



Patología cardiovascular en la mujer

WIN (Women in Innovation) Argentina

Dra. Florencia Rolandi
XVII Jornadas SOLACI 2012, 6a Región Cono Sur
Montevideo.

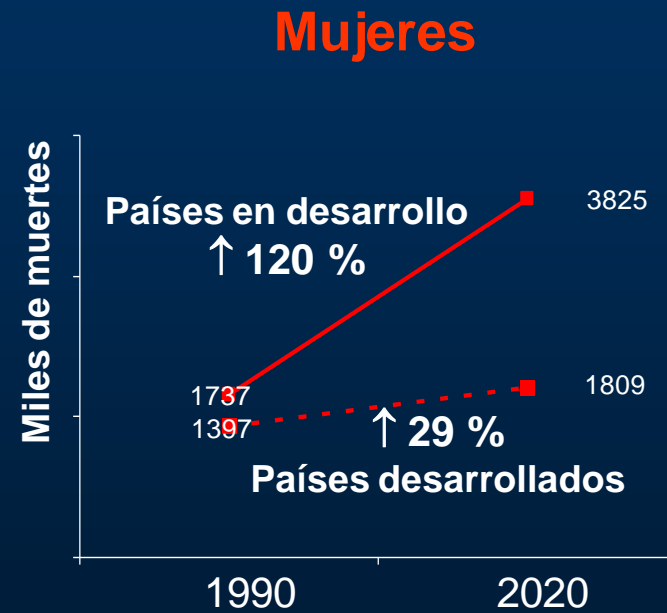
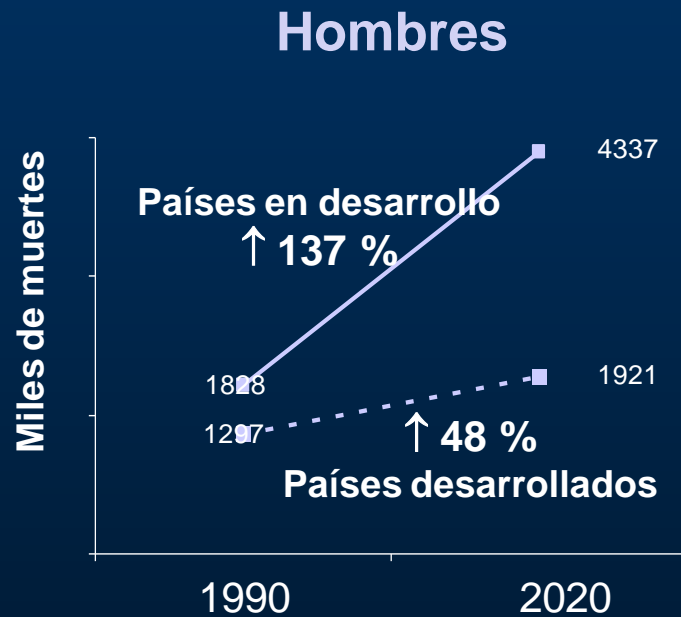
Florencia.rolandi@gmail.com



Enfermedad cardiovascular en mujeres

Epidemiología

Proyecciones de mortalidad por enfermedad coronaria



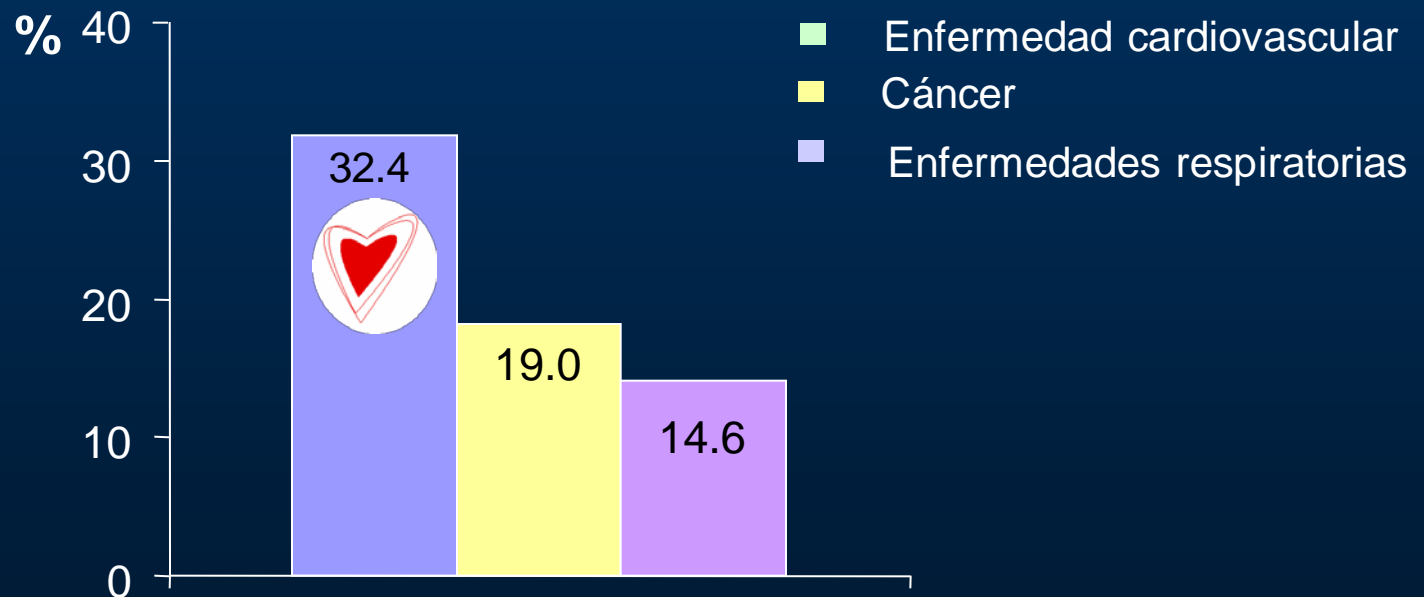
Enfermedad cardiovascular en mujeres

Epidemiología

En Argentina la enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en las mujeres



Argentina 2006



Enfermedad cardiovascular en mujeres

Epidemiología

Prevalencia de factores de riesgo en mujeres CARMELA: Capitaes de Latino América

	Bogotá	Buenos Aires	Lima	México DF	Quito	Santiago
N	815	748	883	889	825	872
Hipertensión (%)	12.4	21.7	10.7	12.1	10.1	20.7
Col T \geq 240 (%)	11.7	17.8	13.0	15.4	18.8	14.8
Diabetes (%)	8.7	4.8	4.6	9.7	7.3	7.6
Obesidad (%)	22.0	16.8	23.4	30.4	22.4	29.4
Sme. Metabólico (%)	21.7	12.3	20.0	28.0	20.1	23.0
Tabaquismo (%)	15.0	37.7	15.4	21.0	10.5	43.3

¿Por qué el género importa?



Women In Innovations
Advancing Women in Invasive & Interventional Cardiology

Porque las mujeres con **SCA-SEST** reciben menos terapias de probado beneficio

Registro CRUSADE SCA-SEST (n=35.875)

Variable	Hombres (n=21.323)	Mujeres (n=14.552)	OR ajustado (IC95%)
Heparina 24 hrs (%)	84.0	80.0	0.91 (0.86-0.97)
GPI IIb-IIIa 24 hrs (%)	38.6	28.7	0.86 (0.81-0.92)
Aspirina al alta (%)	90.4	87.5	0.91 (0.85-0.98)
IECA al alta (%)	55.5	55.3	0.93 (0.88-0.98)
Estatinas al alta (%)	63.4	55.9	0.92 (0.88-0.98)

Porque las mujeres con **SCA-SEST** son menos intervenidas

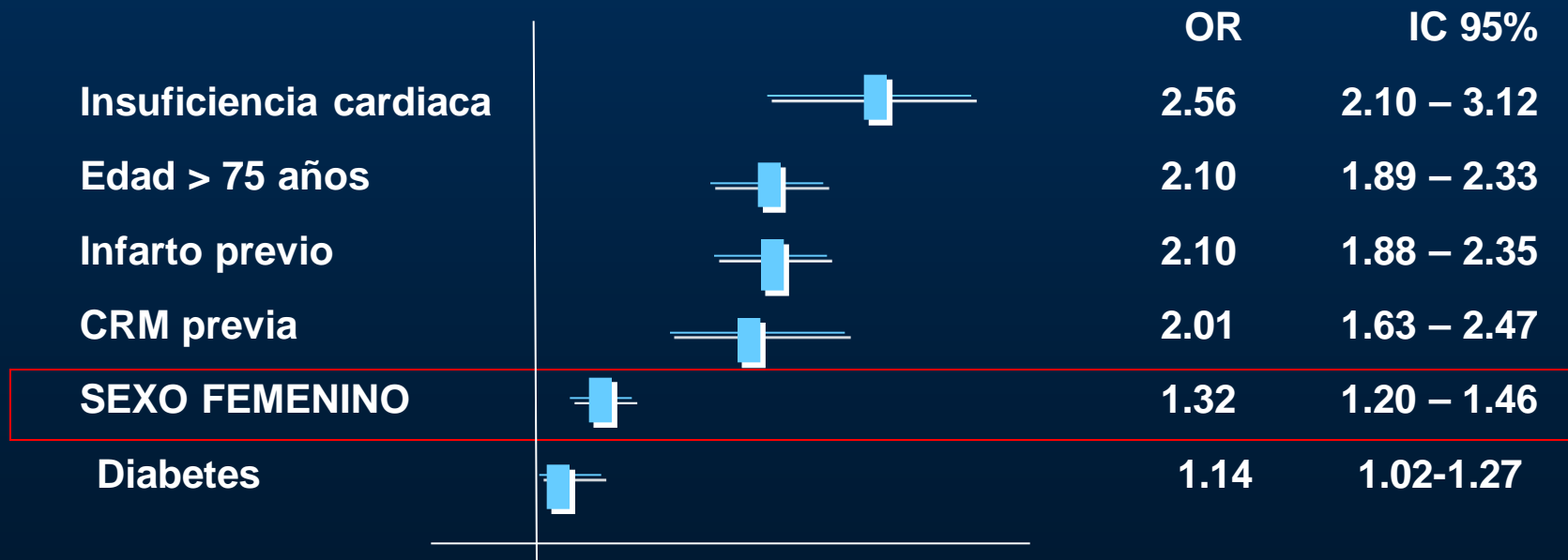
Registro CRUSADE SCA-SEST (n=35.875) ¹				
	Hombres n=21.323	Mujeres n=14.552	OR crudo	OR ajustado [IC95%]
PCI	40.4%	31.4%	0.73	0.91 [0.86-0.96]
CRM	14.0%	9.0%	0.62	0.59 [0.54-0.64]

Registro GRACE 2 (n=7609) ²				
	Hombres n=4919	Mujeres n=2690	OR crudo	Valor de p]
PCI	32.5%	26.5%	0.73	<0.001
CRM	4.3%	2.1%	0.62	<0.001

¹ Blomkalns AL. *J Am Coll Cardiol* 2005;45:832-837. ² Poon S. *Am Heart J* 2012;163:66-73.

Porque las mujeres con **infarto** reciben menos terapia de reperfusión

Predictores de NO tratamiento de reperfusión en pacientes con infarto
Registro GRACE (n=10.954)



¿Por qué el género importa?

Porque las mujeres con infarto son reperfundidas con mayor demora

Predictores de demora en tiempo Puerta-Balón (> 4 horas vs. < 2 horas) en pacientes trasladados para angioplastia 1^{aria}
Registro NIMI 3-4 (n=4278)

Puerta – balón > 4 horas vs. < 2 horas

- Edad > 65 años
- SEXO FEMENINO
- Diabetes
- Hipertensión
- CRM previa
- Killip >1

TABLE 3. Patient and Hospital Characteristics by Total Door-to-Balloon Time

Characteristic	Door-to-Balloon Time, No. (%)			P
	<120 min (n=693)	120–240 min (n=2368)	>240 min (n=1217)	
Age >65 y	235 (33.9)	1080 (45.6)	550 (45.2)	<.0001
Women	178 (25.7)	754 (31.8)	416 (34.3)	<.0001
Nonwhite	92 (13.3)	285 (12.0)	165 (13.2)	0.029
Commercial insurance	411 (59.3)	1293 (54.6)	616 (50.6)	0.004
Diabetes mellitus	99 (14.3)	514 (21.7)	315 (25.9)	<.0001
Hypertension	277 (40.0)	1219 (51.5)	645 (53.0)	<.0001
Prior myocardial infarction	97 (14.0)	362 (15.4)	206 (16.9)	0.21
Prior PCI	77 (11.1)	317 (13.4)	162 (13.3)	0.27
Prior CABG	20 (2.9)	136 (5.7)	86 (7.1)	<.0001
No chest pain at presentation	25 (3.6)	116 (5.0)	80 (6.6)	0.034
Killip class >1	48 (6.9)	313 (13.2)	177 (14.5)	<.0001
Primary ECG findings				
Left bundle-branch block	9 (1.3)	53 (2.2)	64 (5.3)	<.0001
2 Leads only with ST-segment elevation	70 (10.1)	300 (12.7)	250 (20.5)	
≥3 Leads with ST-segment elevation	604 (87.2)	1952 (82.4)	879 (72.2)	
Symptoms before arrival				
≤2 hours	442 (63.8)	1318 (55.7)	529 (43.5)	<.0001
>2 to 6 hours	132 (19.0)	490 (20.7)	259 (21.3)	
>6 to 12 hours	30 (4.3)	171 (7.2)	125 (10.3)	
Time and day of arrival				
Weekday arrival between 7:59 AM and 4 PM	254 (36.7)	825 (34.8)	440 (36.2)	0.001
Weekday arrival between 4 PM and 12 midnight	153 (22.1)	483 (20.4)	210 (17.3)	
Weekday arrival between 12 midnight and 7:59 AM	118 (17.0)	369 (15.6)	237 (19.5)	
Weekend arrival between 7:59 AM and 4 PM	85 (12.3)	347 (14.7)	165 (13.6)	
Weekend arrival between 4 PM and 12 midnight	56 (8.1)	204 (8.6)	78 (6.4)	

¿Por qué el género importa?

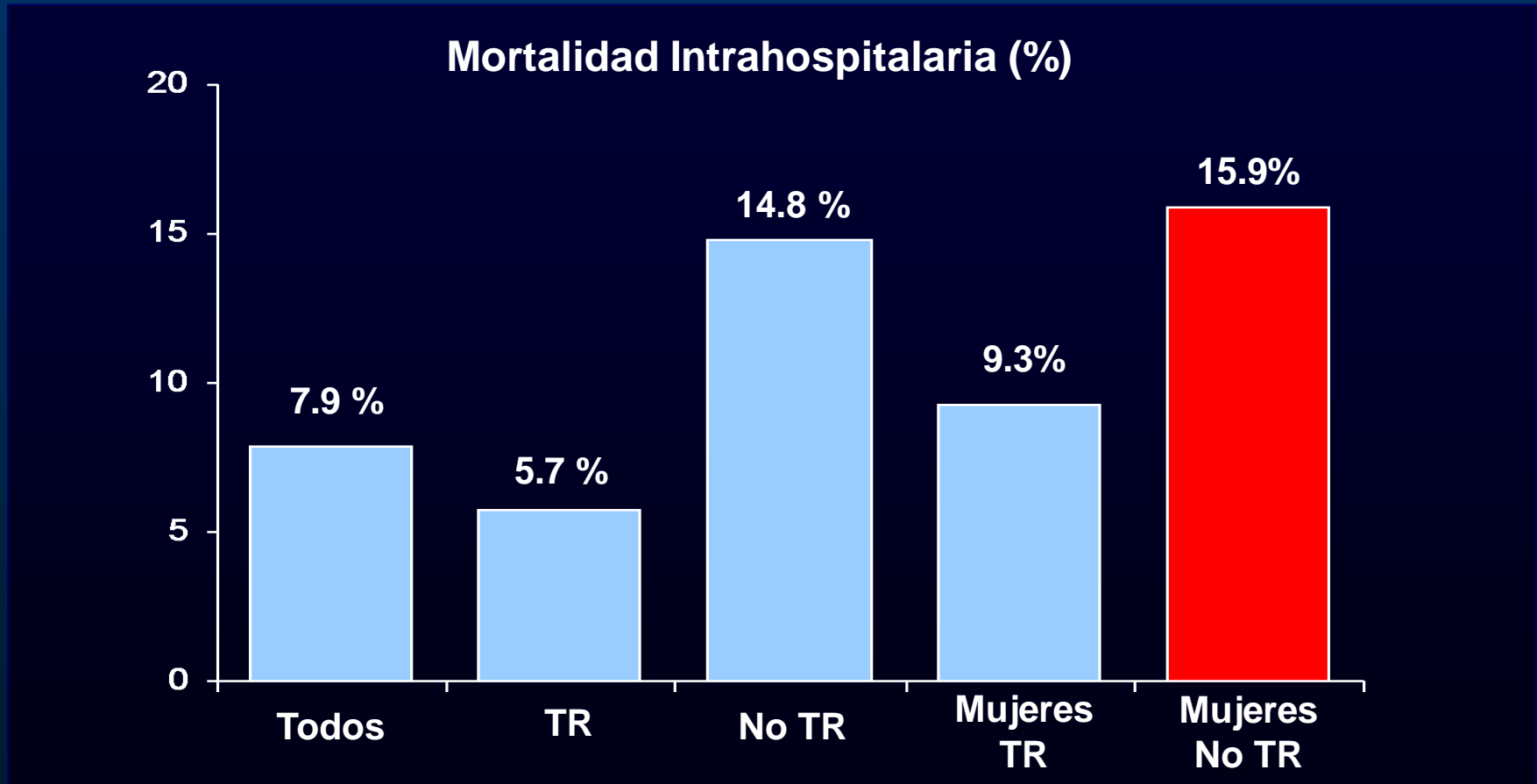
Porque las mujeres con **infarto** son reperfundidas con mayor demora

Get With The Guidelines - GWTG
Coronary Artery Disease database 2001-2006

Población con IAMCEST n=25.353

Tratamiento	Mujeres n=8659	Hombres n=16694	Valor de p
Angioplastia 1° (%)	47.3	61.1	<0.001
Fibrinolíticos (%)	5.1	6.2	<0.001
Puerta-balón ≤ 90 min (%)	39.0	44.8	<0.001
Puerta-aguja ≤ 30 min (%)	28.3	35.2	<0.001

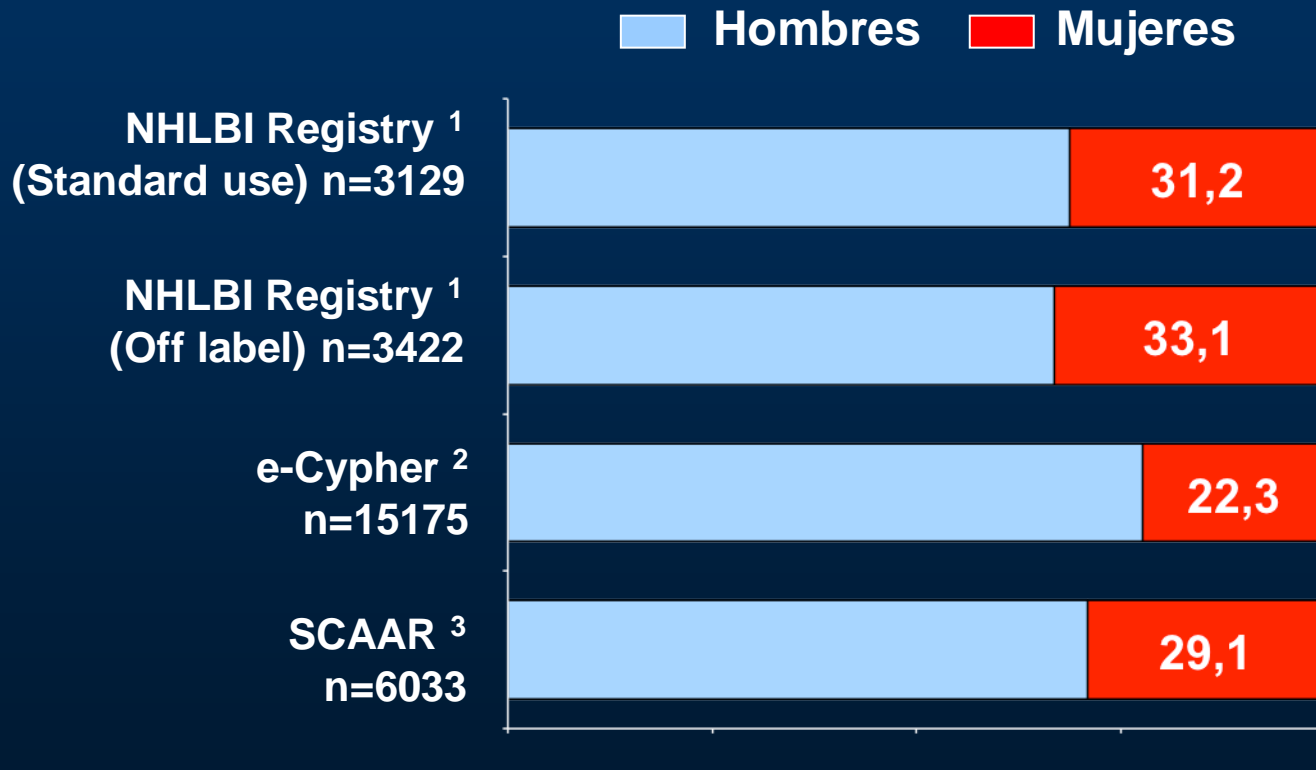
NRMI 2, 3 & 4 *Impacto de NO recibir tratamiento de reperfusión*



TR: Tratamiento de reperfusión

Porque existe subutilización de **DES** en las mujeres

Uso de DES en registros, por género



¹ Marroquin OC. *N Engl J Med* 2008;358:342-352.

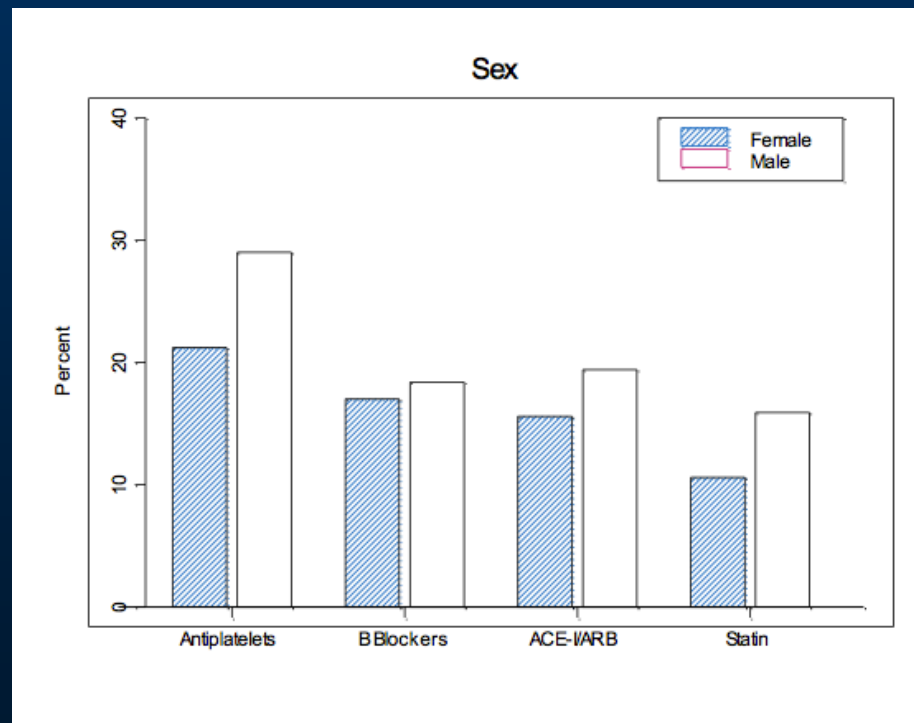
² Urban P. *Circulation* 2006;113:1434-1441.

³ Lagerqvist B. *N Engl J Med* 2007;356:1009-1019.

¿Por qué el género importa?

Porque las mujeres con ECV reciben menos tratamientos en **prevención secundaria**

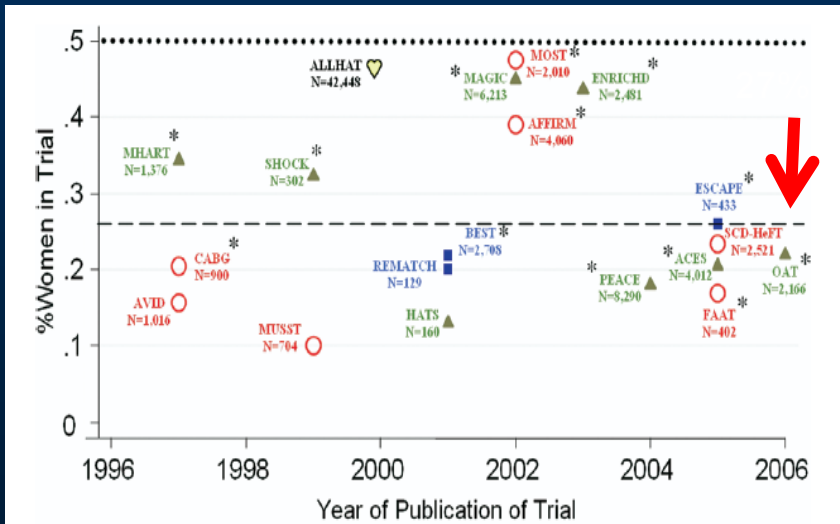
Registro PURE – 628 comunidades de 17 países con diversos ingresos (n=153.662)



¿Por qué el género importa?

Porque las mujeres están sub-representadas en los estudios clínicos

NHLBI trials¹



COCHRANE Database²

Cochrane collaborative review group	Número de trials	Población total	Mujeres (%)
Corazón	137	197.823	15%
Hipertensión	39	73.571	54%
Enf vascular periférica	82	14.908	39%
Total	258	286.302	27%

1- Kim ESH. *J Am Coll Cardiol* 2008;52:672-675.

2- Johnson SM. *J Womens Health* 2003;5:449-457.

¿Por qué el género importa?

Evidencia en mujeres con infarto

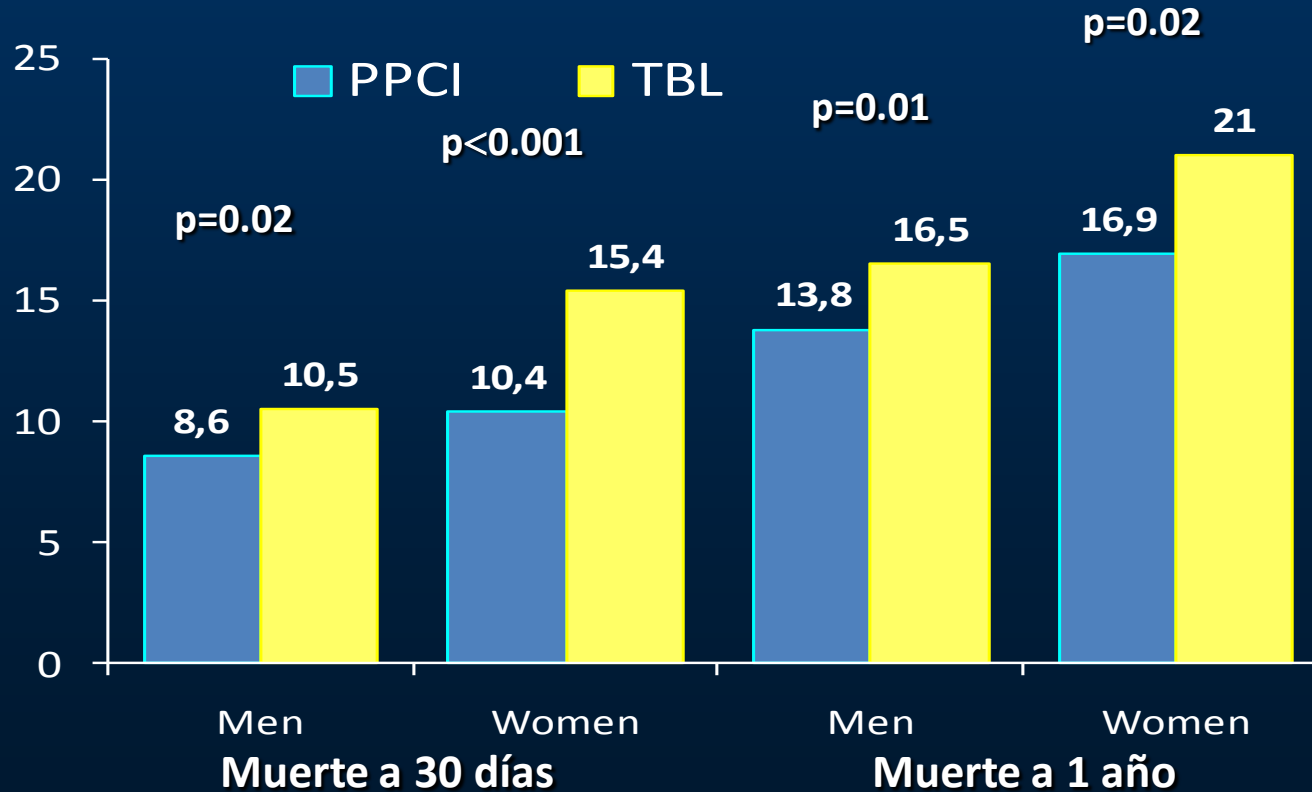
Evidencia en mujeres con infarto

HORIZONS AMI Características basales

	Hombres (N=2760)	Mujeres (N=842)	Valor de p
Edad (años)	58.8 [51.4, 67.8]	66.0 [57.1, 75.3]	< 0.0001
BMI	27.1 [24.7, 30.0]	26.7 [24.0, 30.8]	0.2
Diabetes	15.8%	18.7%	0.05
Hipertensión	50.8%	62.3%	< 0 0001
Dislipidemia	42.1%	46.1%	0.04
Tabaquismo	47.8%	40.8%	0.0004
IAM previo	12.0%	7.4%	0.0002
ATC previa	11.6%	7.9%	0.002
CRM previa	3.3%	1.8%	0.03
AAS previa	23.5%	23.9%	0.8

Evidencia en mujeres con infarto

Angioplastia 1^{aria} versus trombolíticos
Cooperative Cardiovascular Project (n=20.683)



¿Por qué el género importa?

Evidencia en mujeres con SCA-SEST

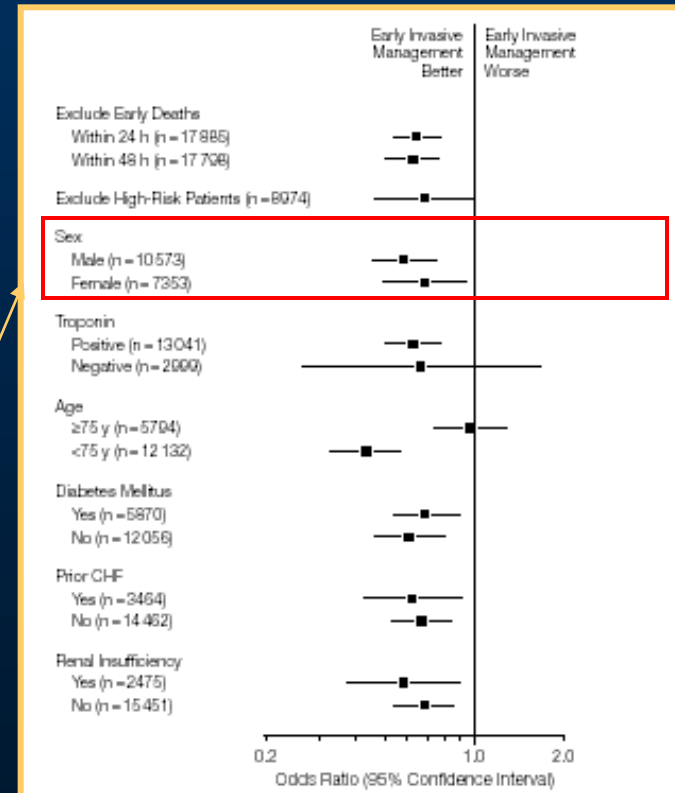
Evidencia en mujeres con SCA-SEST

CRUSADE n=17.926 Mujeres 41%

El manejo invasivo precoz es significativamente menos frecuente en las mujeres comparadas con los hombres.

Predictores de manejo invasivo precoz	OR	IC 95%
Sexo femenino	0.86	0.80 – 0.92

El manejo invasivo precoz es efectivo en mujeres.



¿Por qué el género importa?

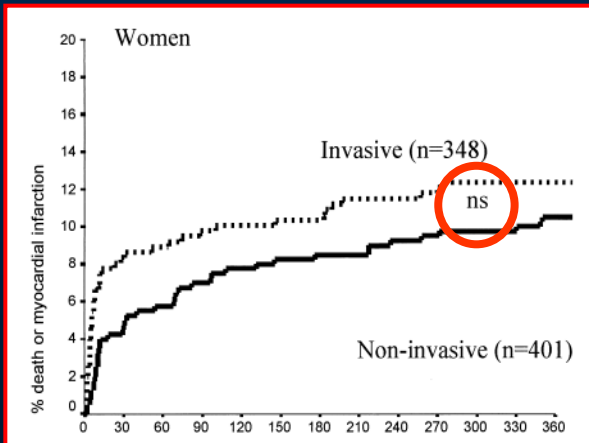
Evidencia en mujeres con SCA-SEST

Estrategia invasiva versus conservadora

FRISC II

Mujeres 30.5%

Muerte o IAM

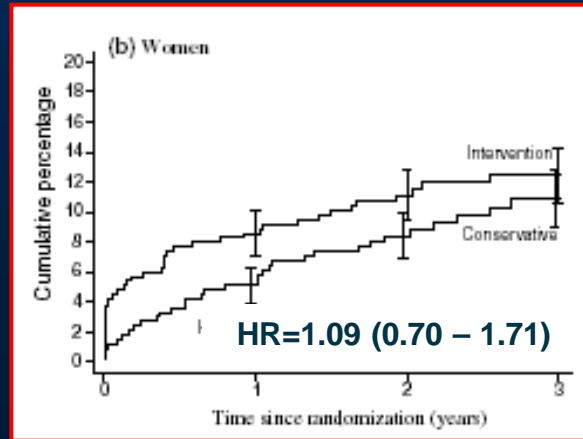


J Am Coll Cardiol 2001;38:41-48

RITA 3

Mujeres 37.7%

Muerte o IAM

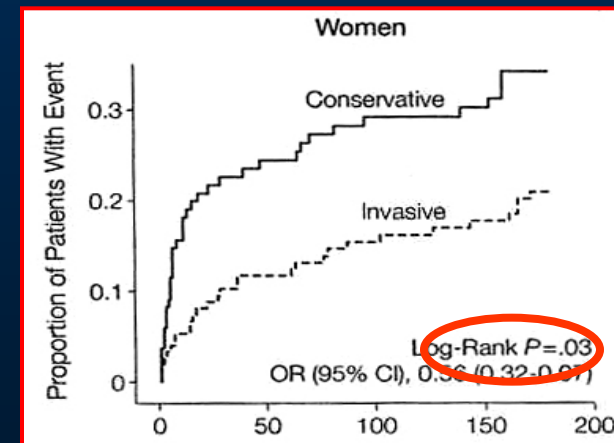


Eur Heart J 2004;25:1641-1650.

TACTICS-TIMI 18

Mujeres 34.0%

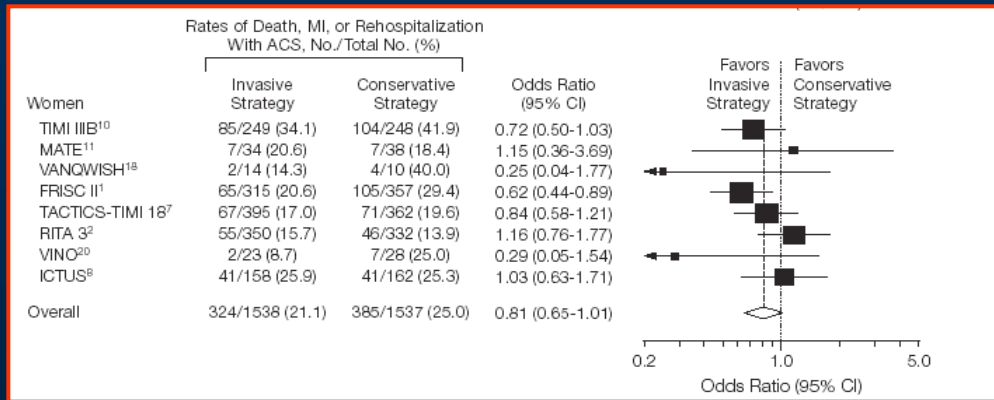
Muerte, IAM u Hosp



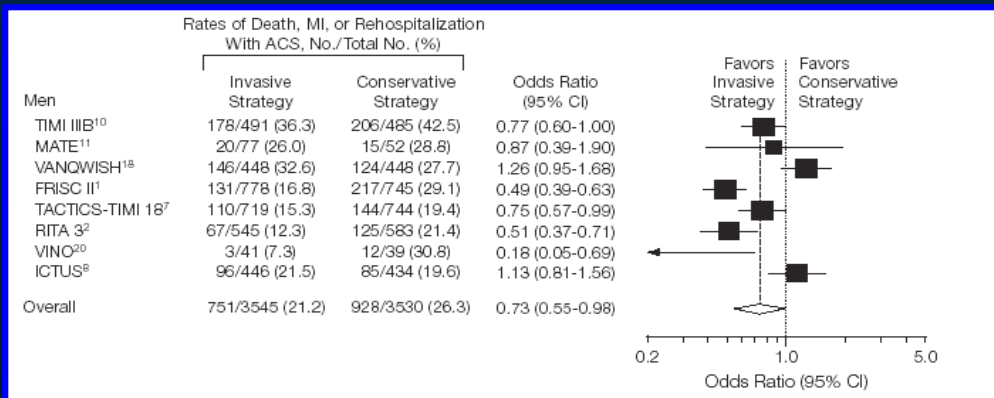
JAMA 2002;288:3124-3129

Evidencia en mujeres con SCA-SEST

Estrategia invasiva versus conservadora
Metanálisis 8 estudios (mujeres n=3075, hombres n=7075)



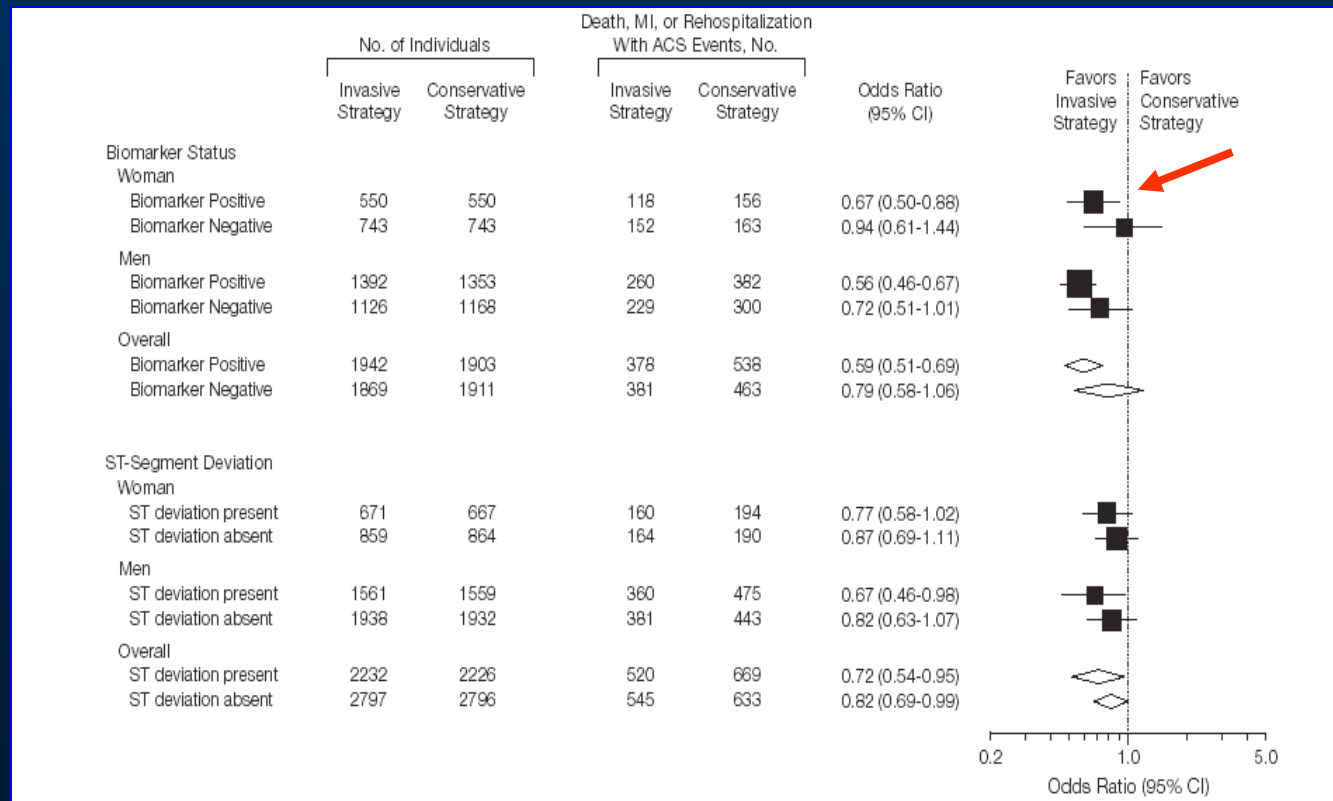
Mujeres
OR:0.81 (0.65-1.01)



Hombres
OR:0.73 (0.55-0.98)

Evidencia en mujeres con SCA-SEST

Estrategia invasiva versus conservadora Metanálisis 8 estudios (mujeres n=3075, hombres n=7075)



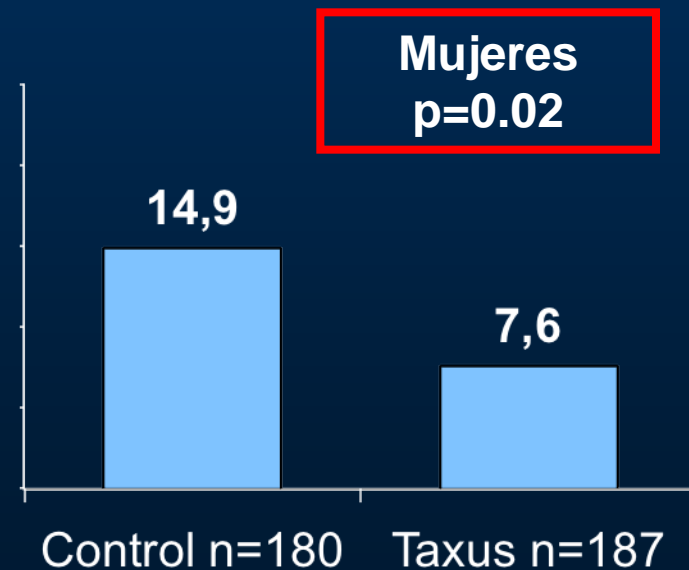
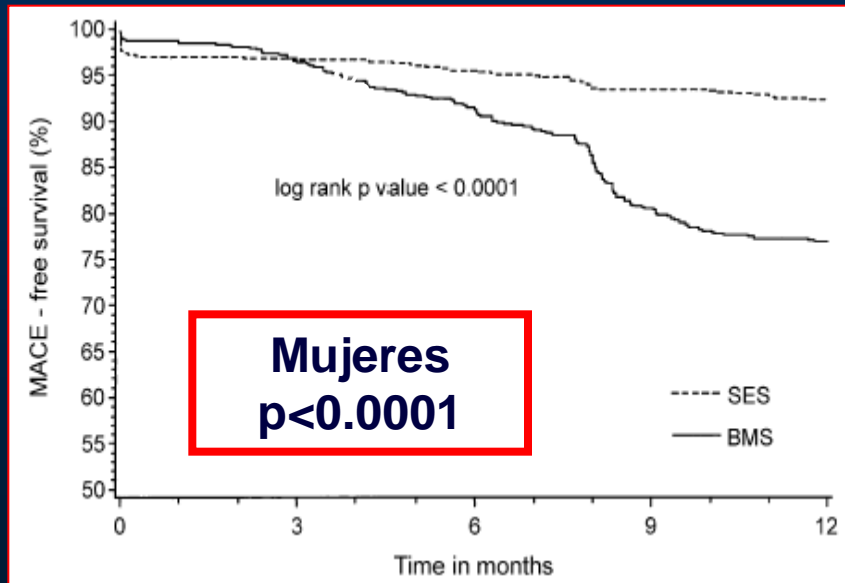
¿Por qué el género importa?

Evidencia en mujeres con DES

Evidencia en mujeres con DES

RAVEL, SIRUIS, e-SIRIUS, c-SIRIUS
Sobrevida libre de MACE a 1 año ¹

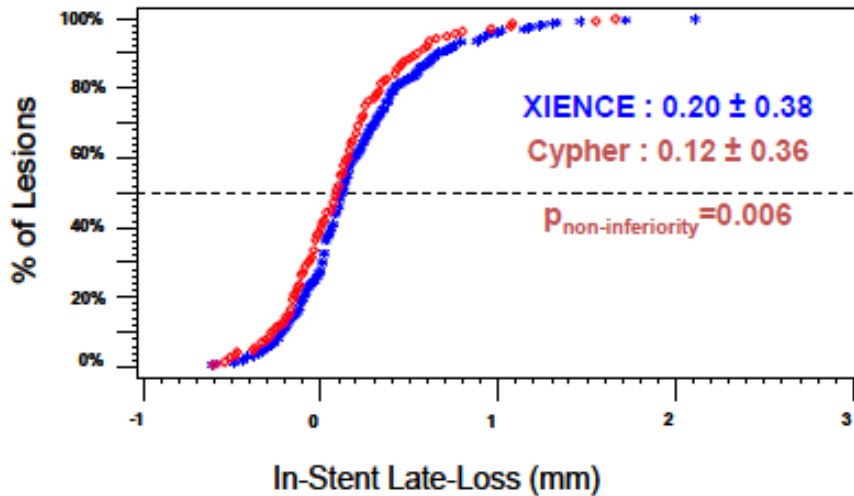
TAXUS IV
TLR a 1 año ²



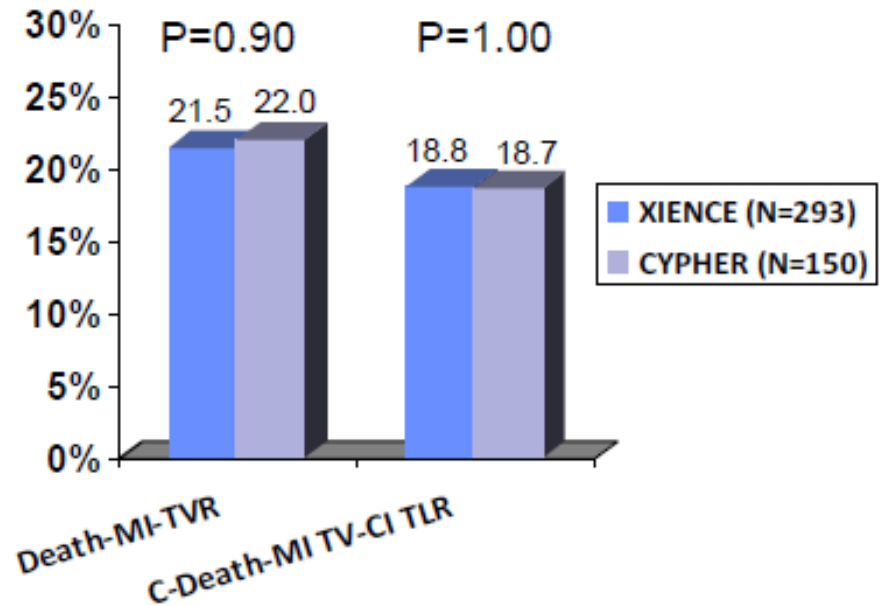
Evidencia en mujeres con DES

SPIRIT Women RCT
XIENCE (n=304) versus CYPHER (n=151)

In stent late loss a 9 meses



Eventos clinicos a 1 año

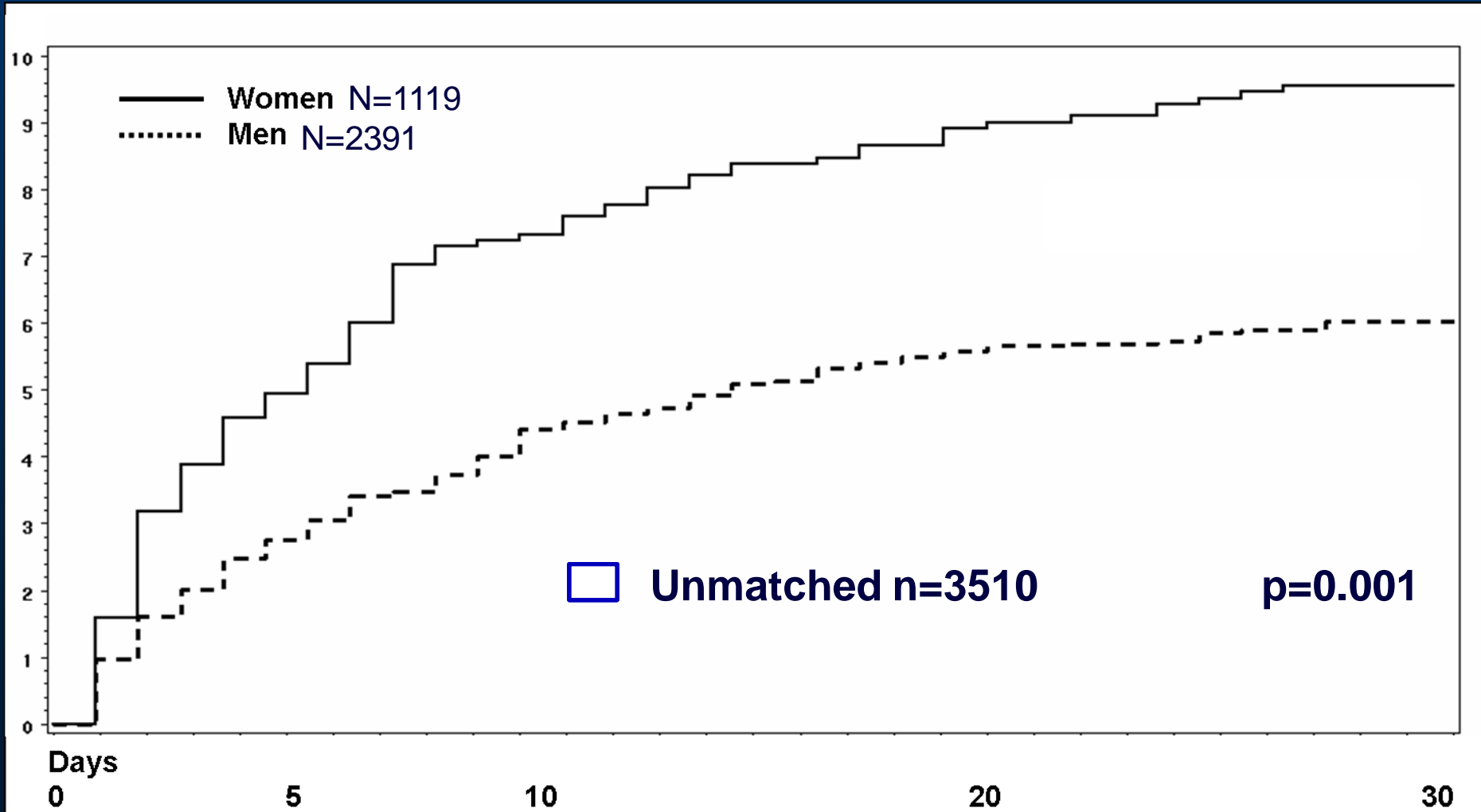


¿Por qué el género importa?

Evaluación de resultados

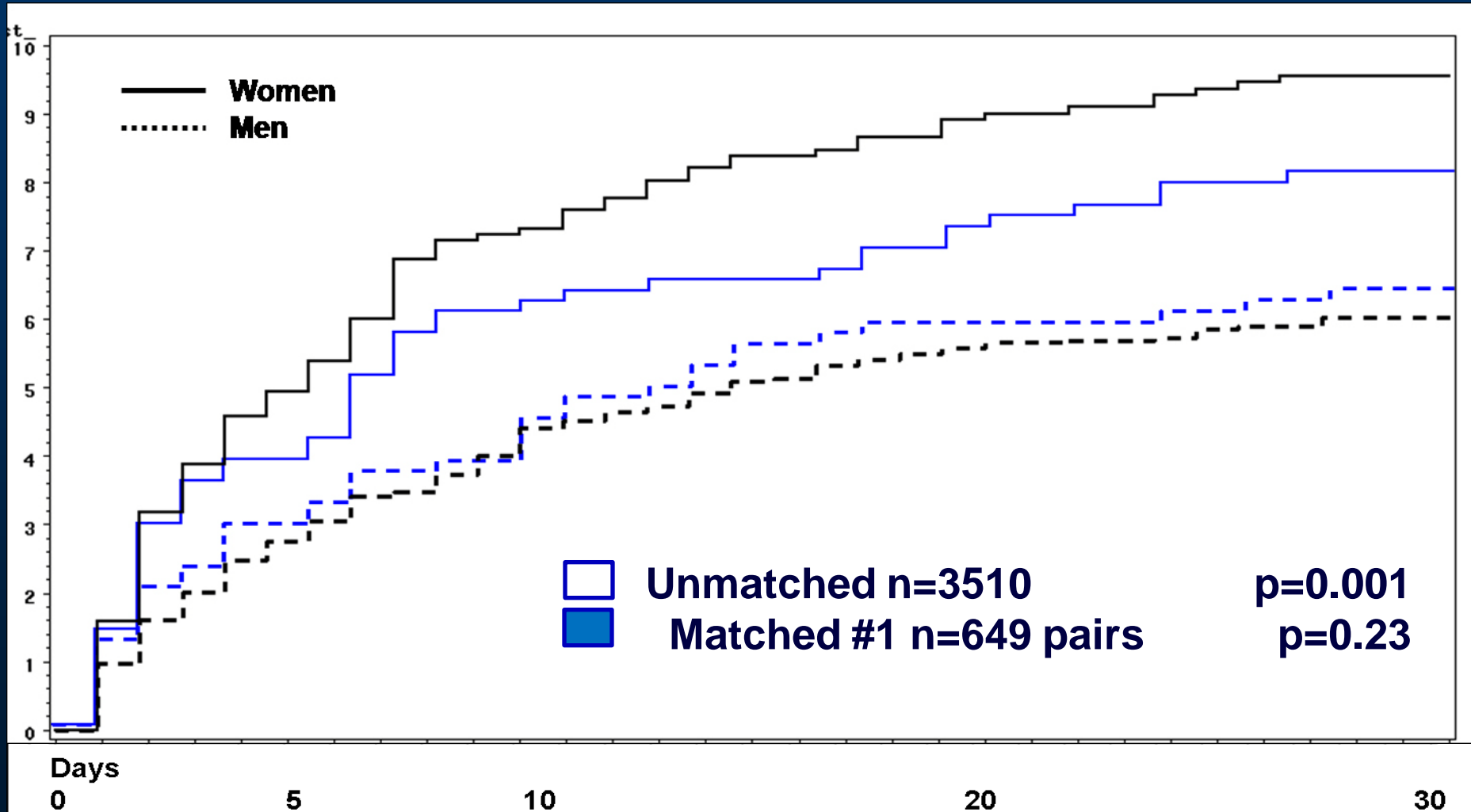
¿Por qué el género importa?

Evaluación de resultados – Propensity score IAM



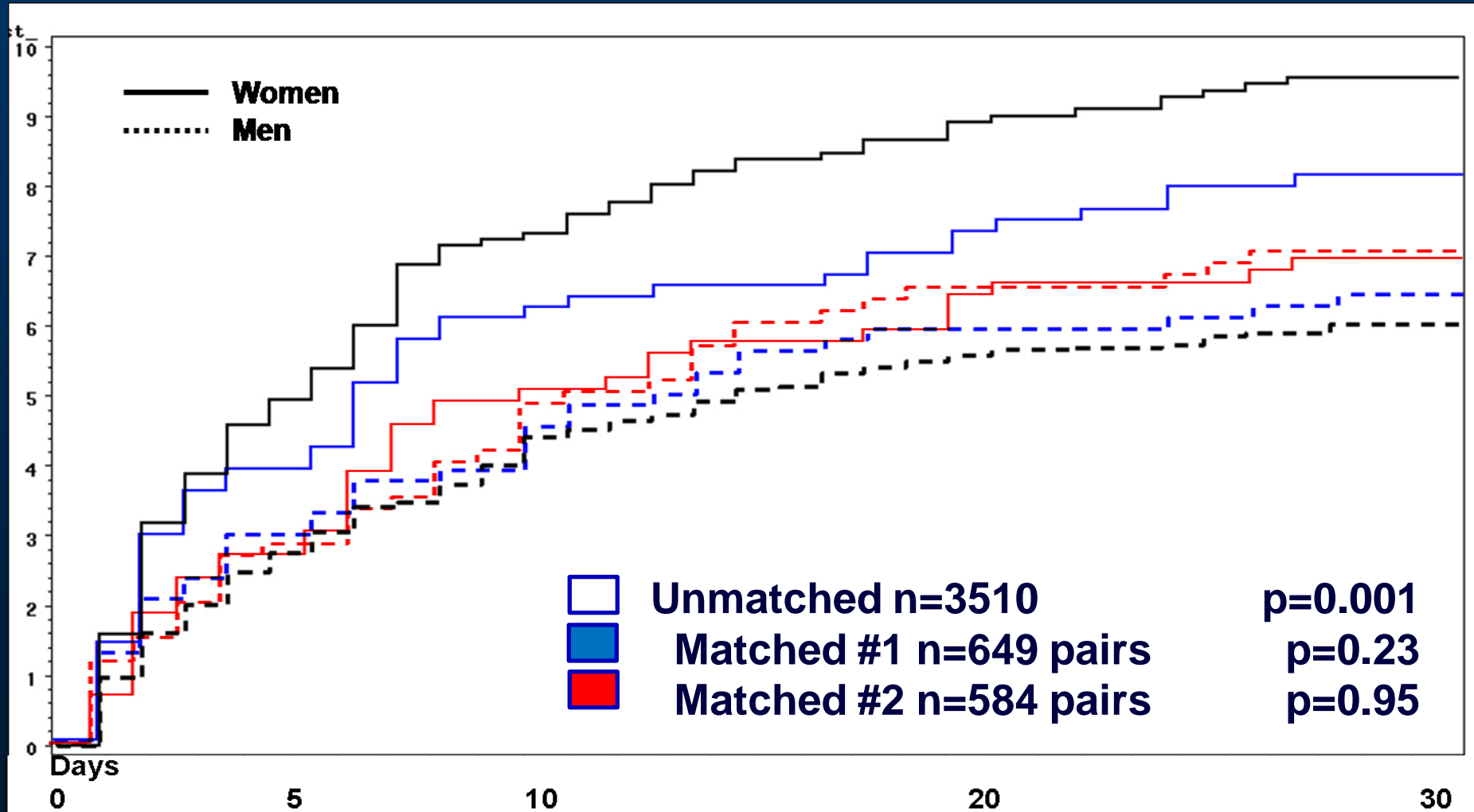
¿Por qué el género importa?

Evaluación de resultados – Propensity score IAM



¿Por qué el género importa?

Evaluación de resultados – Propensity score IAM

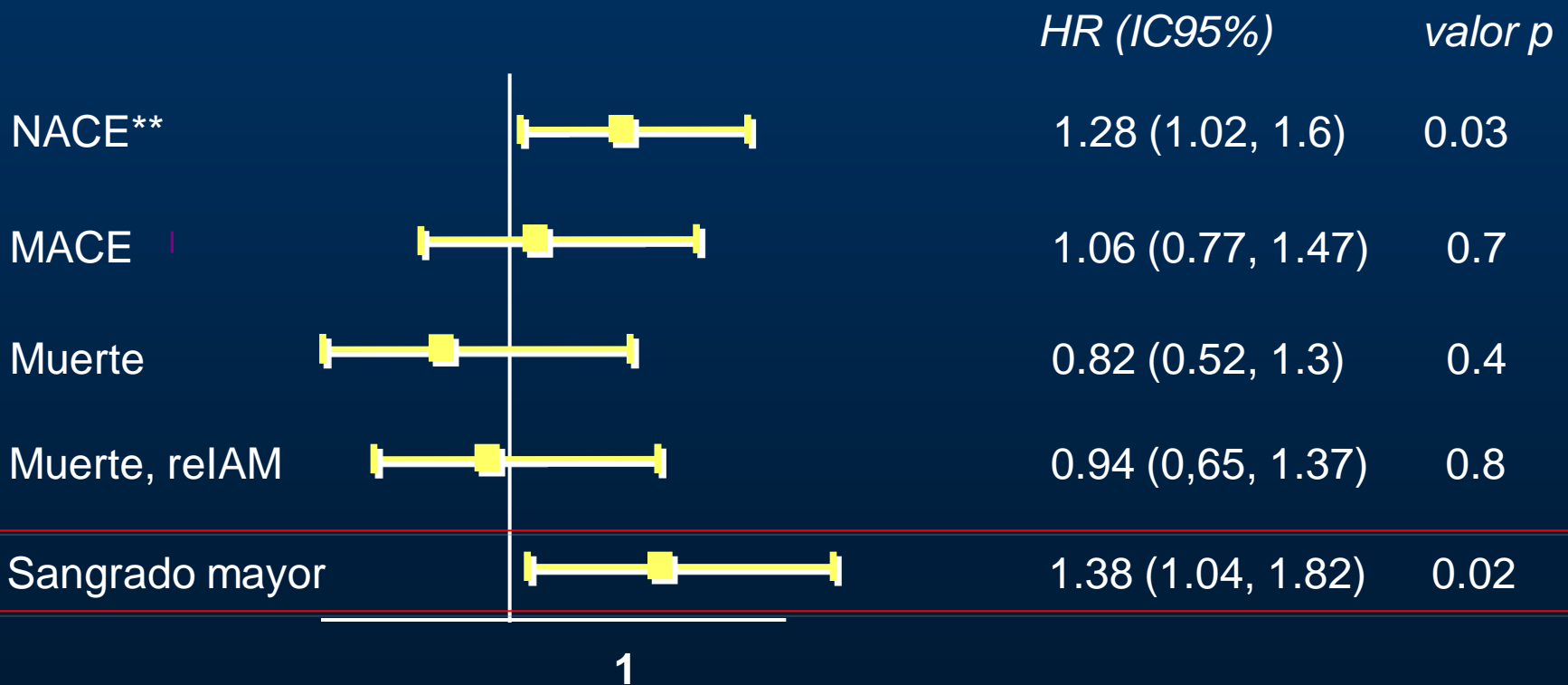


Evaluación de resultados - Multivariable

HORIZONS AMI

Eventos

a 30 días por género - Análisis multivariado



**Ajustado por edad, anemia, bivalirudina (vs HNF + IGP IIb/IIIa), killip, clearance de creatinina, Rto de plaquetas, enfermedad vascular periférica

¿Por qué el género importa?

Por el riesgo de sangrado

Por el riesgo de sangrado

Relación entre eventos y mortalidad a 30 días
Modelo de Cox HORIZONS

Evento	HR [IC 95%]	Valor de p	Muertes atribuibles*
Reinfarto	9.13 [2.62 – 31.85]	<0.001	8.9
Sangrado mayor	5.08 [3.10 – 8.35]	<0.001	20.9
Accidente cerebrovascular	2.65 [0.74 – 9.43]	0.13	1.9
TVR isquémica	1.15 [0.31 – 4.2]	0.83	1.2

* N° muertes x (HR aj – 1)/HR adj

Por el riesgo de sangrado

Score de riesgo de sangrado

								Add to score
Gender	Male 0			Female +8				
Age (years)	<50 0	50-59 +3	60-69 +6	70-79 +9	≥80 +12			
Serum creatinine (mg/dl)	<1.0 0	1.0- +2	1.2- +3	1.4- +5	1.6- +6	1.8- +8	≥2.0 +10	
White blood cell count (giga/l)	<10 0	10- +2	12- +3	14- +5	16- +6	18- +8	≥20 +10	
Anemia	No 0				Yes +6			
Presentation	STEMI +6		NSTEMI - Raised biomarkers +2		NSTEMI - Normal biomarkers 0			
Antithrombotic medications	Heparin plus a GPI 0				Bivalirudin monotherapy -5			
	Total Score*							

¿Por qué el género importa?

- Porque existe subutilización de estrategias terapéuticas en las mujeres
 - menor tasa de empleo y mayores demoras en las terapias de reperfusión en infarto
 - menor tasa de intervención en SCA-SEST
 - menor empleo de DES
- Porque es necesaria mayor investigación sobre SCA basada en género
- Porque hay evidencia del beneficio de la intervención en mujeres con SCA
- Porque si bien las mujeres tienen peor perfil de riesgo basal, los resultados ajustados (muerte) son comparables
- Porque el sangrado es más prevalente en las mujeres y tiene un impacto pronóstico muy duro.

Intervencionismo en síndromes coronarios agudos. El género importa

Para qué

¿Por qué el género importa?

Porque si las mujeres con infarto fueran tratadas como lo son los hombres, tendrían mejor pronóstico

¿Por qué el género importa?

Porque si las mujeres con infarto fueran tratadas como lo son los hombres, tendrían mejor pronóstico

Infarto - Nationwide French Hospitals Database
(n=74.389) Modelo de simulación

	Mujeres n=22.348	Hombres n=52.041	Valor de P
Edad (años)	75	63	<0.001
PCI + Stent (%)	53.9	58.5	<0.001
Mortalidad Intrahospitalaria (%)	14.8	6.1	<0.0001

Exceso CRUDO de mortalidad: 8.64%

Exceso de mortalidad ajustado por edad y comorbilidades 1.95%

Modelo de simulación relaciona 0.46% de ese exceso a la subutilización de procedimientos. (“Si las mujeres fueran tratadas como los hombres”)

¿Por qué el género importa?

Porque si bien pareciera haber controversia sobre el beneficio de la intervención en mujeres con SCA-SEST las guías recomiendan intervenir

Porque si bien pareciera haber controversia sobre el beneficio de la intervención en mujeres con SCA-SEST las guías recomiendan intervenir

ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation

Recommendations for gender

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Both genders should be evaluated and treated in the same way.	I	B

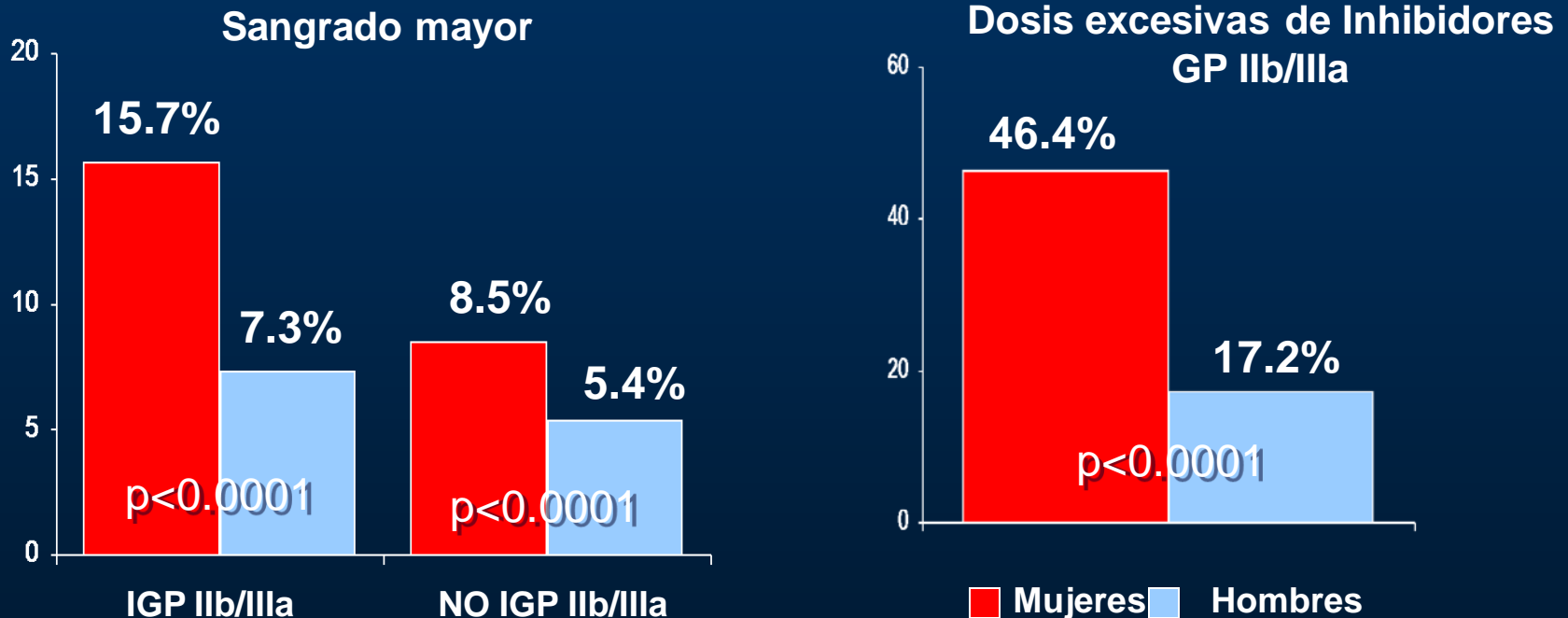
Thus, the data suggest that a routine early invasive strategy should be considered in women on the same principles as in men, i.e. after careful risk stratification for both ischaemic and bleeding risks including clinical and ECG evaluation, analysis of biomarkers, co-morbidities, and use of risk scores (see Section 4).

¿Por qué el género importa?

Porque en parte el sangrado es prevenible

Porque en parte el sangrado es prevenible

Sobredosis de anti-trombóticos y tasa de sangrado por género
CRUSADE n=32.601



Sangrado mayor: Caída del Hto ≥ 0.12 , Necesidad de transfusión o Sangrado intracraneano.
Dosis excesiva: dosis no reducida con CI Cr < 50 ml/min para eptifibatide o < 30 ml/min para tirofiban

Porque en parte el sangrado es prevenible

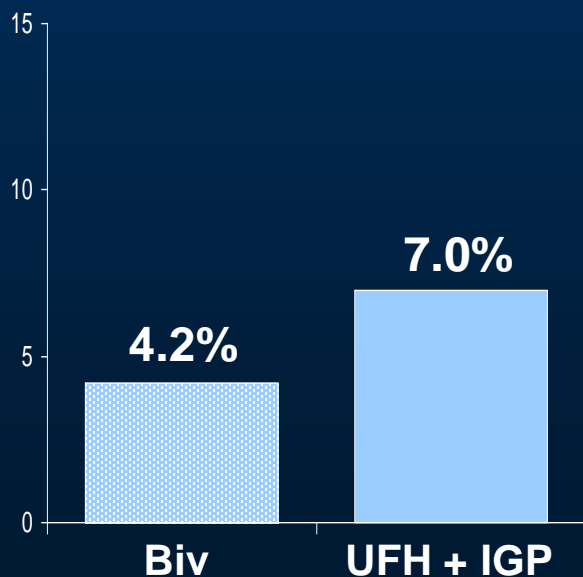
Sobredosis de anti-trombóticos, tasa de sangrado e impacto por género
CRUSADE n=32.601

	Mujeres	Hombres
Asociación entre exceso de dosis y riesgo de sangrado	OR=1.72 95%CI [1.30-2.28]	OR=1.27 95%CI [0.97-1.66]
Riesgo de sangrado atribuible a dosis	25.0%	4.4%

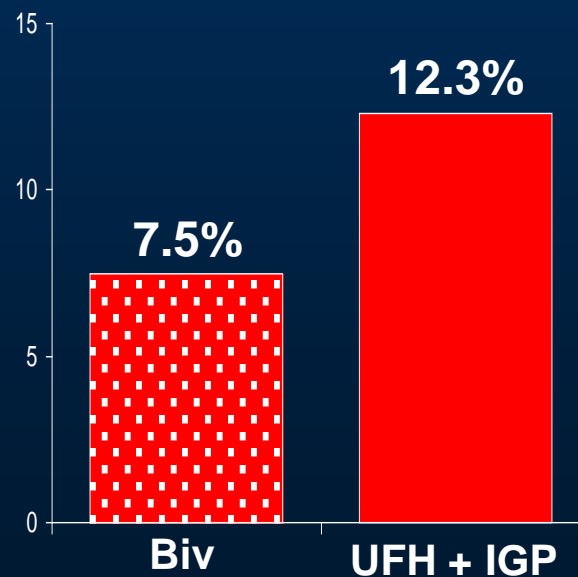
Porque en parte el sangrado es prevenible

HORIZONS n=3602

Hombres
0.59 [0.43, 0.82]
p = 0.001



Mujeres
0.59 [0.38, 0.92]
p = 0.02



Porque las mujeres intervenidas son cada vez más enfermas

Porque las mujeres intervenidas son cada vez más enfermas

Tendencias temporales
Registro PCI NHLBI

Características	1985-1986 n=620	1993-1994 n=436	1997-1998 n=500	Valor p
Edad (media \pm DS)	61.8 \pm 11.0	65.0 \pm 11.5	66.0 \pm 11.4	<0.001
Diabetes (%)	20.3	32.4	33.8	<0.001
Hipertensión (%)	57.7	62.0	66.3	0.003
Dislipidemia (%)	38.0	40.8	59.5	<0.001
Enfermedad de múltiples vasos (%)	49.4	52.1	57.8	0.005

Porque los resultados son cada vez mejores

Tendencias temporales Registro PCI NHLBI

Eventos	1985-1986 n=620	1993-1994 n=436	1997-1998 n=500	Valor de p
Intra-hospitalarios				
Exito Angiogáfico (%)	85.2	89.0	93.8	<0.001
Muerte (%)	3.2	2.3	3.0	0.8
Muerte, Infarto, CRM (%)	11.6	8.0	6.0	<0.001
Eventos a 1 año				
Muerte CRUDA* (%)	5.8		7.4	ns
Infarto (%)	6.8		5.6	
CRM (%)	12.2		9.5	
NuevaPCI (%)	16.6		14.7	

*** Mortalidad a 1 año ajustada por riesgo 1997-1998 vs 1985-1986
RR=0.51, IC_{95%}= 0.29 – 0.90**

¿Por qué el género importa?

- Porque la subutilización de estrategias terapéuticas de intervención constituye una oportunidad de mejora.
- Porque si bien pareciera haber controversia sobre el beneficio de la intervención en mujeres con SCA-SEST las guías recomiendan intervenir.

Evidencia basada en eficacia (RCT) vs.
Evidencia basada en efectividad (registros)

- Porque la incidencia de sangrado en las mujeres, es alta pero potencialmente reducible
 - Adecuada selección de drogas
 - Adecuado cálculo de dosis
- Porque a medida que pasan los años, la intervención percutánea se asocia a mejores resultados, aún en mujeres más enfermas

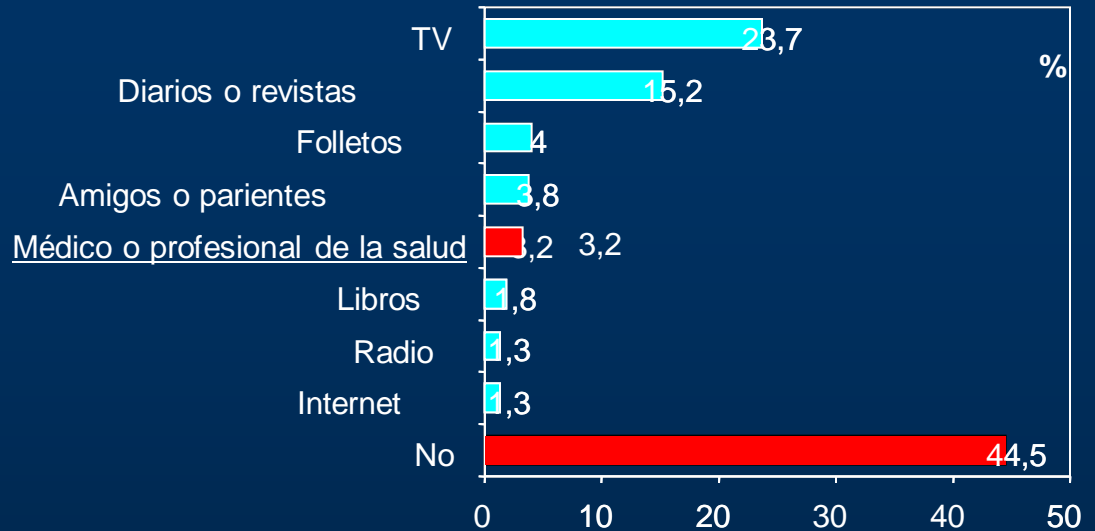


Objetivos generales del grupo WIN

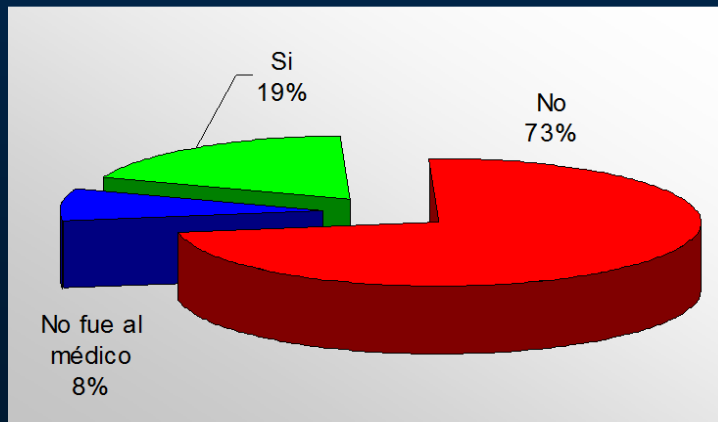
- Modificar la percepción existente sobre el tratamiento de las mujeres con ECV, que con frecuencia son infradiagnosticadas e infratratadas, incidiendo para ello en los sesgos existentes tanto en los médicos como en las pacientes.
- Asegurar que este esfuerzo sea internacional, mediante la participación de personas relevantes y de las principales asociaciones profesionales de cardiología y cardiología intervencionista de todo el mundo.
- Elaboración de una declaración de posicionamiento global para que sea distribuida en los congresos internacionales más importantes y se publique en las principales revistas.
- Incluir en la organización a todos los cardiólogos intervencionistas, varones y mujeres, interesados, con objeto de disponer de una amplia gama de expertos que puedan abordar diversos aspectos de la ECV en las mujeres y permitan optimizar la percepción de este tema y su tratamiento por las pacientes y sus médicos
- Fomentar que las mujeres especialistas en cardiología intervencionista tengan mayor protagonismo en su participación en las sociedades profesionales.

Concientización Comunidad médica

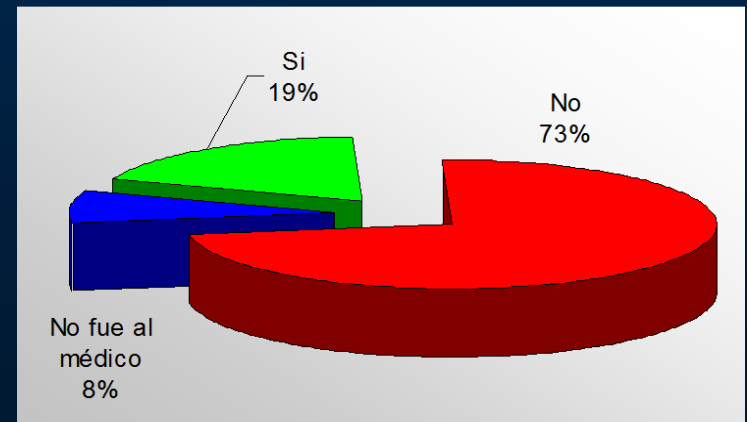
¿Ha visto, escuchado o leído información sobre enfermedades del corazón en el último año?



¿Ha conversado con su médico sobre medidas de prevención de enfermedades del corazón en el último año?



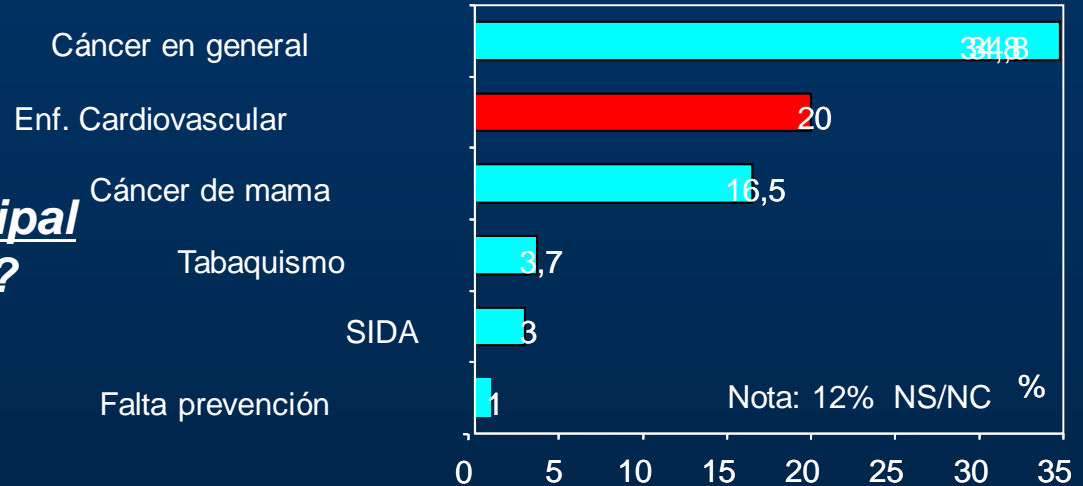
¿Ha conversado con su médico sobre síntomas de enfermedades del corazón en el último año?



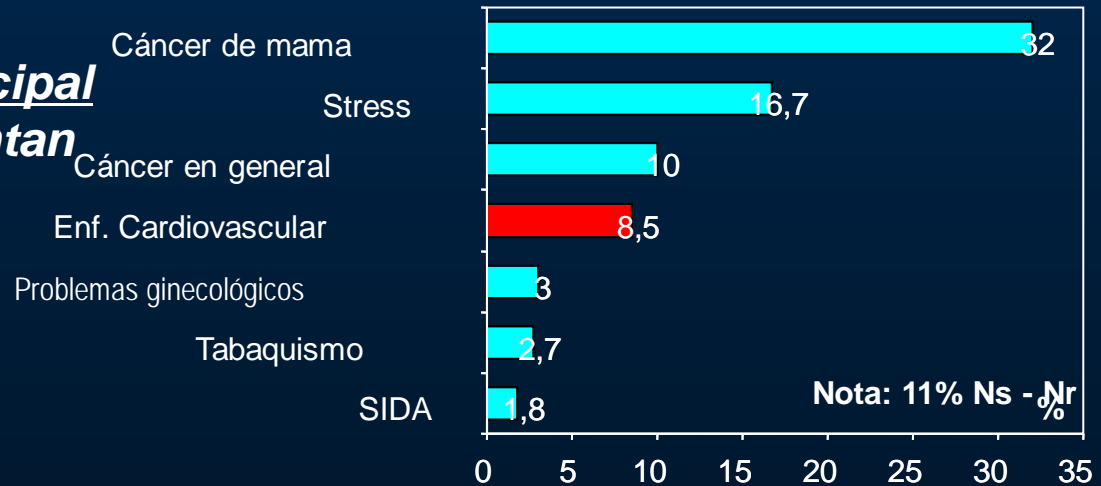
Concientización Comunidad general

ENCUESTA Corazón y Mujer N=600

¿Cuál es en su opinión la principal causa de muerte en la mujer?



¿Cuál es en su opinión el principal problema de salud que enfrentan hoy las mujeres?



Concientización Comunidad general

“El infarto también es cosa de mujeres”

Florencia Rotundi, médica cardióloga. Integra el grupo Corazón y Mujer de la Fundación Cardiológica Argentina. Su objetivo es crear conciencia acerca de que la enfermedad cardiovascular no es sólo cosa de hombres. ¿Se puede evitar el infarto? ¿Ante qué síntomas se debe estar alerta?

Por María Emilia Sandoz / @mariemiliasandoz

Pasar que las mujeres enfermen cardiovascularmente no sólo se refiere a la presencia de los síntomas, sino que también implica a los diagnósticos de las mismas, a los tratamientos y a los cuidados de ellas. Pero, ¿cómo se puede evitar el infarto? ¿Ante qué síntomas se debe estar alerta? ¿Se puede evitar el infarto? ¿Ante qué síntomas se debe estar alerta? ¿Se puede evitar el infarto? ¿Ante qué síntomas se debe estar alerta?

ACTUALIDAD 13-8

Según un estudio / El infarto en la mujer
Ellas tardan dos horas más en recibir atención cardiológica
 Frecuentemente, se subestiman los síntomas y se pierden los minutos más valiosos

El corazón en la mujer


POR LILIANA GRINFELD (*)

Durante décadas, la enfermedad cardiovascular fue entendida como una patología propia de los hombres. Tal es así, que tanto las investigaciones acerca del desarrollo de la aterosclerosis, como la descripción de los síntomas de infarto estuvieron basadas en lo observado y referido por pacientes masculinos. Más aún, frecuentemente en los ensayos clínicos para evaluar la eficacia de nuevos tratamientos, las mujeres fueron poco incluídas o hasta excluidas, por lo que en muchos casos no pudo probarse el beneficio o el perfil de seguridad de estas prácticas en las mujeres.

Sin embargo, la enfermedad cardiovascular no es propiedad de la población masculina y de hecho, representa la primera causa de muerte entre las mujeres. En USA se estima que más de 250.000 mujeres sufren anualmente un infarto y más de 500.000 presentan eventos cardiovasculares fatales. En Argentina desde la década del 80 hasta hoy, la mortalidad cardiovascular en términos relativos es superior incluso en las mujeres que en

(Sigue en Pág. 14)

Lanzamos campaña para cuidar la salud cardíaca en las mujeres

La Fundación Cardiológica Argentina (FCA) llamó a la población a participar de la campaña mundial 'De rojo por las mujeres', que consiste en usar hoy una prenda roja para simbolizar la necesidad de cuidar la salud cardiovascular femenina.

La iniciativa, de la que participan asociaciones cardiológicas de distintos países, surgió ante los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que alertaron que un tercio de las muertes del sexo femenino se deben a problemas del corazón. Argentina es el país con mayor mortalidad cardiovascular femenina en Latinoamérica: 33% del total de las muertes son por esa causa, mientras que 18% son por cáncer.

Aún así, según una encuesta de la FCA, la mayoría de las mujeres cree que la principal amenaza para su vida es el cáncer ■

Te lo decimos de corazón...
 La mejor forma de prevenir enfermedades cardiovasculares es estar informado.

- Tenés que conocer tu presión arterial, tu colesterol y tu nivel de azúcar en sangre.
- No fumar, comer en forma saludable y mantener siempre un peso adecuado.
- Caminar todos los días.

Corazón y Mujer es la campaña de la Fundación Cardiológica Argentina y el Senado de la Provincia de Buenos Aires.


Fundación Cardiológica Argentina


Cámara de Senadores DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

www.fundacioncardiologica.org

DE ROJO POR LAS MUJERES
 Campaña mundial por la salud femenina

La Fundación Cardiológica Argentina invita a participar de la campaña mundial "De rojo por las mujeres". Mañana, aquellos que quieran participar de la iniciativa deberán usar una prenda roja para simbolizar la necesidad de cuidar la salud cardiovascular femenina. Un tercio de las muertes femeninas son por causas cardiovasculares.

El corazón en la ...
 (Viene de Pág. 8)

cabo diversos ensayos clínicos que evalúan la eficacia de fármacos y dispositivos, exclusivamente en mujeres.

Resta aún difundir el mensaje hacia la población general. Las mujeres deben conocer sus valores de presión arterial y sus niveles de colesterol y de azúcar en sangre. Es necesario que sepan si sus familiares directos tienen o tuvieron enfermedades cardiovasculares. Deben cuidar su peso, comer en forma saludable, realizar actividad física regularmente y no fumar. Y por último, es imperativo que hablen al respecto con sus médicos.

La enfermedad cardiovascular es en gran parte evitable por lo que la toma de conciencia es la principal herramienta para su prevención y control.

(*) Presidenta de la Fundación Cardiológica Argentina

¿Un nuevo ...
 (Viene de Pág. 8)

Juan Pablo II, primer documento expreso del magisterio eclesialístico sobre la cuestión femenina. De dicho congreso participaron mayoritariamente medio centenar de calificadas especialistas (historiadoras, psicólogas, filósofas, teólogas...) de los cinco continentes con importantes ponencias. En aquel magno documento, Juan Pablo II proponía diseñar un "nuevo feminismo" que supiera "reconocer y expresar el verdadero genio femenino en todas las manifestaciones de la convivencia civil, trabajando por la superación de toda forma de discriminación, de violencia y de explotación".

(*) Profesora en Filosofía

Homenajearon a mujeres destacadas

Concientización Comunidad general

El mes de la mujer, vivilo con el corazón.

Colaboró con la Fundación Cardiológica Argentina.

Del 12 al 31 de marzo comprando estas remeras estás apoyando al Grupo Conector a Mujer, Vitamina y UMA donando el 100% del valor a la Fundación.



\$70

VITAMINA uma

COMPRALAS PARA CUBIAR TU COMODIDAD

creación mujer

ALTO PALERMO

Pasión de Mujeres

www.altopalermo.com.ar

Sabemos todo lo que queremos porque queremos todo.

8 de Marzo, Día de la Mujer.

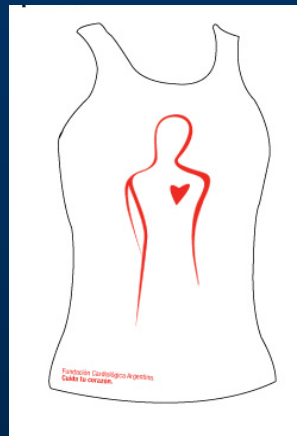


Porque es su día te regalamos un 25% de descuento en:

Y un 10% de descuento en:

Recibe con Tuena Pigeiro 25% de descuento adicional. Solo válida y limitada por el momento.

www.fundacioncardiologica.org.ar



01

fundación cardiologica argentina

SACETILLA

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad. Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Corazón mujer





XXXVII Congreso Argentino de
Cardiología
2 al 4 de octubre de 2011
Buenos Aires Sheraton Hotel



Women In Innovations
Advancing Women in Invasive & Interventional Cardiology

REGISTRO WIN ANGIOGRÁFICO

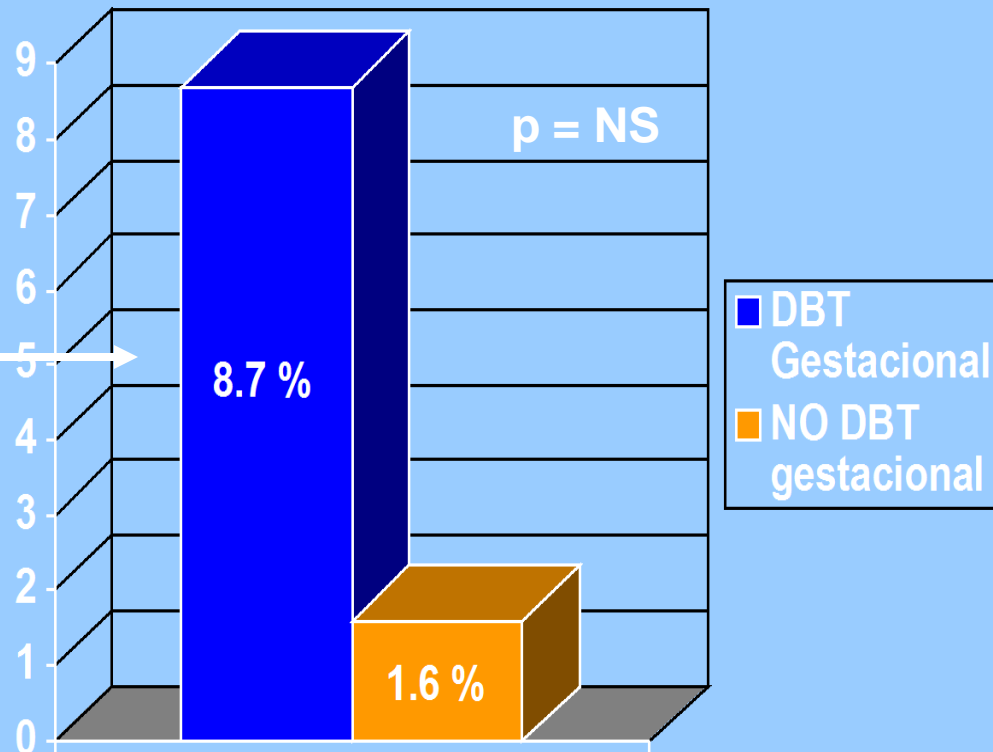
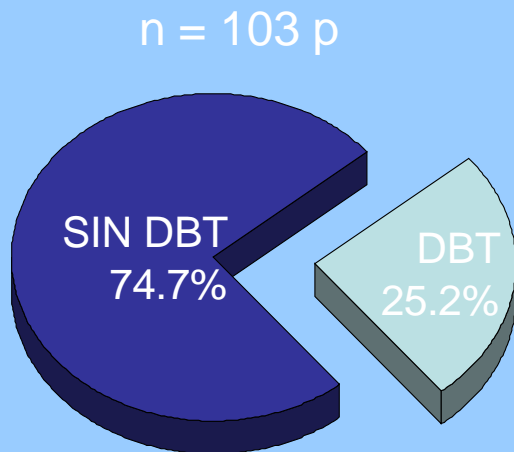
Estudio Prospectivo, Observacional, Multicéntrico de Diferencia de Género en el Tratamiento de la Enfermedad Coronaria en Argentina

Grupo WIN (Women In Innovation)

ETCHEVERRY Carolina, RUBILAR Viviana, ROLANDI Florencia, AGATIELLO Carla,
MANAVELLA Bibiana del Valle, ESTEBANEZ Maria Jose, MOHAMED Gloria,
GRINFELD Liliana

Resultados

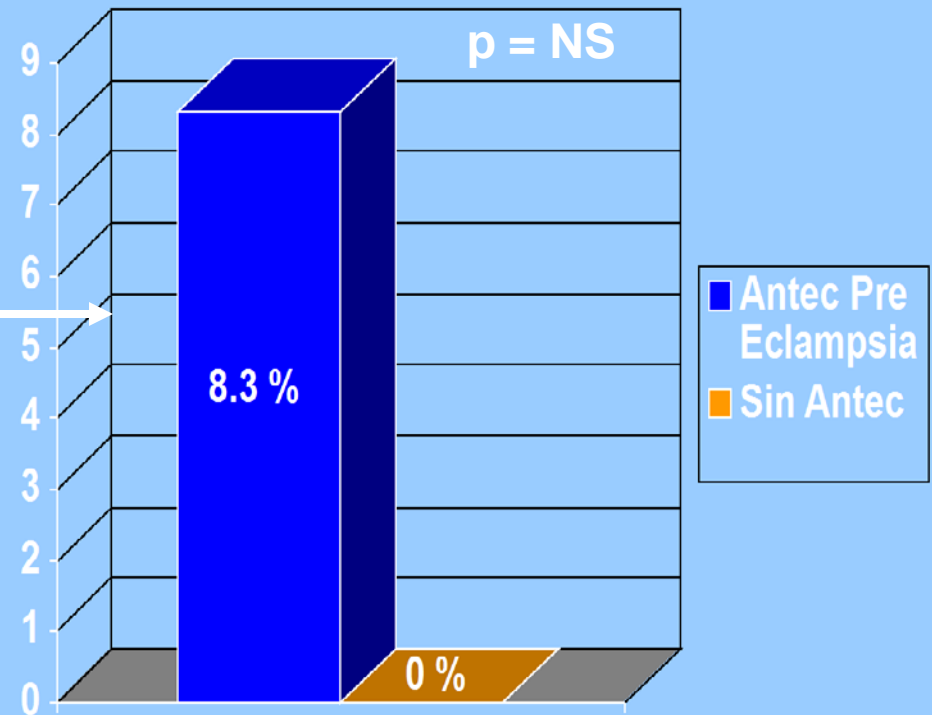
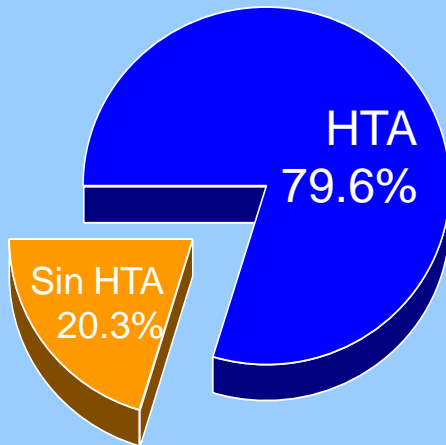
Antecedentes de Diabetes Gestacional entre Mujeres DBT y No DBT



Resultados

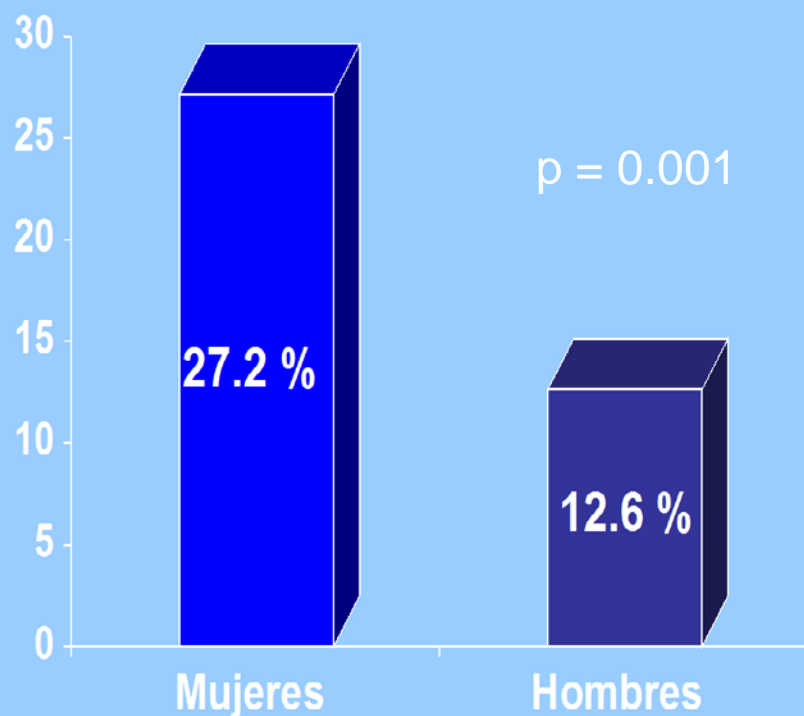
Antecedentes de Pre-Eclampsia o Eclampsia entre Mujeres HTA y No HTA

n = 103 p

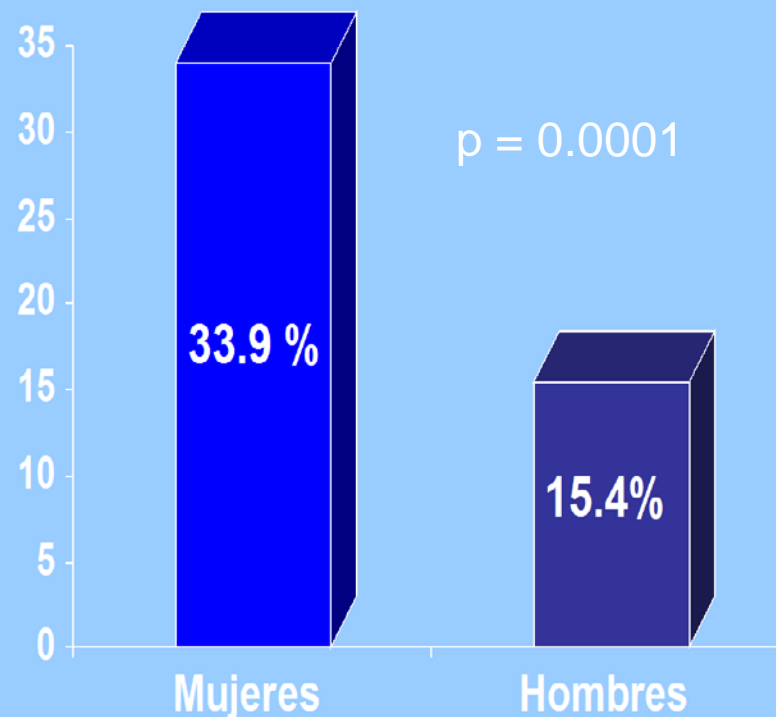


Resultados coronariografía

Coronarias normales



Enf. coronaria no significativa



Análisis de Regresión Logística Multivariable

El hallazgo de coronarias normales y enfermedad coronaria no significativa se asoció:

Preeclampsia

OR 12.39, p = 0.025 (IC 95% 1.4-111)

Depresión Post Parto

OR 6.5, p = 0.032 (IC 95% 1.16-35.8)

¿Diferencias en el manejo de ECV por género?

- La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en el mundo occidental.
- En Argentina 1 de cada 3 mujeres muere por enfermedad cardiovascular.
- Importancia de la evaluación de la enfermedad pre-clínica
- Tanto en la prevención como en el tratamiento de la enfermedad cardiovascular hay subutilización de drogas y dispositivos de probado beneficio entre las mujeres:
 - estatinas (y aspirina?) en prevención 1°
 - terapia de reperfusión en el infarto
 - tiempos a la reperfusión
 - estrategia invasiva en SCA-SEST
 - stents liberadores de medicamentos

¿Son peores los resultados en mujeres?

¿Son peores aún ajustando?

- **La incidencia de eventos en las mujeres en los análisis crudos es mayor que en los hombres.**
- **Sin embargo al ajustar por riesgo basal y co-morbididades parte de la diferencia se reduce.**
- **En modelos de “mujeres tratadas como hombres”, la ocurrencia de eventos es similar por género.**

- **Sin embargo, aún ajustando por variables clínicas las mujeres presentan eventos hemorrágicos más frecuentemente que los hombres.**
- **Es posible que en parte este hallazgo sea debido a un inadecuado manejo de antitrombóticos.**

- **La elección de los antitrombóticos y el ajuste de dosis es particularmente relevante en las mujeres.**

Concientización

- **La evidencia disponible en mujeres resulta aún insuficiente.**
- **Son necesarios análisis pre-especificados por género, estudios con tamaños muestrales representativos del género femenino y ensayos diseñados específicamente en mujeres.**
- **Concientizar tanto a la comunidad médica como a la población general resultará en:**
 - mayor certeza en la categorización de riesgo,**
 - mayor adherencia a las recomendaciones internacionales,**
 - menores demoras a la consulta y**
 - reducción de casos de diagnóstico inadecuado.**



Muchas gracias
Florencia Rolandi

Enfermedad coronaria

Fisiopatología en las mujeres

- Enfermedades no obstructiva o coronarias normales
- Disección coronaria espontánea
- Disfunción microvascular
- Erosión de placa
- Ruptura cardíaca post infarto