

Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares en Mujeres: una Propuesta para América Latina y el Caribe

Palmira Pramparo*, **Auris Flores de Finizola****,
Bartolomé Finizola**, **Otavio Gebara*****,
Ricardo Granero**, **Martha Hill******,
J. Ricardo Loret de Mola****, **Beatriz Marcet Champagne******,
Nilson Roberto de Melo***, **Herman E. Schargrotsky***,
María Ema Urthiague*, **Andreas T. Wielgosz^a**,
Elinor Wilson^a, **Mary Winston******,
Elizabeth Barret-Connor****, **Nanette Wenger******

*Argentina, **Venezuela, ***Brasil, ****USA, ^aCanadá
Consejo de Epidemiología y Prevención, Sociedad Argentina de Cardiología,
Buenos Aires, Argentina y Fundación InterAmericana del Corazón, Dallas, Texas, USA

Las enfermedades cardiovasculares son la causa más importante de invalidez y muerte en hombres y mujeres en la mayoría de los países Americanos. La difusión de las medidas de prevención de las enfermedades cardio y cerebrovasculares y los progresos en su tratamiento han tenido un efecto positivo en reducir la mortalidad por esta causa en países como los Estados Unidos, Canadá, y otros donde estas medidas fueron implementadas desde hace años y aún hoy se continúa enfatizando su valor. No obstante los beneficios obtenidos no fueron los mismos para las mujeres que para los hombres. Las mujeres tienden a estar más preocupadas por el cáncer de mama que por las enfermedades cardiovasculares, fallando en la apreciación adecuada de la severidad de los síntomas de éstas. Por consiguiente, se debe dar una cuidadosa atención al manejo individual de los factores de riesgo antes de que aparezcan los síntomas clínicos de las enfermedades cardiovasculares en la mujer.

A pesar de que muchos de los factores de riesgo cardiovascular son similares para hombres y mujeres, se han evidenciado diferencias particularmente en la diabetes y la dislipidemia. Mientras que los índices de prevalencia de enfermedad cardíaca y accidente cerebrovascular son comparables en ambos sexos, el comienzo de la enfermedad es más tardío en la mujer debido probablemente a la acción protectora de los estrógenos. Hay un significativo y específico bajo riesgo para enfermedad coronaria de la mujer con respecto al hombre en relación a la edad. El riesgo de muerte por enfermedad coronaria en ellas es similar al del hombre diez años más joven y este riesgo se equipara entre los 65 y 70 años de edad.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Consideraciones Generales

Los factores de riesgo cardiovascular en las mujeres son: adicción al tabaco, hipertensión arterial (incluyendo la hipertensión sistólica aislada), dislipidemia, diabetes mellitus, obesidad, estilo de vida sedentario, una inadecuada alimentación, edad mayor de 55 años y/o menopausia (especialmente la temprana o quirúrgica), factores psico-sociales, e historia familiar de enfermedad coronaria prematura en familiares de primer grado.

El **tabaquismo** es una causa de enfermedades cardiovasculares en mujeres enteramente prevenible, con más del 50% de los infartos entre las mujeres de mediana edad atribuibles a esta adicción. El tabaco

además de ser un factor de riesgo cardiovascular, incrementa el riesgo de cáncer de pulmón, enfisema y otras enfermedades tanto en hombres como en mujeres.

Estudios epidemiológicos documentaron una fuerte asociación entre valores elevados de **presión arterial sistólica o diastólica** y el riesgo de enfermedad cardiovascular en ambos sexos. De particular importancia para las mujeres añosas es la hipertensión sistólica aislada, que se estima afecta al 30% de las mujeres mayores de 65 años.

El aumento del **colesterol** total (CT) y de la lipoproteína de baja densidad (LDL) es un importante factor de riesgo también en las mujeres. Los niveles bajos de la lipoproteína de alta densidad (HDL) son predictores de enfermedad coronaria en la mujer y parecen ser un fuerte factor de riesgo para las mayores de 65 de edad más que para los hombres de igual edad. Los triglicéridos (Tg) elevados pueden ser un significativo factor de riesgo en la mujer especialmente si se asocian a niveles bajos de HDL.

Los estudios de prevención secundaria y primaria con drogas hipolipemiantes (estatinas) que incluyeron mujeres mostraron un sustancial beneficio en la reducción del riesgo. A pesar de estas evidencias, varios ensayos clínicos señalaron un significativo sub-tratamiento de las alteraciones lipídicas en las mujeres post-menopáusicas con antecedentes de enfermedad coronaria.

La **diabetes** es un importante factor de riesgo en la mujer incrementando el riesgo de enfermedad coronaria entre 3 y 7 veces mientras que en los hombres lo incrementa de 2 a 3 veces. Esta diferencia puede ser debida al particular efecto deletéreo que tiene la diabetes sobre los lípidos y la presión arterial en la mujer.

Estudios recientes muestran la importancia del **antecedente familiar** de enfermedad cardiovascular. Una historia familiar positiva se considera cuando un hombre consanguíneo menor de 55 años o una mujer consanguínea menor de 65 años padeció o falleció por enfermedad cardiovascular. No obstante, el grado de relación con otros factores de riesgo y su absoluto valor como riesgo independiente es incierto.

La **gestación y el período de preconcepción** son tiempos óptimos para revertir el estado de los factores de riesgo y la salud general de la mujer a fin de reducir las enfermedades cardiovasculares en el futuro. A la embarazada se le debe recomendar expresamente el abandono del tabaco y tratar que no lo reinicie luego del parto.

Controlar el exceso de peso ganado durante la gesta contribuirá a reducir el riesgo de enfermedad coronaria en el futuro.

Enfatizar la prevención de la enfermedad coronaria en la **mujer post-menopáusica** es particularmente importante porque la incidencia de esta enfermedad aumenta con los años. La pérdida de los estrógenos naturales puede contribuir al incremento de riesgo luego de la menopausia. Hay también evidencias que indican que las mujeres que tuvieron una menopausia temprana o quirúrgica presentan un riesgo incrementado para enfermedad coronaria.

Diversos estudios en curso tratan de establecer el **rol de los estrógenos** en la prevención cardiovascular. Estudios observacionales han demostrado un efecto beneficioso de la terapia hormonal de reemplazo (THR) en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular.

Varias publicaciones mostraron que los estrógenos aumentan el HDL, disminuyen el LDL y el colesterol total; además mejoran la vasomoción arterial y la función endotelial, entre otras acciones.

El estudio Postmenopausal Estrogen/ Progestin Intervention (PEPI) mostró un significativo efecto benéfico sobre el perfil lipídico en mujeres tratadas ya sea con estrógenos solos o con estrógenos más progestágenos.

El estudio Heart Estrogen Replacement Study (HERS), que evaluó el efecto de la THR en mujeres con enfermedad coronaria diagnosticada, fue el primer estudio clínico randomizado en prevención secundaria en una población añosa. Los resultados globales del estudio revelaron que no hubo beneficio cardiovascular en el grupo con THR luego de 4,1 años de tratamiento. Durante el primer año se observó un aumento de eventos cardiovasculares (tromboembolismo) en la rama con THR, mientras que en los años 4 y 5 menos eventos ocurrieron en la rama activa comparado con la rama placebo.

El estudio Women's Health Initiative (WHI) que incluye 27.000 participantes fue diseñado para evaluar a largo plazo los beneficios y también los riesgos de la terapia con estrógeno y de la THR. Los resultados finales de este estudio se completarán en el 2005 e incluirán un análisis de los efectos de la estrógenoterapia y la THR en prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares.

Las intervenciones para la prevención de las enfermedades cardio y cerebrovasculares en las mujeres deben comprender a los médicos de atención primaria, ginecólogos y otros profesionales de la salud. Un mayor énfasis debe ponerse en **modificar el estilo de vida**, incluyendo no fumar o abandonar el tabaco, realizar actividad física regularmente, mantener el peso corporal saludable, y consumir una dieta con bajo contenido de grasas saturadas, alta en frutas, vegetales, granos y fibras con un adecuado aporte de proteínas. Estas recomendaciones deben ser parte integral de cada consulta médica para ayudar a las mujeres a reducir su propio riesgo de enfermedades cardiovasculares y también porque ellas están en una óptima posición para influir cambios de actitud y estilos de vida para sus hijos y en general para toda la familia.

En muchos países de América Latina y del Caribe la información sobre este tópico es limitada y no comparable. Hay entre ellos diferencias de población, en el desarrollo económico, y en las políticas de salud como así también en los recursos asignados para prevención y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares.

Algunos países tienen problemas socioeconómicos que causan restricciones de recursos para un gran sector de la población complicando la implementación de medidas preventivas.

Una publicación del NHANES con datos sobre mujeres muestra que la **etnia y el estado socioeconómico** tienen una importante relación con los factores de riesgo cardiovascular.

Las dos condiciones mencionadas nos muestran la crítica necesidad para implementar el rastreo y mejorar la detección temprana y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares en todas las mujeres como así también en las minorías y en los bajos estratos socioeconómicos de todos los grupos étnicos.

En este [documento](#) se presentan guías para la detección temprana de los factores de riesgo cardiovascular y la prevención de las enfermedades cardiovasculares en las mujeres como también recomendaciones para profesionales de la salud en América Latina y el Caribe.

CONCLUSIONES

En las próximas décadas cerca del 40% de las mujeres en las Américas tendrán más de 50 años. Muchas de ellas padecerán enfermedad coronaria o enfermedad aterosclerótica. Debemos esforzarnos en prevenir los factores de riesgo y cambiar, a través de la educación, la creencia de la indemnidad femenina frente a las enfermedades cardiovasculares. Las mujeres deben tener acceso a la información y a los cuidados de la salud para prevenir, detectar y tratar adecuadamente estas enfermedades.

La Fundación Interamericana del Corazón ha propuesto estas recomendaciones esperando la cooperación de todas las personas que puedan ayudar a promover la educación para la salud y la prevención de las enfermedades cardiovasculares en las mujeres del continente.

GUIA PARA LA DETECCION PRECOZ DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y LA PREVENCION DE LA ENFERMEDAD CORONARIA EN LAS MUJERES

TABAQUISMO

Objetivos

1. Completo abandono del tabaco
2. Evitar el tabaquismo pasivo

Recomendaciones

- Preguntar acerca del uso de tabaco y/o la exposición al humo del tabaco de otros como parte de la evaluación de rutina. Indagar sobre intentos anteriores para dejar de fumar o si se halla preparada actualmente para hacerlo.
- Informar de los riesgos del tabaco no solo en el embarazo, sino durante toda la vida.
- Explicar el riesgo en las fumadoras del uso de anticonceptivos orales.
- Estimular y apoyar vigorosamente el abandono del tabaco, no solo en las pacientes sino también en sus familiares.
- Aconsejar el abandono con la ayuda de métodos terapéuticos probados, incluyendo terapia farmacológica, o referir a la paciente a profesionales especializados.

MANEJO DE LIPIDOS

Objetivos primarios

Mujeres sin ECV

Bajo riesgo: (<2 factores de riesgo)

LDL < 160 mg/dl

(óptimo < 130 mg/dl)

Alto riesgo: (\geq 2 factores de riesgo)

LDL < 130 mg/dl

Mujeres con ECV

LDL \leq 100 mg/dl

Objetivos secundarios

HDL > 35 mg/dl)

Triglicéridos < 200 mg/dl

Nota: En las mujeres los niveles óptimos de triglicéridos deberían ser menores (\leq 150 mg/dl) y los de HDL mayores (\geq 45 mg/dl)

Recomendaciones

En todas las mujeres

- Preguntar a la paciente acerca de sus hábitos alimentarios como parte de la evaluación de rutina.
- Promover modificaciones al estilo de vida (dieta saludable, control del peso corporal, actividad física adecuada, abandonar el tabaco, etc).
- Descartar causas secundarias de dislipidemia.

Mujeres sin ECV

- Medir colesterol total y HDL y valorar los otros factores de riesgo no lipídicos.

El seguimiento está basado en los valores iniciales de CT (valores en mg/dl):

- CT < 200, HDL \geq 45: evaluar en 5 años
- CT < 200, HDL < 45: seguimiento con perfil lipídico total
- CT 200-239, HDL \geq 45 y < 2 factores de riesgo: evaluar en 1-2 años
- CT 200-239, HDL < 45 y \geq 2 factores de riesgo: seguimiento con perfil lipídico total

- CT \geq 240: seguimiento con perfil lipídico total
- Promover una dieta con \leq 30% grasa, 8-10% de grasa saturada y $<$ 300 mg/día de colesterol.

Mujeres con ECV

- Medir el perfil lipídico total (los valores pueden tomar entre 4-6 semanas en estabilizarse después de un evento cardiovascular o de un procedimiento de revascularización).
- Promover una dieta más estricta con \leq 30% grasa, $<$ 7% de grasa saturada y $<$ 200 mg/día de colesterol.

Agregar terapia farmacológica a la dieta si:

- a) LDL \geq 220 mg/dl en mujeres premenopáusicas sin factores de riesgo
 - b) LDL \geq 190 mg/dl en mujeres post-menopáusicas con $<$ 2 factores de riesgo
 - c) LDL \geq 160 mg/dl en mujeres con \geq 2 factores de riesgo
 - d) LDL $>$ 100 mg/dl en todas las mujeres con ECV.
- La elección del fármaco deberá basarse en los niveles de triglicéridos.
 - La estrogenoterapia es una opción para las mujeres post-menopáusicas pero el tratamiento debe ser individual y considerando los otros riesgos para la salud.

HIPERTENSION ARTERIAL

Objetivo

Mantener los valores de presión arterial en $<$ 140/90 mmHg
(Valores óptimos $<$ 120/80 mmHg)

Recomendaciones

- Medir la presión arterial como parte de la evaluación de rutina.
- Los valores limítrofes de presión deben ser confirmados en sucesivas visitas.
- El seguimiento estará basado en la historia previa, los síntomas, la presencia de otros factores de riesgo y de daño en órganos.
- Promover cambios de estilo de vida (control de peso corporal, actividad física, restricción de sodio, moderación en el consumo de alcohol).
- Si los valores son $>$ a 140/90 mmHg después de tres meses de modificaciones en el estilo de vida o si los valores iniciales son \geq 160 mmHg de sistólica o $>$ 100 mmHg de diastólica se debe iniciar tratamiento farmacológico individualizado.
- En las embarazadas hipertensas, evaluar pre-eclampsia.

DIABETES

Objetivos

En la población general el valor óptimo de glucemia en ayunas es \leq 110 mg/dl

En las diabéticas

1. Mantener los valores de glucemia en:
pre-prandial = 80-120 mg/dl y
antes de acostarse = 100-140 mg/dl
2. Mantener la Hb A1c $<$ 7%
3. LDL deberá estar en $<$ 130 mg/dl y $<$ 100 mg/dl si hay antecedente de enfermedad cardiovascular.
4. Algunos expertos creen que LDL debería ser $<$ 100 mg/dl en todas las pacientes diabéticas, como en prevención secundaria.
5. Los Triglicéridos $<$ 150 mg/dl.

Recomendaciones

- Medir glucemia como parte del examen de rutina en las pacientes con factores de riesgo para diabetes como obesidad o historia familiar positiva.
- Promover una dieta para diabéticos ($<$ 30% grasa, $<$ 10% grasa saturada, 6-8% de grasa poliinsaturada)

y < 300 mg/día de colesterol) y actividad física regular, especialmente en aquellas pacientes con valores de glucemia

límites (entre 110 y 125 mg/dl.)

- Controlar otros factores de riesgo como hipertensión, sobrepeso y obesidad.
- Monitorizar glucemia y hemoglobina glicosilada como parte de la evaluación de rutina en las pacientes diabéticas.
- Farmacoterapia con hipoglucemiantes orales o insulina deben ser usados cuando sea necesario.

ACTIVIDAD FISICA

Objetivo

Acumular al menos 30 minutos de actividad física de moderada intensidad casi todos los días de la semana

Recomendaciones

- Preguntar a la paciente sobre su actividad física habitual como parte de la evaluación de rutina.
- Recomendar caminatas o ejercicios dinámicos de moderada intensidad al menos 30 minutos al día. Estos se pueden realizar por períodos cortos (10 minutos) varias veces al día. Incorporar actividad física en las tareas diarias, como subir escaleras.
- En mujeres con síntomas de ECV o bien previamente sedentarias con > de 50 años y con por lo menos 2 factores de riesgo, considerar ergometría para determinar la capacidad funcional y la adaptación al ejercicio.
- Recomendar programas de rehabilitación para mujeres con ECV, especialmente después que hayan padecido eventos cardiovasculares y/o procedimientos de revascularización (angioplastia o bypass.)

Control del Peso Corporal

Objetivos

1. Índices deseables son: relación cadera-cintura < 0,80 y circunferencia de cintura < 88 cm
2. El IMC deseable está entre 18,5 y 24,9 kg/m²

Recomendaciones

- Medir índice cadera-cintura, circunferencia de cintura e IMC como parte de la evaluación de rutina.
- Conseguir y mantener el peso ideal a través de la dieta y la actividad física.
- Recomendar y apoyar el descenso de peso en las pacientes con hipertensión, dislipidemia, diabetes o con antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares.
- Controlar el aumento excesivo de peso durante la gestación. La ganancia recomendada en las pacientes con peso normal antes del embarazo es de entre 11-16 kg. En mujeres con sobrepeso (IMC \geq 25 y < 30), el aumento deseado es de entre 7-11 kg y en las obesas (IMC \geq 30) de < 7 kg.

FACTORES PSICO-SOCIALES

Objetivos

1. Adaptación positiva a situaciones de estrés
2. Mejorar en lo posible la calidad de vida
3. Establecer y mantener conexiones sociales

Recomendaciones

- Valorar la presencia de situaciones de estrés y la respuesta a las mismas, como parte de la evaluación de rutina.
- Estimular la participación en actividades sociales o trabajos de voluntariado en mujeres con tendencia al aislamiento.

- Evaluar estados depresivos especialmente en mujeres que han padecido eventos cardiovasculares recientes.
- Considerar tratamiento para depresión y ansiedad cuando sea necesario.

ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS Y ANTICOAGULANTES

Objetivo

La prevención del tromboembolismo clínico y eventos embólicos en mujeres con enfermedad cardiovascular establecida

Recomendaciones

- Determinar si hay contraindicaciones a la terapéutica al momento del inicio del evento CV.
- Si no hay contraindicaciones, las mujeres con ECV deberían usar aspirina entre 80-325 mg/día.
- Evaluar aceptación, riesgo y efectos secundarios como parte de la evaluación de rutina en el seguimiento.
- Otros agentes antiplaquetarios, como los nuevos derivados tiopiridínicos pueden ser usados para prevenir eventos vasculares en mujeres que no puedan tomar aspirina.

BETA BLOQUEANTES

Objetivo

Reducir el riesgo del reinfarto, la incidencia de muerte súbita y la mortalidad global en mujeres después de un IAM

Recomendaciones

- Determinar si existen contraindicaciones para esta terapéutica en el momento del inicio del evento CV.
- Comenzar a las primeras horas de hospitalización en mujeres con un IAM evolutivo sin contraindicaciones. Si no se comenzó en el período agudo, el tratamiento debe empezar a los pocos días del evento y continuar indefinidamente.
- Evaluar aceptación, riesgo y efectos secundarios como parte de la evaluación de rutina en el seguimiento.

INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE LA ANGIOTENSINA (IECA)

Objetivo

Reducir morbilidad y mortalidad entre los sobrevivientes de un IAM y pacientes con disfunción ventricular izquierda

Recomendaciones

- Determinar si existen contraindicaciones para esta terapéutica en el momento del inicio del evento CV.
- Comenzar tempranamente durante la hospitalización por IAM salvo hipotensión u otras contraindicaciones.
- Continuar indefinidamente para todos aquellos con disfunción ventricular izquierda (fracción de eyección $\leq 40\%$) o síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva; de lo contrario los IECA pueden ser suspendidos a la 6a semana.
- Evaluar aceptación, riesgo y efectos secundarios como parte de la evaluación de rutina en el seguimiento.
- Discontinuar los IECA si la mujer se embaraza.

ANTICONCEPTIVOS ORALES

Objetivos

1. Minimizar los efectos adversos CV al mismo tiempo que se previene el embarazo
2. Usar las mínimas dosis efectivas de estrógeno / progestágeno

Recomendaciones

- Determinar contraindicaciones y factores de riesgo cardiovascular en la mujer que está considerando el uso de anticonceptivos orales.
- Su uso en mujeres fumadoras ≥ 35 años está relativamente contraindicado.
- En las mujeres que tienen historia familiar de enfermedad cardíaca prematura deberá obtenerse un perfil lipídico antes del inicio.
- En las mujeres que tienen factores de riesgo significativos para diabetes deberá evaluarse glucemia previo a la iniciación.
- Si hay desarrollo de hipertensión durante su uso, es aconsejable discontinuarlos.

TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO

Objetivos

1. Iniciar o continuar la THR en aquellas mujeres para las cuales el potencial beneficio pueda exceder los potenciales riesgos de esta terapéutica. Su uso por lapsos cortos está indicado para el tratamiento de la sintomatología menopáusica.
2. Minimizar el riesgo de efectos adversos a través de una selección cuidadosa de la paciente y de una apropiada elección terapéutica.

Recomendaciones

- Revisar el estado menstrual de las mujeres mayores de 40 años.
- La terapia combinada de estrógenos + progestágenos está indicada para prevenir la hiperplasia de endometrio en mujeres con útero intacto.
- Individualizar la decisión basándose en la historia previa y los factores de riesgo CV como así también en el riesgo de enfermedad tromboembólica, cálculos biliares, osteoporosis, cáncer de mama y otros riesgos para la salud.

Abreviaturas:

AHA: American Heart Association

CT: Colesterol Total

CV: Cardiovascular

EC: Enfermedad coronaria

ECV: Enfermedades cardiovasculares

Hb A1c: Hemoglobina glicosilada

HDL: Lipoproteína de alta densidad

HERS: Heart Estrogen Replacement Study

IAM: Infarto Agudo de Miocardio

IECA: Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina

IMC: Índice de masa corporal (IMC = peso / altura ²)

LDL: Lipoproteína de baja densidad

PEPI: Postmenopausal Estrogen / Progestin Intervention

Tg: Triglicéridos

THR: Terapia hormonal de reemplazo

WHI: Women's Health Initiative

REFERENCIAS

1. American Diabetes Association. Position Statement. Diabetes Care. 1997;20:1183-1197.
2. American Diabetes Association. Position Statement. Diabetes Care. 2000;23(suppl 1):S4-S19.
3. Barrett-Connor E, Bush TL. Estrogen and coronary heart disease in women. JAMA. 1991;265(14):1861-1867.
4. Bush T. The epidemiology of cardiovascular disease in postmenopausal women. Ann NY Acad Sci. 1990;592:263-272.

5. Ciruzzi M, Pramparo P, Esteban O, Rozlosnik J, Tartaglione J, Abecasis B, César J, De Rosa J, Paterno C, Schargrodsky H. Case-control study of passive smoking at home and risk of acute myocardial infarction. Argentine FRICAS (Factores de Riesgo Coronario en América del Sur). *J Am Coll Cardiol*. 1998;31(4):797-803.
6. Ciruzzi M, Rozlosnik J, Pramparo P, Delmonte H, Paterno C, Soifer S, Rudich V, Piskorz D, De Rosa J, Schargrodsky H. Investigadores del estudio FRICAS (Factores de Riesgo del Infarto Agudo de Miocardio en la Argentina). *Rev Argent Cardiol*. 1996;64(11):1-40.
7. Ciruzzi M, Schargrodsky H, Rozlosnik J, Pramparo P, Delmonte H, Rudich V, Piskorz D, Negri E, Soifer S, La Vecchia C. Frequency of family history of acute myocardial infarction in patients with acute myocardial infarction. Argentine FRICAS (Factores de Riesgo Coronario en América del Sur). *Am J Cardiol*. 1997;80(2):122-127.
8. Eaker ED, Chesebro JH, Sacks FM, Wenger NK, Whisnant JP, Winston M. Cardiovascular disease in women. American Heart Association. Special report. *Circulation*. 1993;88(4) Part I:1999-2009.
9. Grodstein F, Stampfer MJ, Colditz GA, Willitt WC, Manson J, Joffe M, Rosner B, Fuchs C, Hankinson SE, Hunter DJ, Hennekens CH, Speizer FE. Postmenopausal hormone therapy and mortality. *N Engl J Med*. 1997;336:1769-75.
10. Grundy SM, Balady GJ, Criqui MH, Fletcher G, Greenland P, Hiratzka LF, Houston-Miller N, Kris-Etherton P, Krumholz HM, LaRosa J, Ockene IS, Pearson TA, Reed J, Washington R, Smith SC Jr. Guide to Primary Prevention of Cardiovascular Diseases. *Circulation*. 1997;95(9):2329-2331.
11. Grundy SM, Pasternak R, Greenland P, Smith S Jr, Fuster V. Assessment of cardiovascular risk by use of multiple-risk-factors assessment equations: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology. *J Am Coll Cardiol*. 1999;34(4):1348-59.
12. Heart and Stroke Foundation of Canada. Women, heart disease and stroke in Canada, 1997.
13. Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B, Vittinghoff E, for the Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. *JAMA*. 1998;280:605-613.
14. Jadue L, Vega J, Garrido C, Lastra P, Escobar M.C. Programa CARMEN: encuesta de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en Valparaíso. XIX Congreso Chileno de Medicina Interna. Santiago, Chile, October 29-31, 1997.
15. Kannel WB, Hjortland MC. Menopause and risk of cardiovascular disease. The Framingham Study. *Ann Int Med*. 1976;85(4):447-452.
16. Mosca L, Grundy SM, Judelson D, King K, Limacher M, Oparil S, Pasternak R, Pearson TA, Redberg RF, Smith SC, Winston M, Zinberg S. "Guide to Preventive Cardiology for Women." *Circulation*. 1999;99:2480-2484.
17. Mosca L, Manson JE, Sutherland SE, Langer RD, Manolio T, Barrett-Connor E. Cardiovascular disease in women: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation*. 1997;96:2468-82.
18. Pramparo P, Paterno C, Urthiague ME, Sandoval P, Balestrini AE, Rozlosnik JA. Menopausia, factores de riesgo cardiovascular y reemplazo hormonal. *Rev Arg de Cardiol*. 1994;62(1):41-52.
19. Pramparo P, Urthiague ME, Romera G, Lavorato M, Menzio A, Mural J, Balestrini E, Ciruzzi M, Rozlosnik J, Schargrodsky H. La menopausia como factor de riesgo cardiovascular: valoración del tratamiento de sustitución hormonal. *Rev Argent Cardiol*. 1998;66(1):75-85.
20. Schargrodsky HE, Alvarez MA, Arai K, Esper RJ, Finizola B, Forti N, González Medina A, Granero R, Grundy SM, Hill MN, Champagne BM, Meneghelo R, Moller JH, Morales Briceño E, Pramparo P, Rivas Estany E, Robledo Kaiser G, Shuchleib R, Wielgosz AT, Wilson E: Prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares: una propuesta para América Latina. Fundación InterAmericana del Corazón. Dallas, 1998.
21. Schargrodsky HE, Arai K, Dias da Silva MA, Esper RJ, Finizola B, Florenzano F, Forti N, Hill MN, Houston-Miller N, Maranhao M, Champagne BM, Rivas Estany E, Roman O, Shuchleib R, Smith SC, Wielgosz AT, Wilson E: Prevención secundaria de la enfermedad coronaria y otras enfermedades vasculares: una propuesta para Latinoamérica. Fundación InterAmericana del Corazón. Dallas, 1996.
22. Schargrodsky HE, Buring JE, Chávez Domínguez R, Doval HC, Drajer S, Esper RJ, Finizola B, Forti N, García Palmieri M, Granero R, Hennekens CH, Champagne BM, Moreano M, Pramparo P, Rivas Estany E, Robledo Kaiser G, Shuchleib R, Wielgosz AT, Wilson E: La aspirina y la enfermedad cardiovascular: una propuesta para América Latina. Fundación InterAmericana del Corazón. Dallas, 1999.
23. The Writing Group for the PEPI Trial. Effects of estrogen or estrogen/progestin regimens on heart disease risk factors in postmenopausal women. *JAMA*. 1995;273(3):199-208.
24. Vega J, Jadue L, Delgado I, Garrido C, Lastra P, Escobar MC. Hipertensión arterial en Chile: Resultados encuesta de base Programa CARMEN. XIX Congreso Chileno de Medicina Interna. Santiago, Chile, October 29-31, 1997.
25. Wenger N, Gerwartz G, Knopp G, Rosenberg L, Shangold M, Stefanick M. Preventing CHD in women: a clinical challenge. *Menopause Management*. Publication of the North American Menopause Society. 1994;3

(4): 12-23.

26. Wielgosz AT, Champagne BM, Finizola B, Granero R, Hassell T, Labarthe DR, Peruga A, Schargrotsky HE, Wilson E. Heart Disease and Stroke in the Americas 2000.

27. InterAmerican Heart Foundation, Dallas, 2000.

28. Winkleby MA, Kraemer HC, Ahn DK, Varady AN. Ethnic and socioeconomic differences in cardiovascular disease risk factors: finding for women from the Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), 1988-1994. JAMA. 1998;280:356-362.

Arriba

Preguntas, aportes y comentarios serán respondidos por el conferencista o por expertos en el tema a través de la lista Epidemiología y Prevención. Llene los campos del formulario (en español, portugués o inglés) y oprima el botón "Enviar".

Preguntas, aportes o comentarios:

Nombre y apellido:

País:

Dirección de E-Mail:

Arriba

2do Congreso Virtual de Cardiología

Dr. Florencio Garófalo
Presidente Comité Organizador
fgaro@fac.org.ar
fgaro@satlink.com

Dr. Raúl Bretal
Presidente Comité Científico
rbretal@fac.org.ar
rbretal@netverk.com.ar

Dr. Armando Pacher
Presidente Comité Técnico - CETIFAC
apacher@fac.org.ar
apacher@satlink.com

Copyright © 1999-2001 Federación Argentina de Cardiología
Todos los derechos reservados

Esta empresa colaboró para la realización del Congreso

