

Esta vez contamos con la participación de una referente de carácter internacional, la Dra Paola Varleta, Cardióloga Jefa del Centro Cardiovascular Hospital DIPRECA de Santiago de Chile y miembro del Comité de la Mujer de la Sociedad Chilena de Cardiología, quien nos responde acerca de cuestiones referidas al control de los Factores de Riesgo Cardiovascular, su diagnóstico y tratamiento en las diferentes etapas de la vida de las mujeres.



@cardiorosario ¿Cuál es en la mujer, la principal causa de muerte en el mundo?



@paolavarleta La principal causa de muerte en la mujer es la enfermedad cardiovascular, tanto en países desarrollados y en vías de desarrollo.



@cardiorosario ¿Qué porcentaje de todas esas muertes se deben a Enfermedad Cardiovascular (ECV)?



@paolavarleta Aproximadamente un 30% de las muertes son debidas a Enfermedad Cardiovascular.



@cardiorosario A su criterio ¿cuál o cuáles de los factores de riesgo (FR) tiene mayor impacto en la pérdida de años de vida por Enfermedad Cardiovascular (ECV) en la mujer?



@paolavarleta Todos los factores de riesgo cardiovascular son importantes, pero los de mayor impacto en pérdida de años de vida para la mujer son la hipertensión, dislipidemia, y obesidad.



@cardiorosario En el periodo de transición menopáusica y la menopausia ¿a quién indicaría Terapia de reemplazo hormonal (TRH)?



@paolavarleta En lo cardiovascular no tiene indicación, puesto que la TRH no otorga un beneficio cardiovascular. No está indicada en prevención primaria. Sólo se la recomendaría por un período breve a aquella mujer con un intenso síndrome climatérico caracterizado por bochornos, insomnio y sequedad vaginal, que le altera mucho su calidad de vida.



@cardiorosario ¿A quién contraindicaría el uso de TRH?



@paolavarleta A toda mujer con antecedente familiar directo de cáncer de mama, o patología propia de enfermedad mamaria premaligna o maligna. También le contraindicaría el uso de TRH a aquella mujer con antecedente de enfermedad tromboembólica o trombofilia. Finalmente a mujeres con antecedente de enfermedad CV.



@cardiorosario Con respecto a la Dislipidemias ¿cuál es a su criterio la que implica mayor riesgo de ECV?



@paolavarleta Tanto en mujeres y hombres el incremento del colesterol LDL es la condición lipídica de mayor riesgo de ECV, y a la vez, es el principal objetivo terapéutico a alcanzar. En caso de incremento de triglicéridos, el colesterol no HDL traduce bien el riesgo ateroesclerótico.



@cardiorosario Durante la edad fértil y el embarazo, cual es la droga que elegiría para el tratamiento de la dislipidemia?



@paolavarleta Una mujer joven tiene habitualmente un menor riesgo CV y un mejor perfil lipídico; igual puede mejorar su colesterol con dieta y consumo de fitoesteroles. En caso de una joven mujer con alto riesgo CV o portadora de una hipercolesterolemia familiar, hay que indicar una estatina bajo uso de algún método anticonceptivo, y adecuada educación a la paciente sobre detener la terapia frente a un intento de embarazo. En caso de embarazo sólo está autorizado el uso de resinas de intercambio como es el colesvelam.



@cardiorosario Si la paciente es HTA crónica y desea un embarazo ¿qué droga elegiría para su tratamiento y cuál contraindicaría?



@paolavarleta Elegiría un bloqueador de canales de calcio o un diurético tiazídico. Están contraindicados los inhibidores de la enzima convertidora y los bloqueadores del receptor de angiotensina 2.



@cardiorosario A su criterio ¿el uso de Anticonceptivos Orales debería desaconsejarse en la paciente joven que consulta por HTA?



@paolavarleta Si, lo ideal es desaconsejar esta terapia. Se pueden ofrecer terapias alternativas con menor dosis de etinil estradiol o sin éste. Existe la drospirenona, progestina con efecto mineralocorticoide, y el dispositivo intrauterino de liberación de levonorgestrel.



@cardiorosario ¿Las complicaciones hipertensivas del embarazo, predisponen a un mayor riesgo de Enfermedad Cardiovascular a futuro?



@paolavarleta Efectivamente, el antecedente de síndrome hipertensivo del embarazo (SHE) se asocia a mayor riesgo de infarto al miocardio, accidente vascular encefálico, insuficiencia cardíaca e insuficiencia valvular mitral. Es por esto que aquella mujer que padeció de SHE debe controlarse estrictamente los FRCV y tener chequeos médicos regulares en el futuro.



@cardiorosario ¿Qué acción o acciones a su criterio, considera que podrían cambiar el pronóstico de padecer Enfermedad Cardiovascular en la mujer?



@paolavarleta Las acciones deben ser múltiples. Se puede mejorar el pronóstico CV de una mujer con una pesquiza precoz de la hipertensión arterial y control estricto de ésta. Educando tempranamente sobre el riesgo de fumar, para evitar que fume o insistiendo en la abstinencia. Importante es evitar que suba de peso, puesto que la obesidad se asocia a aparición de diabetes. Otros factores a trabajar son los psicosociales, hay que potenciar que la mujer acceda a educación, estimular el trabajo y la realización de actividades de bienestar psicosocial para evitar la ansiedad, estrés, y privación socioeconómica.



@cardiorosario En la menopausia ¿existe alguna diferencia con respecto al riesgo de padecer ECV si la misma es quirúrgica vs fisiológica?



@paolavarleta No hay diferencia en el riesgo de ECV, a menos que la menopausia quirúrgica sea muy precoz en la vida de la mujer. En otras palabras si la ooforectomía bilateral ocurre muy tempranamente en la vida, esto se asemejaría a una menopausia precoz fisiológica, que ocurre antes de los 45 años, y que sí se asocia a mayor riesgo CV. A más temprana la menopausia antes se observan los cambios adversos en niveles de perfil lipídico, incremento de tejido adiposo, etc. Si es distinta la sintomatología por insuficiencia ovárica en la menopausia quirúrgica, que al ser súbita no permite una adaptación gradual al hipoestrogenismo.



@cardiorosario Durante la transición menopáusica ¿cuál cree usted que es el factor de riesgo modificable que más impacto tendría en la salud cardiovascular?



@paolavarleta Debido a variaciones fisiopatológicas, la transición menopáusica impacta en el riesgo CV a través de dos factores de riesgo: la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial. Siendo ambos factores modificables con el apoyo de una precoz terapia.



@cardiorosario Si la paciente ya tuvo un evento cardiovascular ¿tiene contraindicado TRH durante la menopausia?



@paolavarleta Sí, tiene contraindicada la TRH.



@cardiorosario A su criterio ¿qué rol juega el médico ginecólogo en la detección temprana de factores de riesgo para ECV?



@paolavarleta Un rol fundamental, puesto que la mujer consulta desde muy temprana edad con este especialista, y genera un vínculo de confianza. El ginecólogo puede educar, controlar precozmente los FRCV y prevenir ECV.