

## LISTA DE COMPROBACIÓN PARA UNA EVALUACIÓN EFICAZ DEL RIESGO CARDIOVASCULAR



### Consulta inicial

Antecedentes familiares	Índice de masa corporal
Cigarrillos/día	Perímetro de la cintura
Consumo de alcohol	Actividad física
Menopausia	Tensión arterial
Edad	Clasificación SCORE
Nefropatía crónica	Dieta
Diabetes	Perfil lipídico
Enfermedad cardiovascular actual	Glucemia

### Visitas/monitorización de seguimiento

Cigarrillos/día	Índice de masa corporal
Consumo de alcohol	Perímetro de la cintura
Menopausia	Tensión arterial
Edad	Clasificación SCORE
Bienestar físico	Perfil lipídico
Dieta	Glucemia

\*Consulte las páginas 10–13 de la guía "Evaluación y manejo de los riesgos cardiovasculares en mujeres" para ver una descripción del sistema SCORE.

# EVALUACIÓN Y MANEJO DE LOS RIESGOS CARDIOVASCULARES EN MUJERES

GUÍA BREVE PARA MÉDICOS QUE TRATAN LA MENOPAUSIA



Producida por Cambridge Medical Publications, Wicker House, High Street, Worthing, West Sussex BN11 1DJ, Reino Unido. Las opiniones expresadas en esta guía educativa no son necesariamente las de Cambridge Medical Publications. Aunque se tiene un gran cuidado para garantizar la precisión, las personas involucradas en la producción de la publicación no son responsables de ningún error o imprecisión. Todas las posologías a las que se hace referencia deben cotejarse con las fichas de datos relevantes correspondientes a los productos.

© 2008 Cambridge Medical Publications. Reservados todos los derechos, incluidos los de traducción a otros idiomas. No se puede reproducir ni transmitir de forma alguna o por medio alguno, ninguna parte de este libro, ya sea electrónica o mecánicamente, lo que incluye el fotocopiado, la grabación o cualquier sistema de almacenamiento y recuperación de información, sin el permiso del titular del copyright.

ISBN 978-1-905467-04-4

## Presidentes

**Catedrático Peter Collins**  
Imperial College London  
Royal Brompton Hospital  
Londres  
Reino Unido

**Catedrático Amos Pines**  
Departments of Medicine 'T'  
Tel-Aviv Souraski Medical Center  
Tel-Aviv  
Israel

**Catedrático Martin Birkhäuser**  
Abteilung Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin  
Frauenklinik  
Berna  
Suiza

**Catedrático Giuseppe Rosano**  
IRCCS San Raffaele  
Roma  
Italia

## Miembros del profesorado

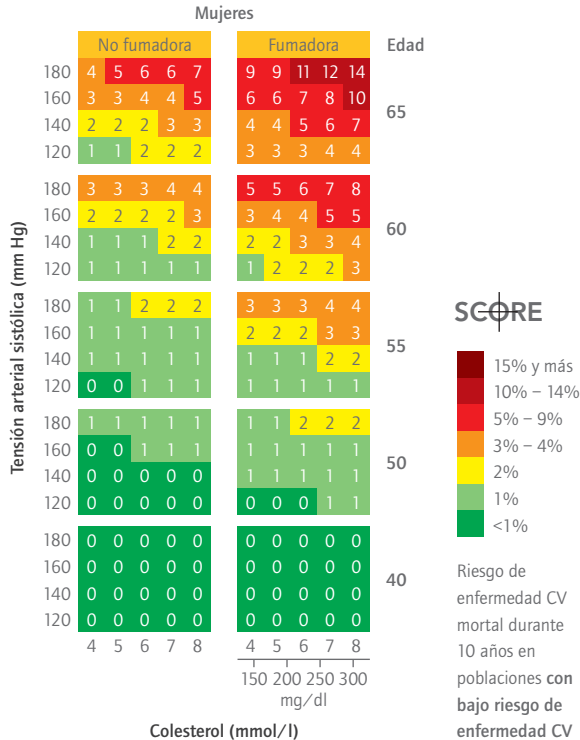
Cathy Casey (Irlanda)  
Caroline Daly (Reino Unido)  
Marco Gambacciani (Italia)  
Risto Kaaja (Finlandia)  
Stéphane Laurent (Francia)  
Tommi Mikkola (Finlandia)

Santiago Palacios (España)  
Tabassome Simon (Francia)  
John Stevenson (Reino Unido)  
Marco Stramba-Badiale (Italia)  
Eberhard Windler (Alemania)

## Agradecimientos

Agradecemos su contribución a esta guía a los asistentes a la reunión sobre *Evaluación y Gestión del Riesgo Cardiovascular en Mujeres Menopáusicas en el Contexto Ginecológico*, celebrada en Sevilla el 1-2 de junio de 2007, que participaron en las sesiones de los talleres.

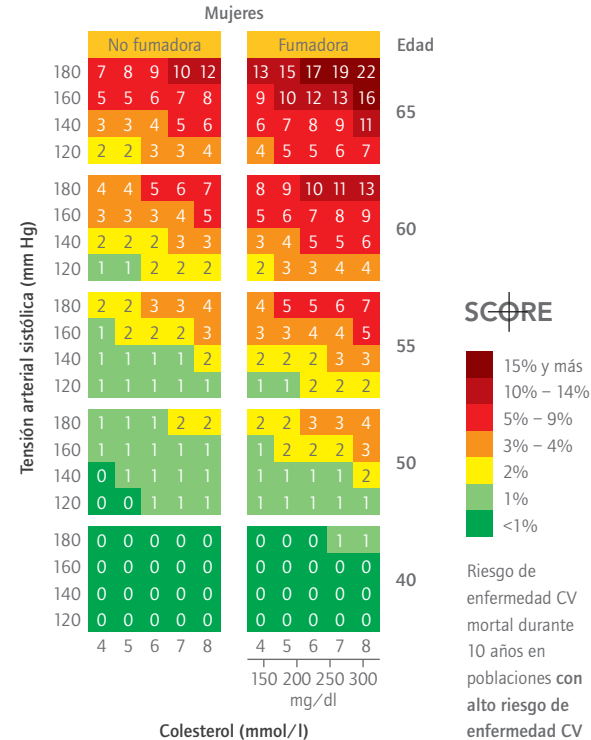
**TABLA DEL SCORE QUE MUESTRA EL RIESGO DE ENFERMEDAD CV MORTAL DURANTE 10 AÑOS EN MUJERES QUE PERTENECEN A POBLACIONES DE BAJO RIESGO**



**Nota:** los países de bajo riesgo son: Bélgica, Francia, Grecia, Italia, Luxemburgo, España, Suiza y Portugal.

Adaptado de Conroy RM *et al.* Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J* 2003; 24: 987–1003, con el permiso de la European Society of Cardiology.

**TABLA DEL SCORE QUE MUESTRA EL RIESGO DE ENFERMEDAD CV MORTAL DURANTE 10 AÑOS EN MUJERES QUE PERTENECEN A POBLACIONES DE ALTO RIESGO**



**Nota:** los países de alto riesgo son todos países de Europa Occidental, **excepto:** Bélgica, Francia, Grecia, Italia, Luxemburgo, España, Suiza y Portugal.

Adaptado de Conroy RM *et al.* Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J* 2003; 24: 987–1003, con el permiso de la European Society of Cardiology.

La enfermedad cardiovascular en mujeres es la causa principal de morbilidad y mortalidad, y representa un 56% de todas las muertes femeninas en los países de Europa Occidental.

Muchas mujeres de 40 a 59 años tienen como único médico el que trata su menopausia, por lo tanto, estos médicos desempeñan un papel crucial en la prevención de la enfermedad cardiovascular, incluyendo el control de la hipertensión, la diabetes y/o la dislipidemia.

La evaluación y el manejo de los factores de riesgo cardiovascular en la mujer debe realizarse de forma temprana y constituye una prioridad cuando la mujer está en la perimenopausia.

Esta guía breve, que ha surgido de un taller de trabajo conjunto bajo los auspicios de los médicos de la European Society of Cardiology (ESC), la European Society of Hypertension (ESH) y la International Menopause Society (IMS), contiene información esencial para ayudar a los médicos que tratan la menopausia a desempeñar su papel en el tratamiento global de la salud de las mujeres.

La guía ofrece detalles de los principales factores de riesgo cardiovascular en la mujer y describe cómo se puede determinar y monitorizar el riesgo dentro del contexto ginecológico y poblacional. La guía incluye directrices prácticas para que las sigan los médicos que tratan la menopausia con el fin de ayudar a reducir el riesgo cardiovascular de sus pacientes.

El objetivo de la presente guía es ofrecer un marco de trabajo sencillo que pueda adaptarse a las circunstancias médicas, sociales, personales y económicas de cada mujer.

¿POR QUÉ EXISTE UNA GUÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR PARA LOS MÉDICOS QUE TRATAN LA MENOPAUSIA?	6
¿QUÉ FACTORES DETERMINAN EL RIESGO CARDIOVASCULAR GLOBAL DE UNA MUJER?	7
¿QUÉ FACTORES DE RIESGO GENERALES DEBE EVALUAR UN MÉDICO QUE TRATA LA MENOPAUSIA?	8
¿EN QUÉ PACIENTES PUEDE TRATAR EL RIESGO CARDIOVASCULAR GENERAL UN MÉDICO QUE TRATA LA MENOPAUSIA?	9
¿QUÉ ES LA TABLA DEL SCORE?	10
¿CÓMO SE USA LA TABLA DEL SCORE?	11
TABLA DEL SCORE QUE MUESTRA EL RIESGO DE ENFERMEDAD CV MORTAL DURANTE 10 AÑOS EN MUJERES QUE PERTENECEN A POBLACIONES DE BAJO RIESGO	12
TABLA DEL SCORE QUE MUESTRA EL RIESGO DE ENFERMEDAD CV MORTAL DURANTE 10 AÑOS EN MUJERES QUE PERTENECEN A POBLACIONES DE ALTO RIESGO	13
¿QUÉ SE APRENDE A PARTIR DEL SCORE?	14
¿QUÉ FACTORES PODRÍAN MANEJAR LOS MÉDICOS QUE TRATAN LA MENOPAUSIA?	15

CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA I – TABAQUISMO	16
CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA II – DIETA	17
CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA III – BIENESTAR FÍSICO	18
¿CÓMO TRATAR A LA PACIENTE CON SOBREPESO U OBESA?	19
¿CÓMO MANEJAR LOS NIVELES DE LÍPIDOS SANGUÍNEOS ALTOS?	20
¿CÓMO MANEJAR LA TENSIÓN ARTERIAL ALTA?	21
LA MENOPAUSIA Y LA TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA	22
EVALUACIÓN PRECISA DE LA OBESIDAD	24
GUÍA PARA EL CONTROL DE LOS LÍPIDOS EN MUJERES SIN SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD CARDIOVASCCULAR	25
MEDICIÓN PRECISA DE LA TENSIÓN ARTERIAL – CÓMO EVITAR ALGUNAS DIFICULTADES TÍPICAS	26
GUÍA PARA EL MANEJO DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN MUJERES SIN SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD CARDIOVASCCULAR	27
¿QUÉ ES EL DAÑO SUBCLÍNICO DEL ÓRGANO DIANA?	28

Se puede obtener una lista de comprobación para la evaluación eficaz del riesgo cardiovascular global y tablas de referencia del SCORE al dorso de esta guía.

## ¿POR QUÉ EXISTE UNA GUÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR PARA LOS MÉDICOS QUE TRATAN LA MENOPAUSIA?

- El riesgo cardiovascular aumenta después de la menopausia, independientemente de la edad a la que ésta se produzca.
- Un médico que trata la menopausia es a menudo el único médico al que consulta una mujer y, consecuentemente, desempeña un papel importante a la hora de identificar los factores de riesgo cardiovascular generales; p. ej.: hipertensión, diabetes o dislipidemia.
- Los especialistas cardiovasculares y los médicos que tratan la menopausia deben trabajar como un equipo para evaluar el riesgo cardiovascular general de cada mujer.
- Además, las distintas disciplinas médicas también deben trabajar juntas para controlar activamente los factores de riesgo modificables.
- Los médicos que tratan la menopausia deben plantear cambios en el estilo de vida, la pérdida de peso y la reducción de la tensión arterial.
- Es menos probable que las mujeres, en comparación con los hombres, conozcan y, por lo tanto, identifiquen los factores de riesgo y que participen en programas de detección.
- La aterosclerosis es la causa subyacente de la enfermedad cardiovascular. En presencia de uno o más factores de riesgo, la aterosclerosis asintomática se desarrolla durante muchos años, hasta que aparecen los síntomas y las reacciones.
- La prevención y reducción del riesgo cardiovascular general tan pronto como sea posible debe ser una prioridad.

## ¿QUÉ FACTORES DETERMINAN EL RIESGO CARDIOVASCULAR GENERAL DE UNA MUJER?

- Los factores de riesgo se definen como modificables o no modificables.

**Tabla 1.** Factores de riesgo cardiovascular generales para las mujeres

No modificables	Modificables
<ul style="list-style-type: none"><li>Edad*</li><li>Menopausia</li><li>Antecedentes familiares</li><li>Origen étnico</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Tensión arterial*</li><li>Colesterol en plasma*</li><li>Colesterol LDL en plasma</li><li>Colesterol HDL en plasma</li><li>Peso corporal</li><li>Intolerancia a la glucosa</li><li>Tabaquismo*</li><li>Diabetes mellitus</li><li>Niveles de estrógenos</li></ul>

Conroy RM *et al.* Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J* 2003; **24**: 987–1003.

\*Componentes del sistema SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). Consulte las páginas 10-13 para ver una descripción del sistema SCORE.

Abreviaturas: LDL: lipoproteína de baja densidad; HDL: lipoproteína de alta densidad

- La presencia de varios factores de riesgo, como en el síndrome metabólico, aumenta sustancialmente el riesgo cardiovascular general.

**Tabla 2.** Componentes del síndrome metabólico en mujeres como factor de riesgo principal de enfermedad cardiovascular\*\*

Factor	Definición
<b>Obesidad central más:</b>	<b>IMC &gt;30 kg/m<sup>2</sup> o perímetro de la cintura ≥88 cm</b>
Hipertensión	TAS ≥130 mm Hg o TAD ≥85 mm Hg, o tratamiento específico de la hipertensión previamente diagnosticada
Colesterol HDL reducido	<1,29 mmol/l (<50 mg/dl) o tratamiento específico de esta anomalía de los lípidos
Aumento de los triglicéridos	≥1,7 mmol/l (≥150 mg/dl) o tratamiento específico de esta anomalía lipídica
Glucosa en plasma en ayunas elevada	≥6,1 mmol/l (≥110 mg/dl) o diabetes mellitus tipo 2 previamente diagnosticada

Abreviaturas: IMC: índice de masa corporal; TAS: tensión arterial sistólica; TAD: tensión arterial diastólica; HDL: lipoproteína de alta densidad

\*\*Definición de la International Diabetes Federation.

## ¿QUÉ FACTORES DE RIESGO GENERALES DEBE EVALUAR UN MÉDICO QUE TRATA LA MENOPAUSIA?

- El riesgo cardiovascular general se debe evaluar en todas las mujeres que consultan a un médico que trata la menopausia.
- Muchas mujeres parecen sanas y no presentan síntomas de enfermedad cardiovascular; sin embargo, corren un riesgo potencialmente mayor.
- Como requisito mínimo, se deben evaluar los siguientes factores de riesgo incluidos en el sistema SCORE\*:
  - Edad
  - Tensión arterial
  - Colesterol plasmático total
  - Tabaquismo
- Otra información importante que hay que determinar:
  - Antecedentes personales y familiares de enfermedad cardiovascular
  - Historial ginecológico y obstétrico, incluyendo la edad a la que empieza la menopausia
  - Peso corporal
  - Perímetro de la cintura
  - Dieta
  - Consumo de alcohol
  - Bienestar físico
  - Colesterol LDL
- Parámetros adicionales que deben tenerse en cuenta:
  - Glucosa en plasma en ayunas
  - Prueba oral de tolerancia a la glucosa de 75 g (aconsejable en pacientes de alto riesgo o en quienes la glucosa en plasma en ayunas es anormal)
  - Colesterol HDL en ayunas
  - Triglicéridos en plasma en ayunas

\*Consulte las páginas 10-13 para ver una descripción del sistema SCORE.



## ¿EN QUÉ PACIENTES PUEDE TRATAR EL RIESGO CARDIOVASCULAR GENERAL UN MÉDICO QUE TRATA LA MENOPAUSIA?

- Una mujer con un perfil de alto riesgo o enfermedad cardiovascular (ECV) manifiesta requiere una supervisión intensiva, incluyendo una terapia farmacológica.
- La colaboración con un especialista cardiovascular es esencial si el riesgo cardiovascular general es alto, o si hay enfermedad cardiovascular presente.

**Figura 1.** Guía diagramática para determinar qué pacientes son candidatas a la gestión del riesgo cardiovascular



Abreviaturas: ECV: enfermedad cardiovascular

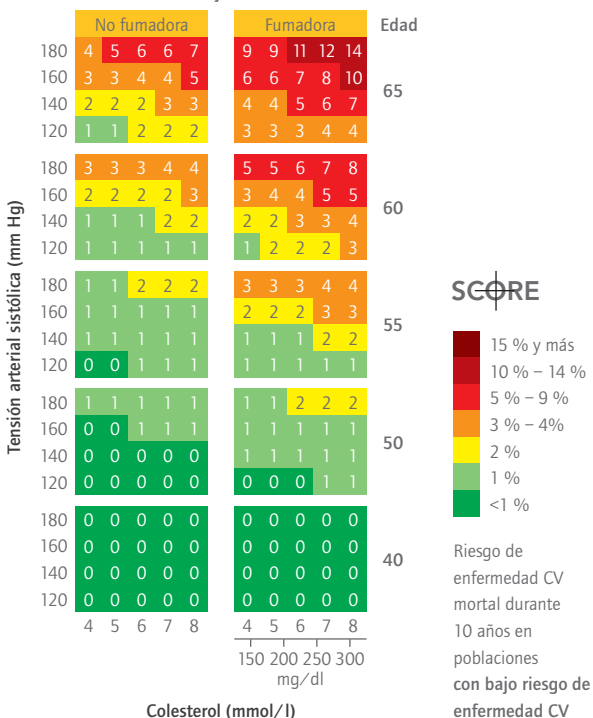
\*Consulte la página 7 de la guía para ver una lista de los factores de riesgo cardiovascular de las mujeres.

- La tabla del SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) es una herramienta rápida y eficaz para predecir los acontecimientos cardiovasculares ateroscleróticos mortales durante un periodo de 10 años en una mujer asintomática.
- La evaluación de riesgos del SCORE, a diferencia de la de Framingham, se basa en datos derivados de estudios europeos prospectivos y de estadísticas de mortalidad de países individuales.
- En la estimación de los riesgos se utilizan el sexo, la edad, el tabaquismo, la tensión arterial sistólica (TAS) y el colesterol plasmático total, y permite seleccionar si la mujer vive en un país de bajo o alto riesgo.

- Use la tabla de bajo riesgo (Figura 2a) para pacientes de Bélgica, Francia, Grecia, Italia, Luxemburgo, España, Suiza y Portugal. La tabla de alto riesgo (Figura 2b) se debe usar para pacientes de todos los demás países europeos.
- Para hacer una estimación del riesgo total de muerte por causa cardiovascular de una mujer durante 10 años, localice la tabla correspondiente a su estado de tabaquismo y edad.
- Dentro de esta tabla, localice la celda más próxima a la TAS (mm Hg) y al colesterol plasmático total (mmol/l o mg/dl) de la paciente.
- El efecto de la exposición de por vida a los factores de riesgo del SCORE puede verse siguiendo la tabla ascendentemente. Esto se puede utilizar al asesorar a pacientes más jóvenes.
- Para definir el riesgo relativo de una mujer, compare su categoría de riesgo con la de una mujer no fumadora de la misma edad, con un valor de tensión arterial <140/90 mm Hg y un valor de colesterol plasmático total <5 mmol/l (<190 mg/dl).
- La tabla se puede usar para dar cierta indicación del efecto de los cambios de una categoría de riesgo a otra; p. ej.: cuando la mujer deja de fumar o reduce otros factores de riesgo.

## TABLA DEL SCORE QUE MUESTRA EL RIESGO DE ENFERMEDAD CV MORTAL DURANTE 10 AÑOS EN MUJERES QUE PERTENECEN A POBLACIONES DE BAJO RIESGO

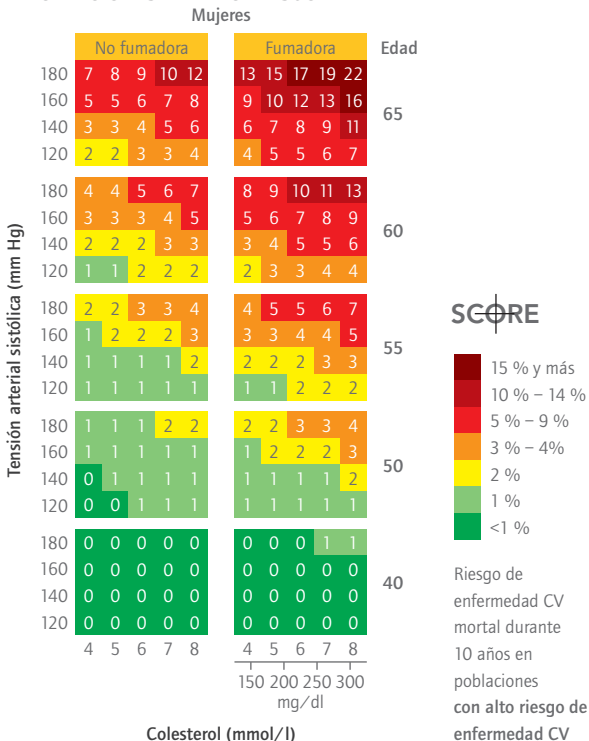
Mujeres



**Nota:** los países de bajo riesgo son: Bélgica, Francia, Grecia, Italia, Luxemburgo, España, Suiza y Portugal.

Adaptado de Conroy RM *et al.* Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J* 2003; 24: 987–1003, con el permiso de la European Society of Cardiology.

# TABLA DEL SCORE QUE MUESTRA EL RIESGO DE ENFERMEDAD CV MORTAL DURANTE 10 AÑOS EN MUJERES QUE PERTENECEN A POBLACIONES DE ALTO RIESGO



**Nota:** los países de alto riesgo son todos países de Europa Occidental, **excepto:** Bélgica, Francia, Grecia, Italia, Luxemburgo, España, Suiza y Portugal.

Adaptado de Conroy RM *et al.* Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J* 2003; 24: 987-1003, con el permiso de la European Society of Cardiology.

- SCORE establece el riesgo total de enfermedad cardiovascular mortal, en vez de un único factor de riesgo modestamente elevado, y determina la intensidad de la gestión necesaria de la paciente y si se precisa intervención farmacéutica o no.
- Es importante observar que el riesgo cardiovascular es mayor en:
  - Una mujer que se acerca a la siguiente categoría de edad
  - Una mujer asintomática con evidencias preclínicas de aterosclerosis
  - Una mujer con antecedentes familiares importantes de enfermedad cardiovascular
  - Una mujer con unos parámetros sanguíneos relevantes de riesgo cardiovascular general, pero no considerados en la tabla del SCORE; p. ej.: glucosa en plasma en ayunas, colesterol LDL en plasma en ayunas, colesterol HDL en plasma en ayunas y triglicéridos en plasma en ayunas
  - Una mujer obesa y físicamente inactiva.
- Las intervenciones relacionadas con el estilo de vida, el control del peso corporal, la monitorización de la tensión arterial y el control de la glucosa y los lípidos son importantes para mantener el bajo riesgo de una mujer durante el mayor tiempo posible.
- Se debe asesorar a las mujeres de bajo riesgo sobre cómo mantener su estado de bajo riesgo.
- Se debe prestar la máxima atención a las mujeres con  $\geq 5$  % de riesgo o que alcanzarán este nivel en la mediana edad.
- En el caso de las mujeres que son candidatas a recibir terapia farmacológica, se debe considerar la colaboración entre un médico que trata la menopausia y un cardiólogo.

## ¿QUÉ FACTORES PODRÍAN MANEJAR LOS MÉDICOS QUE TRATAN LA MENOPAUSIA?

Los médicos que tratan la menopausia están en una buena posición para identificar a las mujeres que corren un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular de acuerdo con los siguientes factores de riesgo. Sin embargo, debe haber una colaboración estrecha con el médico de cabecera, si es otra persona distinta, y el cardiólogo en cuanto a la gestión de la tensión arterial alta, la dislipidemia o los niveles de glucosa anormales.

- Factores relacionados con el estilo de vida:
  - Dejar de fumar
  - Modificación de la dieta
  - Modificación del consumo de sal y alcohol
  - Mayor bienestar físico
  
- Otros factores:
  - Tensión arterial\*
  - Lípidos plasmáticos\*
  - Glucosa en plasma\*

\*Identifique, asesore e inicie estrategias para modificar estos factores, lo que depende de la experiencia individual en la gestión.

**OBJETIVO: dejar de fumar todo tipo de tabaco permanentemente**

- Explicar a la mujer los efectos perjudiciales del tabaquismo.
- Evaluar el grado de adicción\* al tabaco de la mujer y su disposición para dejar de fumar.
- Conseguir que la mujer se comprometa a dejar el hábito tabáquico.
- Establecer una estrategia de deshabituación tabáquica (asesoramiento conductual, terapia sustitutiva nicotínica y/u otra intervención farmacológica).
- Disponer un programa de visitas de seguimiento para monitorizar el progreso en la deshabituación tabáquica.

\* Una forma útil de evaluar la adicción es preguntar a la mujer cuándo ha fumado el primer cigarrillo del día. Si la respuesta es "a primera hora de la mañana", tiene adicción.



**OBJETIVO: adoptar una dieta sana**

- Explique la importancia de seguir una dieta variada y la necesidad de ajustar la ingesta energética para lograr y mantener el peso corporal ideal.
- Animar a consumir lo siguiente:
  - Frutas y verduras (la regla de cinco al día)
  - Cereales y pan integrales
  - Productos lácteos bajos en grasas
  - Pescado, especialmente los pescados ricos en ácidos grasos omega 3
  - Carne magra
- Aconseje que el consumo de grasa total no supere el 30% del aporte energético diario, donde las grasas saturadas deben representar un tercio del consumo de grasa total y donde el colesterol total debe ser <300 mg/día.
- Ayude a la mujer a identificar los alimentos ricos en grasas saturadas y colesterol con el fin de reducir su consumo o eliminarlos de su dieta.
- Sugiera que sustituya las grasas saturadas por hidratos de carbono complejos, grasas monoinsaturadas y grasas poliinsaturadas de verduras y pescado.
- Haga hincapié en la importancia de evitar alimentos que contengan niveles altos de sal, y de reducir el consumo general de sal en la dieta.

**OBJETIVO: realizar ejercicio físico regularmente**

- Haga hincapié en que incluso un aumento modesto de la actividad física puede reportar beneficios a la salud al:
  - Ayudar a recuperar o mantener el equilibrio energético
  - Reducir el colesterol total
  - Controlar el peso corporal
  - Controlar el síndrome metabólico/la diabetes
  - Aliviar el estrés.
- Anime a la mujer a aumentar la actividad física durante su vida cotidiana; p. ej.: subir escaleras, caminar o montar en bicicleta.
- Anímela a elegir una actividad agradable que encaje bien en su rutina diaria.
- Se debe incrementar el ejercicio gradualmente hasta un nivel que reduzca el riesgo cardiovascular general lo máximo posible.
- Lo ideal es  $\geq 30$  minutos de actividad física la mayoría de los días de la semana.
- Una mujer sana debe hacer ejercicio al 60 – 75% de la frecuencia cardiaca máxima promedio\*.
- Una mujer con enfermedad cardiovascular establecida debe ser derivada para someterse a una prueba de ejercicio.

Frecuencia cardiaca máxima promedio =  $220 - \text{edad de la paciente}$ .

**OBJETIVO:** índice de masa corporal  $\leq 25$  kg/m<sup>2</sup> o perímetro de la cintura  $\leq 88$  cm

- Se recomienda encarecidamente que cualquier mujer con sobrepeso (índice de masa corporal (IMC) 25 – 30 kg/m<sup>2</sup>) u obesa (IMC  $>30$  kg/m<sup>2</sup>) baje de peso.
- La obesidad central (perímetro de la cintura  $>88$  cm) es una indicación de la grasa abdominal acumulada y un factor que predice el riesgo cardiovascular mejor que el IMC.
- Aconseje a las mujeres que presenten evidencias de síndrome metabólico o resistencia a la insulina seguir una dieta con un índice glucémico bajo.
- Aconseje a la mujer que evite las dietas de moda (p. ej.: muy pocos hidratos de carbono), que no funcionan a largo plazo.
- Reitere el mensaje de que el único modo eficaz de perder peso es restringir el consumo total de calorías.
- Explique que, al consumir 500 – 1.000 calorías/día menos de las necesarias para mantener su peso actual, puede perder unos 500 g/semana y, en última instancia, lograr una pérdida de un 5-15% del peso.
- Insista en que el ejercicio físico regular ayuda a perder peso.
- Ofrezca una terapia farmacológica en colaboración con un especialista.

**OBJETIVO:** colesterol total plasmático <5 mmol/l o <190 mg/dl (pacientes no diabéticas); <4,5 mmol/l o <171 mg/dl (pacientes con diabetes o enfermedad cardiovascular establecida)

- Los niveles de colesterol plasmático totales elevados son un factor de riesgo cardiovascular significativo y deben ser una preocupación fundamental en la prevención de la enfermedad cardiovascular.
- Iniciar intervenciones relacionadas con el estilo de vida es esencial en todas las pacientes con niveles lipídicos elevados.
- Las pacientes con colesterol total medianamente elevado pueden conseguir la concentración de colesterol total deseada mediante intervenciones relacionadas con el estilo de vida (dieta equilibrada, aumento del bienestar físico, dejar de fumar).
- Las mujeres que corren un riesgo cardiovascular bajo (riesgo durante 10 años <5%) deben ser vigiladas en intervalos de 5 años, y se debe hacer hincapié en la importancia de las intervenciones relacionadas con el estilo de vida en cada consulta.
- Si el riesgo cardiovascular durante 10 años es  $\geq 5\%$  o será  $\geq 5\%$  si los factores de riesgo combinados se proyectan hasta los 60 años de edad (es decir, paciente de alto riesgo), se debe realizar un análisis de lipoproteínas plasmáticas completo.
- No hay objetivos terapéuticos específicos en cuanto al colesterol de lipoproteínas de alta densidad o los triglicéridos, pero los niveles en ayunas de estos parámetros sirven como marcadores adicionales del riesgo cardiovascular.
- El objetivo para el colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL) es <2,5 mmol/l (<95 mg/dl) en pacientes de alto riesgo.
- Las pacientes de alto riesgo deben ser monitorizadas en intervalos de 1 año.
- Se podría considerar la terapia farmacológica o la consulta con un médico cardiovascular si los niveles de lípidos plasmáticos siguen estando descontrolados después de 3 meses de intervenciones relacionadas con el estilo de vida.

Consulte la página 25 para ver la gestión de los lípidos en las mujeres sin síntomas de enfermedad cardiovascular.

**OBJETIVO:** tensión arterial sistólica/diastólica <140/<90 mm Hg (paciente no diabética), o <130/<80 mm Hg (paciente con diabetes o nefropatía crónica)

- Después de los 45 años de edad, la tensión arterial aumenta marcadamente en las mujeres y, a los 60 años de edad, los niveles de TAS promedio en mujeres son superiores a los de los hombres.
- En mujeres postmenopáusicas hipertensas, sólo alrededor de un tercio tiene su tensión arterial controlada eficazmente.
- La tensión arterial alta es uno de los factores de riesgo modificable más potentes de morbilidad y mortalidad cardiovasculares.
- Una reducción de la TAS de sólo 2 – 3 mm Hg reduce la probabilidad de muerte por accidente cerebrovascular en un 10 % y de cardiopatía isquémica u otras causas vasculares en un 7 %.
- En cada consulta, se debe medir la tensión arterial de una mujer que corre un alto riesgo de tener la elevada, especialmente en las mujeres en la perimenopausia.
- Los cambios en el estilo de vida ayudan a bajar la tensión arterial si no está excesivamente elevada (adecuados para mujeres con una TAS/tensión arterial diastólica (TAD) 120 – 139/80 – 89 mm Hg).
- Una mujer que no presenta síntomas de enfermedad cardiovascular necesita un tratamiento antihipertensivo si su tensión arterial es alta (>140/90 mm Hg).
- Es esencial un control más riguroso de la tensión arterial utilizando agentes antihipertensivos en las mujeres con factores de riesgo cardiovascular adicionales; p. ej.: daño subclínico de un órgano o diabetes.
- La modificación de la actividad del sistema de renina-angiotensina-aldosterona (RAAS) podría ser importante en el control de la tensión arterial para una mujer en la perimenopausia o postmenopausia.

Consulte la página 27 para ver la gestión de la tensión arterial en las mujeres sin síntomas de enfermedad cardiovascular.

- El inicio o la continuación de la terapia hormonal sustitutiva (THS) se debe decidir en función de cada paciente.
- Se debe añadir progestágeno a los estrógenos sistémicos en todas las mujeres con el útero intacto, para evitar la hiperplasia endometrial y el cáncer.
- Se debe considerar que algunas progestinas tienen efectos beneficiosos adicionales específicos sobre la tensión arterial y los perfiles de lípidos y glucosa en plasma.
- En una mujer de <60 años con menopausia reciente, con síntomas de menopausia y con enfermedad cardiovascular asintomática, el inicio de la THS no produce daños tempranos y, posiblemente, reporta un beneficio cardiovascular a largo plazo.
- Si una mujer presenta un mayor riesgo cardiovascular general, el uso de la THS es seguro cuando está indicada en mujeres <60 años.
- La THS no se debe iniciar exclusivamente para prevenir la enfermedad cardiovascular y no se debe considerar un sustituto del tratamiento antihipertensivo.
- Una mujer de >60 años de edad debe recibir asesoramiento sobre los posibles riesgos y beneficios de la THS en las mujeres de su grupo de edad.

# APÉNDICE

- El IMC no distingue entre tejido adiposo y muscular.
- Una mujer sana que sea muy musculosa y atlética podría ser clasificada como una mujer con sobrepeso u obesa si se utilizara el IMC.
- El IMC no es preciso en una mujer que mida <150 cm de estatura.
- El IMC no es preciso en una mujer de >65 años de edad.
- El perímetro de la cintura ofrece una medición precisa de la obesidad abdominal.
  - Ponga una cinta métrica alrededor del abdomen desnudo de la mujer, justo por encima de la cresta ilíaca.
  - Asegúrese de que la cinta métrica quede ajustada, pero sin comprimir la piel, y de que esté en paralelo al suelo.
  - La medición se realiza con la mujer de pie y relajada mientras espira.



- Calcule el riesgo de enfermedad cardiovascular mortal general usando la tabla del SCORE.
- Use el cociente de colesterol total frente a colesterol HDL y de colesterol total frente a colesterol LDL para estimar el riesgo.

### Riesgo total <5% CT ≥5 mmol/l (190 mg/dl)

Consejos sobre el estilo de vida: reducir el CT por debajo de 5 mmol/l (190 mg/dl) y el colesterol LDL por debajo de 3 mmol/l (114 mg/dl).

Seguimiento en intervalos de 5 años como mínimo.

### Riesgo total ≥ 5 % CT ≥5 mmol/l (190 mg/dl)

Mida el CT en ayunas, el colesterol HDL y los triglicéridos.

Calcule el colesterol LDL.

La paciente debe seguir los consejos sobre el estilo de vida durante ≥3 meses.

Repita las mediciones.

### TC <5 mmol/l (190 mg/dl) Y colesterol LDL <3 mmol/l (114 mg/dl)

Mantenga los consejos sobre el estilo de vida con el seguimiento anual.

Si el riesgo total sigue siendo ≥5 %, considere el uso de fármacos para reducir el CT a <4,5 mmol/l (171 mg/dl) y el colesterol LDL a <2,5 mmol/l (95 mg/dl).

### CT ≥5 mmol/l (190 mg/dl) O colesterol LDL ≥3 mmol/l (114 mg/dl)

Mantenga los consejos sobre el estilo de vida y empiece una terapia farmacológica.

Abreviaturas: CT: colesterol total; LDL: lipoproteína de baja densidad; HDL: lipoproteína de alta densidad

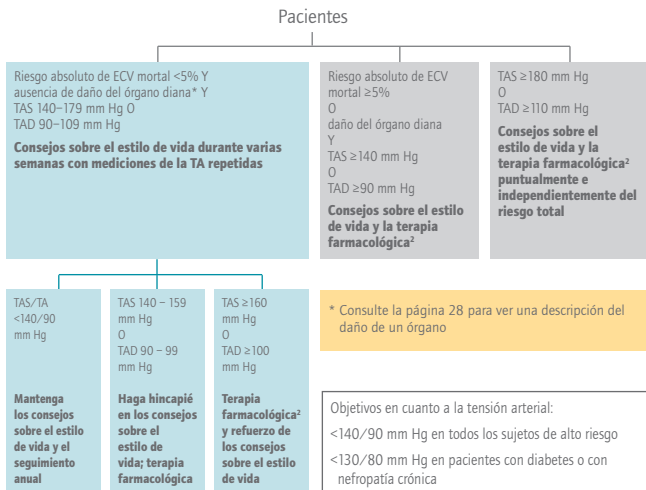
De Backer G *et al.*: Third Joint Task Force of European and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2003; **24**: 1601–1610, con el permiso de la European Society of Cardiology..

Nota: los valores en mmol/l de colesterol total y colesterol LDL y HDL han sido convertidos a mg/dl usando un múltiplo de 38, para mayor simplicidad. El múltiplo usado en el New England Journal of Medicine es 38,67.

## MEDICIÓN PRECISA DE LA TENSIÓN ARTERIAL – CÓMO EVITAR ALGUNAS DIFICULTADES TÍPICAS

- Asegúrese de que la mujer haya estado sentada cómodamente durante varios minutos en una sala tranquila.
- Aconseje a la mujer que evite la cafeína, el ejercicio y fumar durante  $\geq 30$  minutos antes de la medición.
- Compruebe que no haya ropa prieta que oprima el brazo.
- Apoye el brazo de la mujer sobre una mesa, preferiblemente con la arteria braquial al nivel del corazón.
- Use un manguito estándar (12 –13 x 35 cm); tenga a mano manguitos más grandes y más pequeños.
- La bolsa debe rodear al menos un 80% del brazo (pero no más del 100%).
- Compruebe que el aire restante dentro del manguito ha sido evacuado antes de ponerlo en el brazo de la mujer.
- Infle el manguito hasta  $>30$  mm Hg por encima de la TAS estimada que es necesaria para obstruir el pulso.
- Desínflalo lentamente a una velocidad de 2 – 3 mm Hg/segundo hasta que se escuche un repiqueteo regular.
- Use los sonidos de Korotkoff para identificar la TAS y la TAD: el primero se oye cuando la tensión del manguito es igual a la TAS y cesa una vez que el manguito se ha desinflado por debajo de la TAD.
- Haga al menos dos mediciones en un intervalo de 1 – 2 minutos; se precisan mediciones adicionales si las dos primeras varían notablemente.
- En el primer examen, se debe comprobar la tensión arterial en ambos brazos para detectar las posibles diferencias debidas a la enfermedad vascular periférica.
- Si los valores varían en cada brazo, use los más altos.

# GUÍA PARA EL MANEJO DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN MUJERES SIN SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR



Abreviaturas: ECV: enfermedad cardiovascular; TAS: tensión arterial sistólica; TAD: tensión arterial diastólica; TA: tensión arterial

Mancia G, De Backer G, Dominiczak A *et al.* 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2007; **25**: 1105 – 1187.

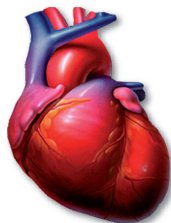
<sup>1</sup>Estimación del riesgo de ECV mortal total basado en la tabla del SCORE.

El riesgo cardiovascular mortal es alto ≥5% a lo largo de 10 años o será del 5% si se proyecta hasta 60 años de edad. Esto se corresponde con el riesgo absoluto del 20% usado anteriormente de una combinación de acontecimientos de cardiopatía coronaria.

<sup>2</sup>Considere las causas de hipertensión secundaria; si corresponde, derive a la paciente a un especialista.

AVISO: las pacientes con una tensión arterial normal o alta (130 – 139/85 – 89 mm Hg) podrían cumplir los requisitos para recibir tratamiento antihipertensor si tienen antecedentes de accidente cerebrovascular, cardiopatía coronaria o diabetes.

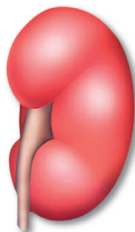
HVI electrocardiográfica (Sokolow-Lyon  $>38$  mm; Cornell  $>2.440$  mm\*ms) o HVI ecocardiográfica (IMVI en H  $\geq 125$  g/m<sup>2</sup>, en M  $\geq 110$  g/m<sup>2</sup>)



Engrosamiento de la pared de la carótida (GMI  $>0,9$  mm) o placa  
 Velocidad de onda de pulso carótida-femoral  $>12$  m/seg  
 Índice de TA de tobillo/braquial  $<0,9$



Leve aumento de la creatinina en plasma:  
 H: 115 – 133  $\mu\text{mol/l}$  (1,3 – 1,5 mg/dl);  
 M: 107 – 124  $\mu\text{mol/l}$  (1,2 – 1,4 mg/dl)  
 Tasa de filtración glomerular calculada baja ( $<60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) o aclaramiento de la creatinina ( $<60$  ml/min)  
 Microalbuminuria:  
 30 – 300 mg/24 h o cociente albúmina-creatinina:  $\geq 22$  (H);  $\geq 31$  (M) mg/g creatinina



Abreviaturas: HVI: hipertrofia ventricular izquierda; IMVI: índice de masa ventricular izquierda; H: hombres; M: mujeres; GMI: grosor medio intimal

Mancia G, De Backer G, Dominiczak A *et al*: 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2007; 25: 1105–1187.



