

Climaterio y obesidad. Categorías de impacto en la cardiopatía isquémica.

HOSPITAL PROVINCIAL UNIVERSITARIO "FAUSTINO PÉREZ"

Revista Médica Electrónica. 2002; 24(3).

Climaterio y obesidad. Categorías de impacto en la cardiopatía isquémica.

Climacteric and obesity. Category of impact in the cardiopathy isquemic.

AUTORES

Dra. Caridad Castañeda Gueimonde .(1)

Dra. Ada Prior García . (2)

Dr. Reynaldo Amigo González. (3)

(1) Especialista de II Grado en Medicina Interna Hospital Universitario "Faustino Pérez".

(2) Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Matanzas

(3) Especialista de II Grado en Cardiología. Hospital Universitario "Faustino Pérez"

RESUMEN

El enfoque de género ha hecho que los programas de salud se orienten, no solamente atendiendo al aspecto reproductivo de la mujer, sino que se preste atención a las enfermedades crónicas y a los factores de riesgo. Estudiamos la relación entre Climaterio y Obesidad como factores de riesgo que inciden en la génesis de la Cardiopatía Isquémica. Para ello hicimos un estudio de cohorte retrospectivo histórico con 203 mujeres que asistieron a la consulta de Cardiología del Hospital "Faustino Pérez" con precordialgia, las cuales fueron seleccionadas por muestreo simple aleatorio; se operacionalizaron variables dependientes que fue la prueba ergométrica diagnóstica y variables independientes que fueron: hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, hipercolesterolemia, sobrepeso y hábito de fumar. Se procesaron los datos usando el paquete estadístico SPSS-10 y se aceptó como nivel de significación un valor de $P < 0,05$. Se discuten los resultados y se comparan con la literatura nacional y foránea. Se concluyó que la HTA ocupó el primer lugar como factor de riesgo cardiovascular, tanto para sobrepeso como para normopeso, que la mayor positividad de la prueba estuvo entre las mujeres sobrepeso las cuales tuvieron dos veces mas positividad de la Ergometría que los normopeso, por lo que recomendamos la creación de un modelo de atención al climaterio femenino a través de una consultoría médica multidisciplinaria.

DESCRIPTORES (DeCS)

CLIMATERIO/ genética

OBESIDAD/ complicaciones.

HUMANO-FEMENINO-ADULTO

INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho humano y un componente esencial del desarrollo económico y social. La mujer es un recurso valioso en la sociedad, ya que ella constituye el 56 % de la población mundial (1). En Cuba representa el 37,6 % de la fuerza laboral y el 38,5 % está comprendida en la edad mediana . El enfoque de género no ha hecho que los programas de Salud se orienten no solamente atendiendo al aspecto reproductivo de la mujer, sino que se preste atención a las enfermedades crónicas y a aquellos factores de riesgos que tiene potencial aterogénico y dentro de ella se encuentra la obesidad. Nuestro interés radica en el presente estudio a partir de que conocemos a que en climaterio femenino (2,3) se produce una declinación de las hormonas ováricas que son antagonistas de la insulina, hormona que introduce la glucosa a la célula y la almacena en forma de triglicérido, lo que induce al aumento de tejido adiposo, y a partir del climaterio comienza la fase lipogénica de la insulina. Esto lleva a hiperinsulinismo generando más acumulación de tejido adiposo y, por lo tanto, mayor sobrepeso u obesidad (4). Con estas consideraciones se hace necesario evaluar el grado de participación de otros factores de riesgo, además del vínculo que se establece entre obesidad y climaterio y que determina sobre el fenómeno de la aterogénesis haciendo que la población femenina sufra de Enfermedad Isquémica Coronaria. Las mujeres en el climaterio sufren de múltiples quejas con una base orgánica atribuible al desbalance hormonal de esta etapa, lo que motiva sucesivas y reiteradas consultas medicas a diferentes especialidades que las confinan a variables grados de incapacidad o limitación y con estos elementos decidimos revisar cómo se afecta la seguridad social en la provincia de Matanzas con los elementos expuestos.

Datos tomados del Registro del Ministerio del Trabajo Provincial (5): Del total de peritados en el año 2001: 815 pacientes, 474 fueron mujeres, dentro de ellas 375 fueron mujeres de edad mediana y ellas constituyeron el 46 % del total de peritados, así mismo la mujer de edad mediana constituye el 79,4 % del total de mujeres, 273 mujeres se encuentran con incapacidad temporal y 27 jubiladas. Con estos datos donde hay una importante repercusión en la seguridad social del país, desde el punto de vista económico se hace necesario revisar el abanico de síntomas que mantiene estas limitaciones, ya que estas mujeres se encuentran en un período de la vida donde su productividad y experiencia la afianzan en el plano económico y social, imponiéndose la necesidad de la creación de un modelo de atención al climaterio .

MÉTODO

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo histórico de la población femenina climatérica con Precordialgia que acudió a la consulta de Cardiología del Hospital Universitario "Faustino Pérez" en el período comprendido entre los años 1997 y 2000, y a las cuales se les realizó Prueba Ergométrica Diagnóstica (PED). En ese período de tiempo solicitaron atención 429 mujeres en las edades comprendidas entre 40 y 59 años, de las cuales se escogieron por muestreo simple aleatorio a partir del Registro de Casos del Departamento de Ergometría 203 mujeres, 95 de 40 - 49 años y 108 de 50 - 59 años. Para dar salida a los objetivos en estudio se operacionalizaron las siguientes variables:

Variable dependiente:

- Presencia/ Ausencia de Prueba Ergométrica Positiva

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Presencia/ Ausencia de A.P.P. de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Hipercolesterolemia, Hipertrigliceridemia, Hábito de fumar y Sobrepeso y/u obesidad.
- Índice de Masa Corporal (IMC)

Los datos se recogieron de una encuesta confeccionada por el Laboratorio de Ergometría y aplicada por el especialista a todo paciente que se realizó la PED, y se procesaron utilizando paquetes estadísticos adecuados para esos fines (SPSS 10). Se realizó un análisis descriptivo de las variables. La variable continua se expresa en medida de tendencia central y dispersión; se compararon las proporciones de mujeres normopeso y sobrepeso con cada factor de riesgo y en todos los cálculos se aceptó como nivel de significación un valor de p inferior a 0,05.

RESULTADOS

De un total de 203 mujeres que resultaron escogidas de edad mediana 95 se encontraban entre 40 y 49 años, 108 estaban entre 50 y 59 años, existiendo entre ellas 110 normopeso y 93 sobrepeso.

Conociendo la distribución de los factores de riesgo según peso corporal y edades (Tabla No. 1) las mujeres normopeso tienen mayor prevalencia de Hipertensión Arterial y Hábito de fumar (65 y 34 respectivamente) y la sobrepeso exhiben mayor prevalencia de Diabetes Mellitus y Colesterol elevado (9 y 26). Se valora que en el grupo de las sobrepeso hubo mayor prevalencia de Diabetes Mellitus que en las normopeso (9 v/s 4). En cuando a grupos de edades las mujeres de 40 a 49 años tuvieron una mayor frecuencia de fumadoras, tanto para las sobrepeso como para las normopeso (22 y 16).

Según nuestros resultados el factor de riesgo cardiovascular que más alta prevalencia tuvo para los dos grupos, tanto normopeso como sobrepeso, es la Hipertensión Arterial, teniendo como común denominador la edad del climaterio. Cuando analizamos la distribución de la positividad de la prueba ergométrica diagnóstica (Tabla No. 2) según el peso se presentaron 85 pacientes con PED positivas de las 203 totales evaluadas, lo que constituye el 41,87 % y de ellas el 51 % corresponden a pacientes sobrepeso. La positividad de la PED para las mujeres sobrepeso fue mayor que para las normopeso (46,24 V/S 38,2 %). Relacionando el Índice de Masa Corporal (IMC) y la percepción individual del sobrepeso (Tabla No. 3) sólo el 20,43 % de las pacientes con IMC por encima de 27, es decir, 19 pacientes se autopercebieron como portadoras de mal nutrición por exceso y este juicio fue mayor en las mujeres más jóvenes, las comprendidas en el grupo de 40 a 49 años.

En el análisis de los Factores de Riesgo (FR) según el peso corporal (Tabla No. 4,) sólo el 19,7 %, tanto sobrepeso como normopeso, carecían de FR con mayor prevalencia entre las de normopeso.

Casi la mitad de la muestra, el 41,29 %, tenían un solo factor y la mayor prevalencia estaba entre las normopeso. Las mujeres sobrepeso tributaron el mayor número en la asociación de 2 y 3 FR (29 y 5 respectivamente). Al evaluar la distribución de la PED positiva, la participación de los FR y el peso corporal (Tabla No. 5) encontramos que las mujeres normopeso tuvieron una positividad de un 100 % en la Ergometría cuando presentaron Colesterol sólo elevado o asociado a Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus y en una tercera

posición la asociación de Colesterol e Hipertensión Arterial arrojó un 83,3 % en lo referente a positividad de la prueba.

Las mujeres sobrepeso tuvieron una positividad en la Ergometría de 100 % cuando se combinaron hipertensión, colesterol y h hábito de fumar. En orden decreciente la asociación de hipertensión y colesterol (69,2%) y el colesterol sólo (66,6%). El hecho de que las mujeres sobrepeso tengan una positividad de la Ergometría dos veces superior sin ningún otro factor en comparación con las normopeso (42,85 % v/s 19,2 %) nos hace reflexionar que la malnutrición por exceso de por sí sola está condicionando mecanismos fisiopatológicos que propician el proceso aterogénico y, por tanto, la cardiopatía isquémica, lo que requieren un alerta en cuanto a medidas de intervención para disminuir o atenuar este riesgo modificable que siendo un FR dependiente revierte importancia fundamental en el control como se evidencia en la Tabla No. 5.

Tabla No. 1

Distribución de los factores de riesgo en la muestra según edad y peso.

Peso	Edad	HTA	DM	Colest.	Fumar	Triglicer.
Normopeso	40-49	34	1	9	22	2
	50-59	31	3	8	12	0
Subtotal		65	4	17	34	2
Sobrepeso	40-49	27	4	5	16	1
	50-59	32	5	21	8	0
Subtotal		59	9	26	24	1
Total		124	13	43	58	3

Tabla No. 2

Distribución de la positividad de la prueba ergométrica según peso.

Peso	PED positiva		PED negativa		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Normopeso	42	38.10	68	61.90	110	100
Sobrepeso	43	46.24	50	53.76	93	100
	85	41.87	118	58.13	203	100

Tabla No. 3.

Relación entre I.M.C. y percepción individual de sobrepeso.

Edad	Obesidad Percibida				IMC > 27	
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
40-49	9	21.43	33	78.57	42	100
50-59	10	19.61	41	80.39	51	100
	19	20.43	74	79.57	93	100

Tabla No. 4

Distribución de las mujeres climatéricas según peso y asociación de factores de riesgo.

Factor de riesgo	Normopeso	Sobrepeso	Total	%
Ninguno	26	14	40	19.70
1 factor	52	44	96	47.29
2 factores	27	29	56	27.59
3 factores	4	5	9	4.43
4 factores	1	1	2	0.99
Total	110	93	203	100

Tabla No. 5

Distribución de las PED positivas según combinación de factores de riesgo y peso.

Factores de riesgo	IMC menor de 27				IMC mayor o igual a 27			
	N°	%	PED+	%	N°	%	PED+	%
HTA	34	30.9	9	26.4	14	15.05	6	42.85
Colesterol	6	5.45	6	100	28	30.1	11	39.28
Fumadora	12	10.9	3	25	6	6.45	4	66.6
HTA + DM	2	1.81	0	0	10	10.75	3	30
HTA + Colest	6	5.45	5	83.3	5	5.37	2	40
HTA +Fuma	18	16.36	10	55.5	13	13.97	9	69.2
HTA + DM +Colest	1	0.9	1	100	8	8.6	3	37.5
HTA + DM +Fumad	2	1.81	1	50	2	2.15	0	0
HTA + Colest +Fumad	2	1.81	1	50	0	0	0	0
					2	2.15	2	100

DISCUSIÓN

En las mujeres de edad mediana con IMC > 27 se evidencia, además de la repercusión que tiene el deterioro del perfil lipídico por el defecto de estrógenos generado por la menopausia que se traduce en aumento de LDL, Colesterol total y Triglicérido, lo que aumenta la morbilidad cardiovascular, (6,7) se le añade que en el obeso hay una mayor síntesis de colesterol ya que por cada Kg. extra de peso se elaboran 20 mg/día más de colesterol, lo que hace que se proyecten de manera categórica el factor aterogénico en el obeso, excluyendo de esta situación el factor edad. (6,7)

En nuestra muestra hubo una mayor prevalencia de Diabetes Mellitus en las mujeres sobrepeso, la Comisión Nacional de Diabetes Mellitus de los Estados Unidos (6) señala que el riesgo de Diabetes Mellitus está duplicado en los sobrepesos, quintuplicado en el obeso moderado y multiplicado por 10 en el obeso severo, ya que se conoce que en el obeso hay un aumento de la insulina circulante y

resistencia periférica a la acción de la misma exigiéndose una producción aumentada en los islotes de Langerhans de esta hormona, llevando a un fallo de las células beta. (6)

En nuestra casuística encontramos que la mayor frecuencia de fumadoras sobrepesos y normopesos fue sobresaliente entre 40 y 49 años, el grupo más joven, se cita por investigadores como Aranda, que en las mujeres jóvenes el tabaquismo es uno de los principales FR para la CI aguda y un riesgo para la enfermedad coronaria crónica que es mayor que en el hombre. Las fumadoras experimentan una menopausia más precoz y se conoce que el tabaco ejerce un efecto antiestrogénico sobre el aparato cardiovascular, disminuyendo las concentraciones de HDL, aumentando la agregabilidad plaquetaria y aumentando la concentración de fibrinógeno, todo lo que contribuye a la formación de la placa de ateroma. (6,(7)

La Hipertensión arterial fue el FR más sobresaliente en nuestro estudio tanto para normopeso como para sobrepeso, lo que está favorecido por el climaterio femenino, en el cual la disminución de los estrógenos propicia una disfunción endotelial que hace que disminuya la síntesis de óxido nítrico y de prostaciclina y aumente la liberación de endotelina generándose un desbalance entre la vasodilatación y la vasoconstricción. Además, que contribuye a la Hipertensión Arterial la disminución de la ingesta de calcio y el aumento de la reabsorción ósea con el consiguiente aumento de la resistencia vascular periférica, así como las alteraciones psicológicas del climaterio donde se alteran las concentraciones de los neurotransmisores, se produce hiperactividad simpática al estrés y esto lleva a vasoconstricción renal y aumento de la resistencia vascular periférica resultando Hipertensión Arterial con aumentada sensibilidad a la sal.

Cuando en nuestro trabajo se relaciona el IMC con la percepción individual del sobrepeso sólo el 20,43 % se percibe como tal cuestión que es motivo de observación, ya que esto hace evaluar la no concienciación de este FR y, por lo tanto, más difícil de actuar sobre él; se expone por investigadores foráneos y nacionales (6,7) que con el déficit de la producción de estrógenos por la declinación de la función ovárica, motivada por la edad cambia la composición corporal de la mujer, hay pérdida de la masa ósea y de fracciones minerales en el hueso, la grasa total y visceral y el fluido extracelular se incrementa. La silueta femenina se asocia a un perfil hormonal androgénico y se presenta grasa acumulada en la región del abdomen y la acumulación y movilización de grasa en la mujer durante el climaterio está asociada a variaciones de los niveles de hormonas sexuales (8). Se ha citado por autores extranjeros que el control de exceso ponderal es la medida que más contribuye a reducir el riesgo cardiovascular en la mujer menopáusica. Cuando analizamos FR con peso corporal en las pacientes sobrepeso la que con más razón se articulan otros FR como se ha expuesto: Diabetes Mellitus, Hipercolesterolemia e Hipertensión Arterial (6,8) en la que el sustrato fisiopatológico está presente. Está citado por autores conocidos (4,6,8) que la androgenia y la obesidad aumentan el riesgo de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, aterosclerosis y enfermedad cardiovascular en la mujer de edad mediana.

Con estas consideraciones se impone la necesidad de establecer un modelo de atención al climaterio femenino a través de una consultoría médica con una propuesta de solución para corregir estilos de vida que se traducirían en control sobre los FR que coadyuvan a la aparición de CI en la mujer climatérica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anuario Estadístico. Año 2000.
2. Bello L. Menopausia y Climaterio. Conferencia. Diplomado de Endocrinología. Hospital Faustino Pérez . Año 2002.
3. Dove A. Obesity as complex disease resulting from the interactions between a variety of genetic and environmental factors epidemiology. USA; 2002; 10: 102-15.
4. Aranda P, Aranda J. Hipertensión en mujeres posmenopáusicas. España; 1995. p. 83-96 .
5. Libro Registro del Ministerio del Trabajo. Año 2001.
6. Álvarez Sintés, R. Climaterio y Menopausia. Volumen II. Principales afecciones del individuo en los contextos familiar y social. Temas de Medicina General Integral. Habana; 2001. p. 766-68.
7. Stefanik, M.L. The roles of the obesity regional definity and phisical activity in coronary heart disease in women. Cardiovascular Health and disease in women. Nk Wenger Comunit; 1993: p. 149-256.
8. Artiles V, Navarro D, Manzano B. Género. Categoría de impacto en la criticidad del Síndrome climatérico. Rev Cubana Med Gen Integr; 1998; 14: (6): 527-32.

OTRAS BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS

1. Prendes, M. Planificación familiar en el climaterio. Rev Cubana Med Gen Integr; 2000, 16(2): 118-24.
2. Díaz M. Biotipo y Climaterio Femenino. Rev Cubana Med Gen Integr; 1999; 15(3): 310-17.
3. MINSAP. Programa Nacional de Control, Tratamiento y Evaluación de la Cardiopatía isquémica. La Habana: Ed Ciencias Médicas; .2000.

SUMMARY

The gender approach has made that the programs of health ar guided not only considering the woman's reproductive aspect but attention should be paid to the chronic illenesses and their risk factors. We studied the relationship between climaterium and obesity as risk factors that make incidence en the genesis of the ischemic heart disease , to do that, we made a historical retospective cohort study with 203 women who attended the consultation of Cardiology at Faustino Pérez Hospital with precordialgia, those women wereselected by aleatory samplig. The variables werw operacionalized as dependent one, wich was the ergometric diagnoses test and the independent variable which were Arterial Hypertension, Diabetes Mellitus, Hypercolesterolemia, Overweight, and Somking habits The data were processed using the statical package S PSS10 and it was it was accepted as a significant value ,a value $p < 0.005$

Results ar discussed and compared with the domestic foreign literature and we concluded that the Arterial Hypertension took the first place as a cardiovascular risk factor not only for the overweigh but for the normal weigth women as well, that the greater positivity of the test was among the over weighth women and those had twice more positivity in the ergometry than those with a normal weight, that's why we recomended the creation of a model for the attention of female climaterium through multidisciplinary medical consultation.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Castañeda Gueimonde C, Prior García A, Amigo González R. Clima y obesidad. Categorías de impacto en la cardiopatía isquémica. Rev méd electrón [Seriado en línea] 2002; 24(3).. Disponible en URL: http://www.revmatanzas.sld.cu/revista_medica/año2002/tema8.htm [consulta: fecha de acceso]