Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos
www.cadime.es

Enfermedad cardiovascular femenina

La revista *Circulation* ha publicado un documento de consenso elaborado por la *American Heart Association* (AHA), la *American Academy of Pediatrics* (AAP), el *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) y la *Society for Maternal-Fetal Medicine* (SMFM), sobre la prevención y el tratamiento de la enfermedad cardiovascular en niñas y mujeres. Propone integrar la salud hormonal, psicosocial y cardiovascular en la prevención a lo largo de la vida y organiza sus recomendaciones en cuatro etapas (perimenarquia, ciclos ováricos, perimenopausia y posmenopausia), con el fin de facilitar la detección, la prevención y las consideraciones terapéuticas específicas para la mujer. Considera el embarazo como una circunstancia que puede revelar el riesgo cardiovascular. Incluye una tabla con guías y documentos de referencia de distintas sociedades, así como elementos de apoyo a la toma de decisiones.

Las hormonas sexuales endógenas varían a lo largo de la vida y contribuyen a las diferencias por sexo en el riesgo cardiovascular. La terapia hormonal exógena no reproduce necesariamente sus efectos protectores y puede no modificar el riesgo o aumentarlo, según la edad, el momento de inicio, la formulación y los antecedentes individuales. La terapia hormonal menopáusica no se recomienda para prevenir la enfermedad cardiovascular; su uso debe considerar los síntomas y los riesgos cardiovasculares y tromboembólicos. Una figura resume cuándo considerar opciones no hormonales, como fezolinetant o paroxetina. Para los síntomas genitourinarios puede considerarse estrógeno vaginal, de absorción sistémica limitada y no asociado a un aumento del riesgo cardiovascular.

Entre los aspectos más relevantes destacan los siguientes:

Salud hormonal

Se recomienda registrar la historia menstrual y considerar en la valoración cardiovascular la menarquia antes de los 10 años, los ciclos irregulares, el síndrome ovárico polendocrino-metabólico (PMOS, antes denominado síndrome de ovario poliquístico) y la menopausia antes de los 45 años.

Ante sangrado menstrual abundante, se recomienda evaluar ferropenia y anemia y suplementar hierro si está indicado. Para controlarlo pueden considerarse tratamiento hormonal y antifibrinolíticos. En mujeres con doble antiagregación o anticoagulación, se aconseja preguntar por el sangrado y anticipar medidas para reducirlo.

En mujeres con PMOS se recomienda valorar el riesgo cardiovascular al diagnóstico y revisar al menos anualmente la presión arterial (PA), el índice de masa corporal (IMC), los lípidos y la HbA1c. Entre las opciones se citan los anticonceptivos hormonales combinados para la salud hormonal, y la metformina y los agonistas del receptor GLP-1 para la salud cardiometabólica

Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos
www.cadime.es

Salud psicosocial

Se recomienda cribar la depresión desde los 12 años, la ansiedad desde los 13 y los trastornos de la conducta alimentaria desde los 11, mediante instrumentos validados. Desde los 40 años se propone valorar los síntomas de la menopausia, las alteraciones del sueño y su repercusión. Para estos síntomas se contemplan opciones hormonales y no hormonales, además de estrategias conductuales.

Salud cardiovascular

Se recomienda valorar el riesgo cardiovascular en mujeres de 30 años o más sin enfermedad cardiovascular (EC) establecida. Los antecedentes de salud femenina pueden orientar las decisiones preventivas.

En mujeres con posibilidad de embarazo se aconseja preguntar en cada consulta por la intención de embarazo y revisar la seguridad de la medicación cardiovascular en la planificación, durante la gestación y la lactancia. Los anticonceptivos con estrógenos deben evitarse en mujeres con EC aterosclerótica o riesgo elevado, miocardiopatía periparto, valvulopatía, tromboembolismo venoso con factores de recurrencia o migraña con aura; los anticonceptivos solo con progestágeno pueden ser una alternativa.

En embarazadas con hipertensión en estadio 2 se citan labetalol y nifedipino de liberación prolongada como opciones de primera línea, con un objetivo de PA <140/90 mmHg. Si hay mayor riesgo de preeclampsia, se recomienda considerar ácido acetilsalicílico a dosis bajas. Tras la diabetes gestacional se aconseja evaluar la glucemia a las 4–12 semanas posparto y cada 1–3 años; tras un trastorno hipertensivo del embarazo, controlar la PA precozmente, a las 6–12 semanas y anualmente.