No se recomienda el uso habitual de aspirina en mujeres sanas menores de 65 años para prevenir el infarto de miocardio.³⁷ Sin embargo, la aspirina es útil para la prevención primaria del infarto de miocardio en los hombres.^{21,38}

- *Concienciación*
- *Ejercicio*
- *Tabaco*
- *Alimentación*
- *Terapia hormonal y SERM*
- *Aspirina*



El género en la manifestación clínica y diagnóstico

- Las mujeres con isquemia e infarto de miocardio pueden presentar una mayor variedad de síntomas que los hombres.²⁹
- El ECG es normalmente un indicador de isquemia de miocardio. Sin embargo muestran las mujeres con más frecuencia que los hombres cambios en el ECG los cuales son causados por otros factores que no son la isquemia de miocardio.^{39, 40}
- Las mujeres presentan una tolerancia relativamente inferior al ejercicio que los hombres y el ECG con ejercicio es menos sensible para la enfermedad de la arteria coronaria.^{39, 40}
- El uso de troponinas de alta sensibilidad así como la tolerancia específica del género mejora el diagnóstico del infarto de miocardio en las mujeres.⁴¹⁻⁴³
- La angiografía coronaria no debe ser utilizada como primera opción para el diagnóstico de isquemia de miocardio en mujeres jóvenes o de edad mediana con bajos factores de riesgo de enfermedad de la arteria coronaria.⁴⁴ Las pautas del ESC recomiendan técnicas novedosas de tomografía en este tipo de pacientes.^{39, 40}
- Se recomienda usar técnicas de tomografía sin radiación en mujeres jóvenes con sospecha de isquemia de miocardio.^{39, 40, 45, 46}

- *Síntomas específicos del género*
- *Cambios de ECG no-específicos en las mujeres*
- *Menor tolerancia al ejercicio en mujeres*
- *Angiografía coronaria no como primera prueba para la isquemia de miocardio en mujeres de bajo riesgo*
- *Tomografía y diagnósticos sin radiación por posible enfermedad de las arterias coronarias en mujeres jóvenes*



Género, tratamiento y resultados

- Las mujeres, en particular las mujeres de edad avanzada con sospecha de que se trata de un infarto de miocardio, llegan más tarde a las salas de urgencias de los hospitales que los hombres.²⁹
- La rehabilitación del corazón después de un infarto de miocardio alcanza de manera desigual a las mujeres y a los hombres.⁴⁷
- El tratamiento de la enfermedad de la arteria coronaria debe realizarse conforme a las pautas actuales en mujeres y hombres. Las mujeres obtienen los mismos beneficios de la cirugía de bypass y la intervención coronaria percutánea que los hombres.³⁹
- Las mujeres presentan más complicaciones y mayor dolor de pecho después de intervenciones coronarias por isquemia de miocardio.^{48, 49}
- Las mujeres presentan una mayor mortalidad y una peor calidad de vida tras una cirugía de bypass de la arteria coronaria electiva.^{10, 50-52}

- Llegada más tarde a la sala de urgencias por parte de las mujeres con infarto de miocardio con respecto a los hombres
- Acceso desigual a rehabilitación cardíaca
- Seguimiento de las pautas del ESC para el tratamiento de la enfermedad arterial coronaria en mujeres y hombres
- Diferencias de género después de intervenciones coronarias y cirugía de bypass
- Peor calidad de vida y un elevado número de complicaciones en las mujeres tras intervenciones coronarias



Conclusión

- **La enfermedad de la arteria coronaria difiere notablemente en la distribución de edad, prevención, manifestación clínica, respuesta a las terapias y en la distribución de edad y resultados entre las mujeres y los hombres en Europa.**
- **Siempre que trate a mujeres y hombres con factores de riesgo o enfermedad de la arteria coronaria, se deben de tomar en cuenta las diferencias en la prevención, diagnóstico y terapia.**
- **No tome a la ligera los factores de riesgo convencionales en mujeres y hombres. La disfunción hormonal y un estilo de vida poco saludable incrementan el riesgo en ambos casos.**
- **Seleccione los métodos no invasivos e invasivos apropiados para diagnosticar la enfermedad de la arteria coronaria de acuerdo a los factores de riesgo en mujeres y hombres.**
- **Seleccione el tratamiento farmacéutico e invasivo apropiado de acuerdo a los factores de riesgo para la terapia de la enfermedad de la arteria coronaria en mujeres y hombres.**

© Unión Europea, 2017

Colaboradores en el proyecto GenCAD: Instituto de Género en Medicina, Escuela Berlinesa de Salud Pública, Escuela Andaluza de Salud Pública, Asociación Sanitaria Pública Europea, Instituto de Salud y Bienestar, Centro Médico Universitario Radboud, Asociación Europea de Prevención y Rehabilitación Cardiovascular.

Proyectos piloto es una iniciativa «de naturaleza experimental diseñada para probar la viabilidad de una acción y su utilidad» y permite incluir los usos indebidos en el presupuesto de la UE durante dos o más años financieros consecutivos.

Para reproducir los textos o imágenes que no se encuentren bajo el amparo de la © Unión Europea, deberán solicitarse permisos directamente a los propietarios del Copyright: Shutterstock.de, iStock.de.

La información y las imágenes incluidas en esta publicación son de los autores (consorcio GenCAD) y no reflejan necesariamente la opinión oficial de la Comisión Europea. La Comisión no garantiza la precisión de la información incluida en esta publicación. Ni la Comisión ni ninguna otra persona que actúe en su representación se considerarán responsables del uso que pudiera hacerse de la información aquí contenida.

Este documento ha sido revisado en consonancia con las recomendaciones de la Dirección General de Sanidad e Inocuidad de los Alimentos.