



COMENTARIO EDITORIAL

¿ES DIFERENTE LA FALLA CARDIACA EN LAS MUJERES? IS HEART FAILURE DIFFERENT IN WOMEN?

Mónica López, MD.

A partir de 1986 comenzaron a resaltarse las diferencias entre géneros en lo que respecta a la enfermedad cardiovascular, más específicamente, a la enfermedad isquémica del corazón. En cuanto a la falla cardiaca, sin embargo, su abordaje por géneros data de 1999, año en el que Petrie publicó en *Circulation* un esbozo desde los puntos de vista epidemiológico y etiológico, así como de diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

De acuerdo con el primero, la falla cardiaca afecta aproximadamente a 5 millones de personas en Estados Unidos, de los cuales 2.7 millones corresponde a mujeres, y contribuye con el 35% de la mortalidad femenina de etiología cardiovascular (1). En lo concerniente a la etiología subyacente a la falla cardiaca, si bien la enfermedad coronaria es más frecuente en hombres, las enfermedades valvulares y la hipertensión tienen mayor prevalencia entre las mujeres, pero, en contraste, es más probable que en ellas se observe mayor fracción de eyeción, mayor edad de presentación y mejor sobrevida (2).

Pese a estas diferencias, las guías de manejo clínico (3) son iguales para hombres y mujeres, dado que las investigaciones tienden a no contar con representación femenina suficiente (en promedio sólo se incluyen cerca del 25% de mujeres en los estudios clínicos) (4) y no se han realizado estudios prospectivos específicamente diseñados con base en el género.

Así pues, es cierto que las comorbilidades son comunes para ambos grupos pero se expresan de modo diferente en cada uno. Por ejemplo, en las mujeres son más usuales la hipertensión arterial y la enfermedad tiroidea que en los hombres, en quienes predominan el tabaquismo, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la enfermedad vascular periférica, la insuficiencia renal y la enfermedad coronaria. Sobra anotar que la miocardiopatía periparto es propia del sexo femenino (5-8).

Igualmente, se ha observado que las mujeres tienen menores índices de calidad de vida, mayor depresión y mayor alteración de la capacidad funcional pero mejor sobrevida, y aunque no son claras las causas de esta diferencia de mortalidad, se cree que la etiología no isquémica y la mayor fracción de eyeción desempeñan un papel contributivo.

Existen, además, diferencias en cuanto a la forma en que se aplican las terapias recomendadas para falla cardiaca en las mujeres. Los medicamentos que tienen niveles de evidencia en disminución de mortalidad y morbilidad, tales como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, han obtenido esta evidencia de estudios iniciales en donde la participación femenina estuvo subrepresentada, y por tanto no es tan claro su beneficio específico en ese grupo. Similar fenómeno ocurre con la mayoría de recomendaciones, que se han obtenido de análisis post hoc. Hay un metanálisis (4), donde se sugiere que las mujeres sintomáticas se benefician más que las asintomáticas. Con relación a los inhibidores ARA2, los estudios indican que el candesartán y el valsartán parecen ofrecer mayores beneficios en las mujeres (7).

Por su parte, los betabloqueadores están indicados en pacientes con disminución de la fracción de eyeción con ventajas comprobadas en cuanto a morbilidad y mortalidad. En mujeres, también se han demostrado beneficios en cuanto a mejoría de sobrevida con el carvedilol, evidenciados en el US carvedilol, así como con el bisoprolol (CIBIS II) (8) mas no con el metoprolol succinato (MeritHF) (9) pese a que arrojó buenos resultados en lo relacionado con la disminución de hospitalización en el subgrupo femenino.

(1) Servicio de falla cardiaca y trasplante, Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia.

Correspondencia: Dra. Mónica López; correo electrónico: mlopez@cardioinfantil.org

Recibido: 13/02/2014. Aceptado: 18/02/2014.

En los análisis post-hoc de los estudios RALES y EPHESU, los antagonistas de aldosterona demostraron un beneficio de mortalidad en el grupo de mujeres. Entre tanto, en el estudio DIG, donde se estudió la digoxina, se halló un aumento de la toxicidad en mujeres, lo que aparentemente explicó el incremento de la mortalidad observada en dicho grupo poblacional.

En lo concerniente a terapias como la de resincronización o al uso de cardiodesfibrilador, la evidencia se ha derivado de estudios multicéntricos, aleatorizados, pero no específicamente orientados por sexo, y no obstante, ha sido extrapolada al género femenino pese a su poca participación (CAREHF, MADIT).

Ante este panorama surge la necesidad imperiosa de llevar a cabo estudios específicamente dirigidos a mujeres, que cuenten con su participación masiva, y que incluyan aspectos relacionados con etiología, pronóstico, comportamiento y tratamiento de la falla cardiaca, de manera tal que las terapias puedan indicarse con precisión para su posterior aplicación en un contexto real.

En consonancia con lo anterior, el trabajo de Saldarriaga y colaboradores constituye una primera aproximación al conocimiento del comportamiento del grupo de mujeres en nuestro medio, así como también a la obtención de datos objetivos aplicables.

En éste encontraron algunas coincidencias en cuanto a la epidemiología de las mujeres con falla cardiaca, relacionadas con mayor edad y tipo de comorbilidades, que concuerdan con datos disponibles en la literatura mundial. Es conveniente resaltar que en este estudio no se incluyeron pacientes con fracción de eyección preservada, cuya mayor prevalencia la ostenta el género femenino; por tanto no es posible hacer un análisis al respecto.

Es sumamente preocupante, así mismo, que las mujeres no tengan acceso al uso óptimo, tanto de medicamentos como de dispositivos recomendados por las guías, hecho que da pie a varios interrogantes: ¿tienen las mujeres menor acceso a las terapias? (como lo sugiere la autora), ¿tienen menor adherencia a los tratamientos?, ¿es posible que sean tratadas de forma diferente por los profesionales médicos? ¿tal vez son menos tolerantes a algunas terapias?

Independientemente de la razón, los datos objetivos son relevantes porque permiten efectuar cambios favorables para el grupo femenino y, en este aspecto este trabajo ofrece un acercamiento a futuros compromisos que facilitarán el manejo más racional de la falla cardiaca, tanto en el área preventiva como terapéutica, en esta población específica.

CONFLICTO DE INTERESES: el autor manifiesta no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Rosamond W, Flegal K, Furie K, et al. Heart disease and stroke Statistics - 2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2008; 117: e25-146.
2. Nieminen MS, Harjola VP, Hochadel M, et al. Gender related differences in patients presenting with acute heart failure. Results from EuroHeart Failure Survey II. *Eur J Heart Fail*. 2008; 10: 140-8.
3. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, et al. 2009 focused update incorporated into the ACC/AHA 2005 guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2009; 53: e1-90.
4. Hsich EM, Piña IL. Heart failure in women: a need for prospective data. *J Am Coll Cardiol*. 2009; 54 (6): 491-8.
5. Ginghin C, Botezatu CD, Serban M, Jurcu R. Personalized medicine target: heart failure in women. *J Med Life*. 2011; 4 (3): 280-2863.
6. Crespo Leiro MG, Paniagua Martín MJ. Heart failure. Are women different? *Revista Española de Cardiología (English Edition)*. 2006; 59 (7): 725. 35
7. O'Meara E, Clayton T, McEntegart MB, et al. Sex differences in clinical characteristics and prognosis in a broad spectrum of patients with heart failure: results of the Candesartan in Heart failure: Assessment of Reduction in Mortality and morbidity (CHARM) program. *Circulation* 2007; 115: 3111-20.
8. Simon T, Mary-Krause M, Funck-Brentano C, Jaillon P. Sex differences in the prognosis of congestive heart failure: results from the Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study (CIBIS II). *Circulation* 2001; 103: 375-80.
9. Ghali JK, Pina IL, Gottlieb SS, Deedwania PC, Wikstrand JC. Metoprolol CR/XL in female patients with heart failure: analysis of the experience in Metoprolol Extended-Release Randomized Intervention Trial in Heart Failure (MERIT-HF). *Circulation*. 2002; 105: 1585-91.