

A UNIDADE A ENFERMIDADE CARDIOVASCULAR DA MULLER DA XERENCIA SANITARIA COMPOSTELÁ REALIZOU PRETO DE 800 CONSULTAS NOS PRIMEIROS MESES DE ACTIVIDADE

- *É a única unidade específica de Galicia e acadou un considerable incremento da participación das mulleres na rehabilitación cardíaca ata máis dun 50%*
- *A súa responsable, Milagros Pedreira, subliña que a patoloxía cardiovascular na muller presenta diferenzas desde o punto de vista fisiopatolóxico e manifestación clínica, e mesmo require distintas abordaxes diagnósticas e terapéuticas*

Santiago de Compostela, 7 de marzo de 2019.- A unidade de enfermidade cardiovascular na muller da xerencia de Xestión Integrada de Santiago ten realizado preto de 800 consultas antes de cumprir o primeiro ano da súa posta en marcha. Milagros Pedreira, a coordinadora, subliña que “este proxecto xorde pola necesidade dun estudo e un seguimento especialmente dedicado ás complicacións deste tipo de patoloxía nas mulleres”. A enfermidade cardiovascular continua sendo a primeira causa de morte en Europa e en España, e diversos estudos teñen amosado que en ocasións o tratamento non se aplica da mesma maneira en mulleres e homes.

“Doutra banda no noso medio –subliña a cardióloga- comprobamos como as propias mulleres con infarto de miocardio buscan atención máis tarde que os homes, o que leva a un número maior de complicacións e a un peor pronóstico”.

“Hai múltiples razóns que explican a necesidade dunha unidade específica de patoloxía cardiovascular na muller” segundo apunta a doutora Pedreira, “hai diferencias desde o punto de vista fisiopatolóxico, nas manifestacións clínicas, na utilidade de diferentes métodos diagnósticos ou na estratexia terapéutica”, engade.

A pesar do curto tempo de traballo, a unidade comezou a funcionar en maio do 2018 “realizamos ata o momento ao redor de 800 consultas, ademais da probas complementarias pertinentes: test de esforzo, TAC, coronariografía....etc, o que nos permitiu facer unha análise preliminar da situación”. Milagros Pedreira destaca que “comprobamos a melloría no control de factores de risco, como tabaco, colesterol ou sedentarismo, moi prevalentes nesta poboación”.

Outro dos principais logros desta unidade foi o incremento na porcentaxe de mulleres que tras sufrir un infarto de miocardio aceptaron participar no programa de rehabilitación cardíaca existente no Hospital Clínico. Segundo describe a literatura médica, na nosa contorna occidental hai un rexeitamento maior nas mulleres que nos homes a participar nestas unidades de rehabilitación. En Santiago, partindo duns parámetros semellantes, na actualidade máis do 50% das mulleres que sufriron un infarto de miocardio aceptan participar no programa de rehabilitación

INFORMACIÓN AOS MEDIOS

“Sabemos que a incorporación a programas de Rehabilitación Cardíaca tras un infarto resulta fundamental para a melloría clínica, reincorporación ao traballo, e, sobre todo, polo mellor pronóstico dos pacientes incluídos”, destaca a doutora Pedreira.

Dende a unidade realízase tamén labor de comunicación á poboación para o mellor autocoidado e a prevención destas enfermidades, así como a difusión dos síntomas e signos de alarma no contexto dun potencial infarto de miocardio para a procura de atención urxente e evitar así unha demora que, en ocasións, pode ter fatais consecuencias.

A unidade de patoloxía cardiovascular na muller mantén unha liña directa e rápida coas pacientes e cos seus médicos de Atención Primaria a través de e-consulta ou consulta directa telefónica sen demora nin espera se a situación así require.

Reavalían periodicamente a atención e os resultados obtidos para identificar as limitacións, barreiras e por suposto a posible mellora na atención ás nosas pacientes que son o obxectivo desta unidade.

A día de hoxe sabemos que nas mulleres é máis frecuente a aparición de infarto sen obstrucións coronarias significativas, que se denomina “MINOCA”, así como unha anxina de peito na que tampouco se detectan obstrucións importantes debido moitas veces a enfermidade das arterias máis pequenas: o que se clasifica como ANGINA MICROVASCULAR. Este tipo de enfermidade aínda que pode ter un pronóstico diferente ao da enfermidade coronaria convencional, provoca unha importante limitación física para as pacientes, unha sintomatoloxía moi recorrente que leva a frecuentes visitas a urxencias e mesmo ingresos repetidos e comporta tamén un pronóstico reservado.

Esta patoloxía, así como a enfermidade coronaria ateromatosa convencional, foi e é, o principal motivo de consulta da Unidade, que se encarga do seu seguimento, estudo e tratamento. Faise especial énfase na necesidade dun control adecuado de factores de risco cardiovascular, no grupo de poboación máis nova xa que está identicado o tabaquismo como un dos principais factores de risco comúns nestas mulleres, seguido de aumento de colesterol e o sedentarismo..

Primeira causa de morte

En España morren 9.000 mulleres máis que homes por enfermidade cardiovascular ao ano, segundo datos do INE de decembro de 2017. A enfermidade cardiovascular continúa a ser a primeira causa de morte en España (29.17%), por riba das mortes acontecidas por tumores (27,50%) ou as enfermidades do sistema respiratorio, a terceira causa, con 11,40%. A taxa media de mortalidade feminina en España por causa cardiovascular é do 31,98%, mentres que en Galicia é algo superior, do 34,82%. A cardiopatía isquémica e o ictus son os principais responsables das mortes por enfermidade cardiovascular na muller.

Nas últimas dúas décadas tense detectado un incremento nas taxas de infarto en mulleres mozas, de entre 35 e 45 anos, mentres nos homes da mesma franxa de idade diminúen e está comprobado que nas mulleres dáse unha maior mortalidade na fase aguda do infarto,

INFORMACIÓN AOS MEDIOS

maior número de complicacións na súa evolución e durante o intervencionismo coronario e mesmo na cirurxía de re vascularización.

“A pesares desta situación, a visión da poboación xeral segue a ser que a patoloxía cardiovascular é unha enfermidade masculina” subliña a cardióloga do CHUS, Milagros Pedreira, pero esta situación está cambiando e están a xurdir campañas de difusión a nivel científico, profesional e social que promoverán un cambio “na actitude fronte a este problema sanitario”.

Así, no ámbito epidemiolóxico, na muller a enfermidade cardiovascular desenvólvese máis tarde, o que provoca maior perda de calidade de vida nas doentes; ademais hai factores de risco específicos, relacionados co xénero, como a hipertensión de embarazo; a diábetes xestacional; a disfunción hormonal pre-menopáusicas; a síndrome ovárica poliquística, ou a menopausia.

A Unidade, coordinada pola doutora Pedreira tamén conta coa estreita participación de Pilar Mazón e Amparo Martínez, do servizo de cardiología da área sanitaria compostelá e conta coa colaboración doutras unidades de cardiología, e con ata 10 servizos do CHUS, como cirurxía cardíaca, cirurxía vascular, endocrinología, medicina nuclear, obstetricia, oncoloxía, hematoloxía, radioloxía, reumatoloxía, ou urxencias. A nova unidade desenvolve protocolos de atención sanitaria diagnósticos e terapéuticos e realiza tamén difusión das especificidades da patoloxía cardiovascular na muller a profesionais sanitarios e sociedade.

Rexistro de pacientes don IAM con elevación de ST no CHUS

Así, o rexistro de pacientes con Infarto agudo de miocardio con elevación do ST do Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela reflicte un maior atraso na atención por IAM (infarto agudo de miocardio) en mulleres que en homes polo que son necesarios mecanismos que permitan superar esta desvantaxe de xénero feminino poñendo énfase nunha especial sensibilidade e coñecemento destes datos por parte dos profesionais e dunha maior e mellor percepción por parte das propias mulleres.

No rexistro IAMEST, de doentes atendidos con Infarto agudo de miocardio con elevación do ST, co tipo de infarto máis grave, da xerencia compostelá figura que 1.499 pacientes foron sometidos a angioplastia primaria, deles 396 foron mulleres, o 24%.

A media de idade en mulleres foi de 65 anos e os seus principais factores de risco cardiovascular son a hipertensión arterial, no 64 %, e a *Diabetes Mellitus* no 27,3%, Hiperlipidemia 46% e habito tabáquico o 16.4%. Comparado cos homes, as mulleres son maiores e teñen maior prevaenza tanto de hipertensión como de diábetes. Nas mulleres transcorreu maior tempo desde o primeiro contacto médico ata recibir o tratamento de reperfusión no centro hospitalario, concretamente transcorreron uns 121 minutos de media, mentres que nos homes pasaron 92 minutos de media.

As mulleres con mellores tempos tiveron menor mortalidade por todas as causas e menos eventos adversos graves (repetición do infarto, re vascularización do vaso responsable, insuficiencia cardíaca) nos seguintes 2,36 anos do infarto.

INFORMACIÓN AOS MEDIOS

A este atraso súmase a demora na solicitude de atención médica por parte das mulleres, da que se ten coñecemento pero non está tan cuantificada de xeito obxectivo. A doutora Pedreira destaca que “non se identifica tan ben a síndrome coronaria aguda porque os síntomas ás veces non son os típicos, os descritos na literatura médica”. “Desde hai tempo sábese que a sintomatoloxía pode variar na muller o que condiciona a percepción da doente ou do propio profesional médico, o que fai que non identifique con tanta facilidade os síntomas”, engade.

Saúdos