

Mujer, diabetes y enfermedad cardiovascular: la tormenta perfecta

José Manuel Millaruelo Trillo

Médico de familia. Centro de Salud Torrero La Paz, Zaragoza.

RedGDPS Aragón

La sesión titulada «Mujeres con diabetes y enfermedad cardiovascular: una tormenta perfecta», desde su atractivo título, tenía todos los ingredientes para ser una de las más interesantes del congreso. Las expectativas se cumplieron solo en parte.

Se componía de cuatro ponencias:

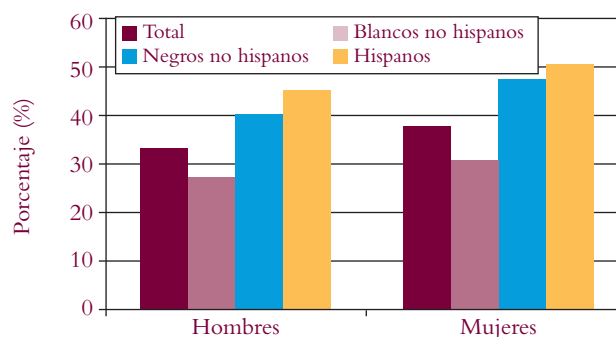
- Prevalencia y *burden* de la enfermedad cardiovascular (ECV) en las mujeres diabéticas, a cargo de la Dra. Barrett-Connor.
- Riesgo cardiovascular (RCV) en las mujeres con ovario poliquístico o diabetes gestacional (DG) previa, por la Dra. Alice Chang.
- Por qué la ECV afecta de una manera distinta en las mujeres con diabetes y cuáles son los agujeros en el conocimiento, por la Dra. Nannette Wenger.
- Implicaciones para la prevención y el tratamiento de la ECV en las mujeres con diabetes, por la Dra. Kristin Newby.

La primera tuvo un claro aspecto epidemiológico, referido además, particularmente, a Estados Unidos. Comenzó con unas proyecciones mundiales de población en los países mayores, para centrarse en la prevalencia previsible de diabetes y particularizar en la importancia de la obesidad y su incremento en Estados Unidos en los últimos años, lo que supuso en 2010 un diagnóstico de diabetes mellitus (DM) de 465.000 casos en la franja de edad 20-44 años, de 1.062.000 en la de 45 a 65 años y de 390.000 en los mayores de 65 años. Estos datos no son uniformes y presentan diferencias importantes según la raza, al ser los hispanos y los no hispanos negros los más predispuestos a presentar DM a lo largo de su vida.

Además, los varones y las mujeres negros tienen más probabilidades que sus homónimos blancos de morir por ECV y, siendo esta la primera causa de muerte en Estados Unidos, es causa de una marcada desigualdad en la expectativa de vida de blancos y negros. Todo ello, a pesar de existir tratamientos baratos y eficaces para su prevención (figura 1).

Mediante el metaanálisis de Kanaya de 2002, defendió que el mayor RCV relativo de las mujeres diabéticas se debe a su constelación de factores de riesgo. No obstante, aportó imágenes de la distinta distribución de la grasa corporal, incluso

Figura 1. Riesgo a lo largo de la vida de desarrollar diabetes en nacidos en Estados Unidos en 2000 según su raza



con índices de masa corporal similares, como explicación de la variabilidad en los riesgos, lo que puede interpretarse como una contradicción a su explicación anterior.

Finalizó su exposición de una manera esperanzadora, al explicar las enormes posibilidades que existen en Estados Unidos para prevenir la obesidad, tomando medidas lógicamente educativas y de regulación legislativa, evitando esa bolsa de los millones de personas que no tienen seguro sanitario y comentando el último estudio de Gregg sobre la disminución de la mortalidad cardiovascular y general en la última década tanto en varones como, por primera vez, en mujeres, haciendo una atribución causal al tratamiento más eficaz de estos últimos años.

La segunda ponente, tras asumir el aumento relativo del RCV en la mujer con diabetes, se preguntaba si era posible prevenirlo desde antes de la aparición de la DM. Buscó una similitud con las nubes que aparecen antes de los tornados, pero que no siempre lo desencadenan, y se preguntó qué factores resultan predisponentes para el desarrollo de DM y ECV.

Definió el síndrome del ovario poliquístico (PCOS), que tras la adopción de los criterios de Róterdam de 2003 puede alcanzar casi a un 20 % de la población femenina. Esta alarmante noticia se vio compensada con la observación de que el PCOS no aumenta los eventos cardiovasculares como podía presumirse. Se intentó explicar por la baja prevalencia de la enfermedad con los criterios anteriores y por la edad a la que se da esta enfermedad, que es de poco RCV.

Uno de los problemas al hablar de la DG es la falta de acuerdo en los criterios diagnósticos. A pesar de ello, se sabe que el antecedente de DG implica un mayor RCV en los años posteriores y mayor probabilidad de desarrollar DM a una edad más temprana. Un metaanálisis reciente lo cuantifica en siete veces. Sin embargo, no se ha encontrado mayor probabilidad de DM en PCOS.

Finalizó con unas propuestas para la investigación y otras para la práctica clínica. Para el síndrome de ovario poliquístico ver que parte hay que tratar para disminuir el riesgo y si, por presentar una fisiopatología similar, puede representar mas riesgo para diabetes gestacional. Y en esta última averiguar qué factores durante el embarazo predicen la intolerancia glucémica posparto y cómo podemos mejorar el *screening* de dicha situación.

Comenzó la Dra. Wenger poniendo de manifiesto las distintas características de la afectación de la ECV en las mujeres diabéticas mediante estudios clínicos y epidemiológicos (tablas 1 y 2).

Tras analizar las causas comunes y conocidas de los mecanismos de arteriosclerosis en la diabetes, postuló que afectaban con más intensidad a las mujeres. Después señaló la disminución menos intensa de la mortalidad cardiovascular en las mujeres en comparación con los varones y lo atribuyó a un perfil desfavorable en los FRCV y hábitos como el ejercicio y a un manejo distinto de estos y de las técnicas intervencionistas usadas en la patología cardiovascular. Concluyó que las mujeres diabéticas tienen muchas posibilidades de no recibir una atención adecuada por recibir menos intervenciones preventivas, diagnosticar más tarde la enfermedad cardiovascular y recibir en el hospital durante el ingreso y al alta un tratamiento menos basado en las guías de práctica clínica.

La última ponente solapó de alguna manera la intervención anterior utilizando los mismos argumentos. Como aspectos destacables, habló de la guía de práctica clínica específica para mujeres de la American Heart Association liderada por la Dra. Lori Mosca, aunque está dirigida a población general fe-

Tabla 1. ¿Por qué la enfermedad afecta de una manera distinta a mujeres con diabetes?

Peores resultados: diabetes en mujeres vs. hombres

- Exceso de riesgo de enfermedad coronaria en mujeres mayor que en hombres con diabetes
 - 4-6 veces en mujeres
 - 2-3 veces en hombres
- Riesgo de muerte por enfermedad coronaria 50 % en mujeres diabéticas respecto a varones diabéticos
- Tras infarto de miocardio inicial, mayor proporción de diabetes en mujeres (25,5 %) que en hombres (16,2 %)
- Mortalidad por infarto de miocardio en diabetes superior en mujeres (*hazard ratio* 9,4) que en hombres (*hazard ratio* 6,4)

Manson. Arch Intern Med 1991;151:1141.

Juutilainen. Diabetes Care 2004;27:2898.

Huxley. BMJ 2006;332:73.

Tabla 2. ¿Por qué la enfermedad afecta de una manera distinta a mujeres con diabetes?

Datos epidemiológicos del aumento del riesgo cardiovascular en mujeres diabéticas

- Registro sueco
 - Las mujeres menores de 65 años obtienen peores resultados que los hombres tras un infarto de miocardio
- Registro administrativo sueco
 - La presencia de diabetes aumenta en riesgo de cardiopatía coronaria equivalente a un envejecimiento de 20 años en mujeres y 10 años en hombres
- Cohorte finlandesa
 - La mortalidad del infarto de miocardio en diabetes es mayor en mujeres que en hombres
- Encuesta Renfrew y Paisley
 - La mortalidad en mujeres con diabetes es equivalente a la presencia de cardiopatía coronaria
- Estudio Rancho Bernardo
 - La angina se asocia a mayor mortalidad por cardiopatía coronaria en mujeres, sobre todo en presencia de intolerancia a la glucosa o diabetes
- Metaanálisis
 - El riesgo relativo para cardiopatía coronaria fatal es un 50 % superior en mujeres

Norhammer. Heart 2008;94:1565.

Wirehn. Diabetes Rec Clin Prac 2008;79:497.

Hu. Diabetologia 2005;48:856.

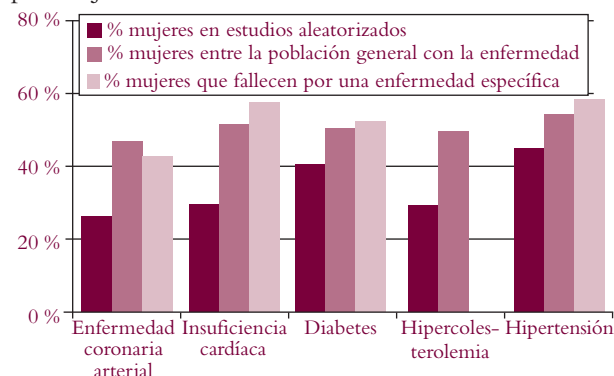
Whiteley. Diabetes Care 2005;28:1588.

Carpuic. J Women's Health 2010;19:1433.

Huxley. BMJ 2006;332:73.

menina, y de algunos aspectos farmacológicos diferenciales, como la respuesta a la aspirina o a las estatinas. Ello le sirvió de argumentación para pedir que se incluya un porcentaje de mujeres similar al de varones en los estudios cardiovasculares, circunstancia que no se da en este momento, y así poder tomar decisiones con mayor validez externa de la que ahora tenemos por esta laguna en el conocimiento de las especificidades del RCV en la mujer (figura 2).

Figura 2. Inclusión de mujeres en los estudios aleatorizados que sirven de base a las guías de prevención cardiovascular para mujeres



Melloni C, et al. Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2010;3:135-42.