



Woman Warn!ng

LA MUJER ANTE EL RIESGO CARDIOVASCULAR

Identificación, prevención y manejo
de los factores de riesgo



ÍNDICE

1	GRUPO DE EXPERTOS _____	4
2	MATERIAL Y MÉTODOS _____	6
3	JUSTIFICACIÓN _____	8
4	SITUACIÓN ACTUAL _____	10
	4.1. Aspectos diferenciales anatomofisiológicos en las mujeres	11
	4.2. Factores de Riesgo Cardiovascular.....	12
	4.3. Diagnóstico de Enfermedades Cardiovasculares.....	15
	4.4. Tratamiento de Enfermedades Cardiovasculares	16
5	PROPUESTAS PARA LA MEJORA DE LA SALUD CARDIOVASCULAR EN LA MUJER _____	18
	5.1. Objetivos de las propuestas	18
	5.2. Decálogo de propuestas	19
6	BIBLIOGRAFÍA _____	22





1

Grupo de Expertos





1 Grupo de Expertos

| Mario Baquero

Médico Especialista en Cardiología. Hospital Universitario de Toledo.

| Piedad Ferré

Farmacéutica. Exconsejera Técnica de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia en el Ministerio de Sanidad.

| Rosario López

Matemática. Profesora del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. Miembro del Instituto Universitario de Estudios de la Mujer de la UAM en el área de Salud y Género.

| Julia Alicia Márquez Aranibar

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Canario de la Salud. Tenerife. Presidenta de la Asociación Canaria para la Prevención del Riesgo Cardiovascular (ASCARICA).

| Antonia Sambola

Médico Especialista en Cuidados Agudos Cardiológicos. Exadjunta del Hospital Universitario Vall d'Hebron. Coordinadora del Grupo de Trabajo sobre Enfermedad Cardiovascular en la Mujer de la Sociedad Española de Cardiología. Coordinadora del Grupo de Expertos sobre Perspectiva de Género en la Estrategia de Salud Cardiovascular del Ministerio de Sanidad. Miembro del Comité Ejecutivo de la Sociedad Europea de Cardiología.

| Paloma Sempere

Farmacéutica Especialista en Farmacia Hospitalaria. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

Coordinación:

Antón Herreros Ortega

Médico. Director general de FUINSA. Socio fundador de INVESALUD.

Paula González Martín

Farmacéutica, INVESALUD.





2

Material y Métodos





2 Material y Métodos

Este documento ha sido elaborado en base a la recopilación y análisis de las opiniones y experiencias de un Grupo de Expertos relacionados con el ámbito de la salud cardiovascular, basándose en la evidencia científica existente y las mejores prácticas actuales disponibles. El “Libro Blanco Salud y Género”, ha sido un pilar fundamental para la redacción del documento.

La metodología utilizada fue cualitativa, y consistió en la organización de sesiones de trabajo en las cuales los Expertos aportaron su conocimiento sobre los aspectos clave del riesgo cardiovascular en la mujer.

Se preparó una estructura sobre el contenido del documento, que posteriormente fue revisada y aprobada por los Expertos.

En base a dicha estructura, se propusieron los aspectos que se consideraban fundamentales para ser incorporados.

Posteriormente a cada reunión, y a modo de recopilación, se prepararon borradores que fueron enviados a cada uno de los miembros del Grupo, quienes hicieron sus aportaciones y puntualizaciones. Finalmente, éstas fueron revisadas y puestas en común en el transcurso de las reuniones mencionadas.

Las opiniones se recopilaron mediante reuniones tanto virtuales como durante un workshop presencial, con el objetivo de obtener una visión más profunda y detallada de cada Experto. Todos participaron activamente en la identificación, manejo, generación de soluciones y priorización de las propuestas más relevantes para el abordaje de los factores de riesgo cardiovascular.

Los resultados fueron analizados e interpretados en función de su relevancia y aplicabilidad práctica. Posteriormente, se organizó la información recopilada en base a su prioridad según el impacto esperado en la población, los recursos disponibles para su implementación según los destinatarios a los que van dirigidas.

El objetivo de este proyecto ha sido elaborar una propuesta de fácil lectura y comprensión, dirigida a cualquier persona implicada en el abordaje del riesgo cardiovascular, empezando por la propia mujer, que no necesita ser experta, pero que es quien lo padece, y que también resulte útil para los profesionales sanitarios relacionados con su atención.





3

Justificación





3 Justificación

El presente documento pretende exponer las diferencias y especificidades en la atención de la salud cardiovascular de la mujer. El Grupo de Expertos constituido al efecto, tras un análisis de la situación actual basada en la literatura, ha considerado oportuno elaborar un documento sobre el riesgo cardiovascular en la mujer, que tiene como objetivo sensibilizar a profesionales

sanitarios, políticos, administraciones sanitarias y a la población general sobre la necesidad urgente de abordar el riesgo cardiovascular de manera específica en mujeres.

A continuación, se destacan los aspectos clave que se deben conocer y comprender para actuar de manera adecuada:

- > Según datos del Instituto Nacional de Estadística, durante el primer semestre de 2024, las enfermedades del sistema circulatorio fueron la **primera causa de muerte en la población española**. En el caso de las mujeres, estas enfermedades superaron al cáncer en número de fallecimientos.
- > Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la **principal causa de morbilidad y mortalidad en las mujeres**, muriendo más mujeres que hombres por ECV.
- > Las ECV son una fuente **importante y creciente de gasto sanitario**, debido, en gran parte, a que la población está cada vez más envejecida.
- > Existen desigualdades entre mujeres y hombres en relación con la salud cardiovascular, dada **la infravaloración de estas enfermedades en la mujer**.
- > Según el Grupo de Expertos, a pesar de la mejora en la mortalidad por ECV que se viene observando en ambos sexos, continúa siendo una **razón importante de pérdida de calidad de vida y de discapacidad**.





4

Situación Actual





4 Situación Actual

Antes de abordar los factores de riesgo específicos, el diagnóstico o el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares en las mujeres, el Grupo de Expertos ha considerado esencial reflexionar sobre varios aspectos fundamentales que, a pesar de ser a menudo evidentes, no se toman en cuenta adecuadamente en el ámbito médico y de salud pública. Estos aspectos, aunque en ocasiones pasados por alto, deben ser evaluados y analizados cuidadosamente al formular

propuestas y soluciones para mejorar la salud cardiovascular de las mujeres.

Según la Organización Mundial de la Salud, el 80% de las muertes prematuras por enfermedad cardiovascular se pueden prevenir mediante estilos de vida saludables, detección precoz y control de factores de riesgo.

A continuación, se detallan los puntos clave:

Puntos Clave



- > Habiendo **factores de riesgo CV específicos de la mujer**, es necesario que los profesionales sanitarios sean conscientes de ellos, los identifiquen y controlen, evitando llegar a la ECV establecida.
- > **Factores de riesgo específicos ligados a la historia reproductiva de la mujer:** mientras que en las historias clínicas se recogen todos los factores de riesgo clásicos de enfermedades cardiovasculares, pocas veces se recogen los específicos de las mujeres, lo que pone de manifiesto que no se conocen o que incluso no se les da la trascendencia que pueden tener.
- > **Aumento de la incidencia de infarto en mujeres menores de 55 años** debido a hábitos no saludables/factores de riesgo que tradicionalmente eran habituales en los hombres, como por ejemplo el tabaco o el estrés.
- > **Desconocimiento por parte de la mujer de su riesgo de enfermedad cardiovascular.** Un aspecto preocupante es que la mayoría de las mujeres desconoce su riesgo de enfermedad cardiovascular.
- > La **investigación experimental** se lleva a cabo fundamentalmente en **modelos animales macho**.
- > A pesar del aumento en **la inclusión de mujeres en los ensayos clínicos** de fármacos cardiovasculares, su participación sigue siendo baja y **no alcanza el 30%**. Las causas son diversas: desde el escaso interés en reclutarlas (sobre todo en edad fértil), hasta barreras como la disponibilidad personal o las responsabilidades familiares. Esta baja representación dificulta extrapolar con precisión los resultados clínicos en términos de eficacia, seguridad, posología y calidad de vida.



4.1. Aspectos diferenciales anatomofisiológicos en las mujeres

Biológicos:

Existen características biológicas diferenciales entre hombres y mujeres que influyen en la aparición de ECV.

- > **Las mujeres tienen una serie de diferencias anatómicas y fisiológicas** que hay que considerar, factores que muchas veces no se tienen en cuenta para un diagnóstico y tratamiento preciso:
 - » Menor peso/superficie corporal.
 - » El corazón y los vasos son de menor tamaño.
 - » Diferencias en el metabolismo, que afectan la forma en que el organismo responde a las enfermedades cardiovasculares.
 - » Presentan con mayor frecuencia ansiedad, estrés y depresión.
- > **Las mujeres atraviesan por distintos ciclos vitales y experimentan cambios hormonales:** menarquía, embarazo y menopausia. La historia reproductiva (abortos, multiparidad, complicaciones del embarazo) tiene un gran impacto en la valoración del riesgo cardiovascular.
- > **Las manifestaciones clínicas de las ECV en las mujeres pueden ser diferentes a las de los hombres**, lo que requiere un enfoque más personalizado en el diagnóstico y tratamiento. Por ejemplo, a pesar de que el dolor torácico es el síntoma más frecuente tanto en hombres como en mujeres con infarto, las mujeres pueden presentar síntomas adicionales, como mareo, cansancio, náuseas y vómitos, lo que puede confundirse con otras afecciones.





4.2. Factores de Riesgo Cardiovascular

La identificación, detección, seguimiento y control de los factores de riesgo cardiovascular son la base para la prevención de enfermedades vasculares, por ello es crucial destacar cuáles son los factores de riesgo específicos que deben considerarse al evaluar el riesgo cardiovascular en las mujeres.

Este punto se centra en revisar los factores de riesgo cardiovascular clásicos ya conocidos, para luego abordar aquellos más específicamente relacionados con las mujeres, como los vinculados a su historia reproductiva o factores psicosociales.



Factores de riesgo clásicos que afectan de distinta manera a la mujer:

Merece la pena hacer una mención de manera específica a algunos factores de riesgo que, si bien son clásicos y conocidos, no siempre se tienen en cuenta y afectan de diferente manera al hombre y a la mujer:



El **consumo de tabaco** o tabaquismo, supone un mayor riesgo en la mujer.



La **diabetes** también supone un mayor riesgo para la mujer.



La **hipertensión** afecta más a las mujeres y tiene peor control en ellas.



La **obesidad** tiene peor pronóstico en la mujer.

Factores de riesgo específicos de la mujer:

♥ *Factores ligados a la historia reproductiva:*



Edad fértil

Ovario poliquístico, endometriosis, hipogonadismo, insuficiencia ovárica, menarquia precoz o tardía, menopausia precoz, uso de anticoncepción oral.



Embarazo

Diabetes gestacional, trastornos hipertensivos (incluidas preeclampsia y eclampsia), aborto espontáneo, parto pretérmino, neonato de bajo peso, placenta previa.



Menopausia





Otros factores:

♥ *Psicosociales, culturales y económicos:*

- > El papel de la **mujer como cuidadora de la familia** sigue siendo determinante, anteponiendo el bienestar de los demás al suyo propio.
- > Existe **desigualdad en la situación laboral**, las excedencias por cuidado de familiares y las reducciones de jornada son más frecuentes en las mujeres, con la consiguiente repercusión en los ingresos salariales.
- > La combinación de **cuidados no remunerados y trabajo remunerado** puede tener consecuencias negativas para la salud física y mental.
- > Las **pensiones mínimas** de muchas mujeres influyen en su potencial mala nutrición y fragilidad, haciendo que resulten más vulnerables.

La evolución de estos factores es más favorable en las mujeres menores de 45 años, que han mejorado su formación y están avanzando hacia la igualdad.

♥ *Enfermedades autoinmunes:* lupus, artritis reumatoide, enfermedad de Crohn, etc.



4.3. Diagnóstico de Enfermedades Cardiovasculares

Respecto al diagnóstico de las enfermedades cardiovasculares en la mujer, hay que tener en cuenta algunos aspectos:

- > Las enfermedades cardiovasculares se encuentran **infradiagnosticadas** en la mujer.
- > Es **frecuente que las mujeres acudan tarde al Sistema Sanitario** puesto que tienen una menor conciencia de la importancia de la atención a su propia salud y porque, con frecuencia, no relacionan sus síntomas con la enfermedad cardiovascular.
- > La enfermedad cardiovascular aparece a **edades más avanzadas** que en el hombre, y puede aparecer con características diferentes, más difíciles de identificar.
- > Existe una **menor sensibilización** del personal sanitario ante los síntomas cardiovasculares en las mujeres, que con frecuencia se atribuyen a causas emocionales y se les resta importancia clínica.
- > Además, las mujeres son **derivadas con menor frecuencia a especialistas** en patología cardiovascular y se les solicitan menos pruebas complementarias.
- > Las **enfermedades autoinmunes** (artritis reumatoide, lupus o psoriasis), son más prevalentes en las mujeres que en los hombres y se asocian a un mayor riesgo cardiovascular.





4.4. Tratamiento de Enfermedades Cardiovasculares

- > Las enfermedades cardiovasculares se encuentran generalmente **infratratadas o tratadas de manera inadecuada** en gran parte de las mujeres.
- > Las guías de práctica clínica para el **tratamiento de las enfermedades cardiovasculares se aplican con menos frecuencia** en mujeres que en hombres.
- > Las mujeres muestran una **menor adherencia al tratamiento**.
- > Las **pautas de dosificación** no se ajustan a las características biológicas de las mujeres y no tienen en cuenta las etapas vitales en función de la edad.
- > La **interacción entre los distintos** niveles de atención sanitaria, primaria y especializada, no siempre está suficientemente coordinada.
- > Las mujeres, a menudo tienen **tasas de efectos adversos más altas** que los varones con ciertos tratamientos cardiovasculares (tanto farmacológicos, como no farmacológicos).
- > La **farmacocinética y la farmacodinámica** de algunos medicamentos son diferentes en la mujer.





5

Propuestas para la mejora de la salud cardiovascular en la mujer





5 Propuestas para la mejora de la salud cardiovascular en la mujer

Los integrantes de este Grupo han considerado de interés incorporar y transmitir una serie de propuestas, que pretenden aportar potenciales soluciones y recomendar medidas que, desde su experiencia, podrían mejorar el abordaje del riesgo cardiovascular en la mujer.

5.1. Objetivos de las propuestas

- > Reflexionar, analizar, valorar y dimensionar el problema.
- > Eliminar las desigualdades en salud por razón de ser mujer, especialmente en esta área.
- > Controlar los factores de riesgo cardiovascular en los diferentes ciclos vitales de la mujer.
- > Impulsar un mejor abordaje en la prevención de la salud cardiovascular en la mujer y su entorno sociosanitario.
- > Informar y concienciar a la mujer, y a los profesionales sanitarios, de la importancia de que el riesgo cardiovascular tiene una serie de características especiales en la mujer.
- > Formar a los diferentes profesionales sanitarios con acciones que permitan acercarse a la realidad de lo que suponen estos factores en la mujer.
- > Identificar barreras en el manejo del riesgo cardiovascular en mujeres.
- > Reducir la morbi-mortalidad y discapacidad.
- > Mejorar la calidad de vida de las pacientes con enfermedad cardiovascular al incidir en los factores de riesgo modificables.
- > Garantizar un acceso equitativo a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en hombres y mujeres.
- > Evitar, en lo posible, llegar a la prevención secundaria o enfermedad CV establecida, en particular en población joven.



5.2. Decálogo de propuestas

Como se menciona anteriormente, el documento organiza sus propuestas según los destinatarios a los que van dirigidas, ya sea la administración pública, la población general, la propia mujer, o el profesional sanitario.



MUJER

- 1 **Concienciar a la mujer** de la importancia de la prevención cardiovascular, informándola sobre los factores de riesgo clásicos y los ligados a su sexo de forma específica, reforzando la importancia de la detección, el control y seguimiento de los mismos.
- 2 **Formar a la población femenina desde la escuela** para que tomen un rol más activo sobre su salud, inculcando desde una edad temprana que ciertas medidas son importantes para hacer una prevención activa.

PROFESIONAL SANITARIO

- 3 **Formar al profesional sanitario** sobre las peculiaridades del riesgo cardiovascular en la mujer, en todas las dimensiones de sus factores (tanto de los factores biológicos como psicosociales).
- 4 **Promover la elaboración e implementación de las guías de práctica clínica**, con especial atención a los aspectos diferenciales de la enfermedad cardiovascular en la mujer, incluyendo la estratificación del riesgo según sus factores específicos.
- 5 **Fomentar el uso adecuado de los medicamentos**, adaptando la dosificación, mejorando la adherencia y considerando las interacciones, con un enfoque específico en las necesidades de la mujer y garantizando el acceso equitativo a pruebas, terapias y programas de rehabilitación.





ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



- 6 Revisar y reforzar la Estrategia en Salud Cardiovascular (ESCAV)** del Ministerio de Sanidad, que incluye un apartado específico sobre equidad de género y propone planes de salud que pueden servir de guía a las Comunidades Autónomas. Asimismo, garantizar que la ESCAV cuente con financiación adecuada y que se realice un seguimiento efectivo de su aplicación, con el objetivo de reducir desigualdades en salud cardiovascular y asegurar la equidad en el acceso de las mujeres a la atención.
- 7 Implementar programas de cribado poblacional en mujeres** adaptados a las distintas etapas de su ciclo vital. Implementar y promover el uso de sistemas de alerta automáticos.
- 8 Identificar entidades y representantes institucionales** que impulsen propuestas y den visibilidad a la realidad específica de las mujeres en materia de salud cardiovascular.
- 9 Transversalizar el manejo entre los distintos niveles de atención sanitaria**, destacando el rol activo del médico de atención primaria en la gestión de estas pacientes, promoviendo formas de trabajo multinivel y multidisciplinar con la atención especializada asegurando así la continuidad asistencial.
- 10 Promover estrategias para una adecuada representación de la mujer en la investigación clínica** y en los distintos comités para la toma de decisiones.



GLOBAL

- 11 Sensibilizar a la población general, los profesionales sanitarios y administración** sobre la importancia de la prevención, teniendo en cuenta el enfoque diferencial mujer/hombre.





6

Bibliografía





6 Bibliografía

1. ACOG Practice Bulletin No. 190: Gestational Diabetes Mellitus. *Obstet Gynecol.* 2018;131(2): e49–e64.
2. Arora S, Stouffer GA, Kucharska-Newton AM, et al. Twenty-Year Trends and Sex Differences in Young Adults Hospitalized with Acute Myocardial Infarction. *Circulation.* 2019;139:1047–1056.
3. Briller J, Koch AR, Geller SE. Illinois Department of Public Health Maternal Mortality Review Committee Working Group. Maternal Cardiovascular Mortality in Illinois, 2002–2011. *Obstet Gynecol.* 2017; 129:819–826.
4. Campesi I, Franconi F, Seghieri G, Meloni M. Sex-gender-related therapeutic approaches for cardiovascular complications associated with diabetes. *Pharmacol Res.* 2017; 119:195–207.
5. Cho L, Kaunitz AM, Faubion SS, et al. Rethinking Menopausal Hormone Therapy: For Whom, What, When, and How Long? *Circulation.* 2023; 147:597–610.
6. Crump C, Sundquist J, Howell EA, McLaughlin MA, Stroustrup A, Sundquist K. Pre-Term Delivery and Risk of Ischemic Heart Disease in Women. *J Am Coll Cardiol.* 2020; 76:57–67.
7. Davis MB, Arendt K, Bello NA, et al. American College of Cardiology cardiovascular Disease in Women Committee and the Cardio-Obstetrics Work Group. Team-Based Care of Women with Cardiovascular Disease from Pre-Conception Through Pregnancy and Postpartum: JACC Focus Seminar 1/5. *J Am Coll Cardiol.* 2021; 77:1763–1777.
8. Davis SR, Pinkerton J, Santoro N, Simoncini T. Menopause-Biology, consequences, supportive care, and therapeutic options. *Cell.* 2023; 186:4038–4058.
9. Fulcher J, O'Connell R, et al. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. Efficacy and safety of LDL-lowering therapy among men and women: metaanalysis of individual data from 174,000 participants in 27 randomised trials. *Lancet.* 2015; 385:1397–1405.
10. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet.* 2020; 396:1223–1249.
11. Ghazi L, Bello NA. Hypertension in Women Across the Lifespan. *Curr Atheroscler Rep.* 2021; 23:43.
12. Godsland IF, Crook D, Simpson R, et al. The effects of different formulations of oral contraceptive agents on lipid and carbohydrate metabolism. *N Engl J Med.* 1990; 323:1375–1381.



13. Goya M, Miserachs M, Suy Franch A, et al. Consensus document of the Spanish Society of Obstetrics and Gynecology (SEGO) and the Spanish Interdisciplinary Committee for Vascular Prevention (CEIPV). Opportunity window: vascular risk prevention in women. Adverse pregnancy outcomes and risk of vascular disease [Documento de consenso de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO) y el Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Vascular (CEIPV). Ventana de oportunidad: prevención adversos del embarazo y riesgo de enfermedad vascular.]. *Rev Esp Salud Publica*.2023;97: e202310084.
14. Grandi SM, Fillion KB, Yoon S, et al. Cardiovascular Disease-Related Morbidity and Mortality in Women with a History of Pregnancy Complications. *Circulation*. 2019; 139(8):1069–1079.
15. Haug EB, Horn J, Markovitz AR, et al. Life Course Trajectories of Cardiovascular Risk Factors in Women with and Without Hypertensive Disorders in First Pregnancy: The HUNT Study in Norway. *J Am Heart Assoc*. 2018;7: e009250.
16. Heida KY, Bots ML, de Groot CJ, et al. Cardiovascular risk management after reproductive and pregnancy-related disorders: A Dutch multidisciplinary evidence-based guideline. *Eur J Prev Cardiol*. 2016; 23:1863–1879.
17. Hyun KK, Redfern J, Patel A, et al. Gender inequalities in cardiovascular risk factor assessment and management in primary healthcare. *Heart*. 2017; 103:492–498.
18. Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte. Primer semestre 2024. Datos provisionales. 2024. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175. Último acceso May 2025.
19. Jin X, Chandramouli C, Allocco B, Gong E, Lam CSP, Yan LL. Women's Participation in Cardiovascular Clinical Trials From 2010 to 2017. *Circulation*. 2020; 141:540–548.
20. Karadas B, Uysal N, Erol H, et al. Pregnancy outcomes following maternal exposure to statins: A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*. 2022; 88:3962–3976.
21. Karalis DG, Wild RA, Maki KC, et al. Gender differences in side effects and attitudes regarding statin use in the Understanding Statin Use in America and Gaps in Patient Education (USAGE) study. *J Clin Lipidol*. 2016; 10:833–841.
22. Khan SS, Cameron NA, Lindley KJ. Pregnancy as an Early Cardiovascular Moment: Peripartum Cardiovascular Health. *Circ Res*. 2023; 132:1584–1606.
23. Kyriacou H, Al-Mohammad A, Muehlschlegel C, et al. The risk of cardiovascular diseases after miscarriage, stillbirth, and induced abortion: a systematic review and meta-analysis. *Eur Heart J Open*. 2022;2: oeac065.
24. Lewey J, Beckie TM, Brown HL, Brown SD. Opportunities in the Postpartum Period to Reduce Cardiovascular Disease Risk After Adverse Pregnancy Outcomes: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2024;149: e330–e346.





25. Lincoff AM, Brown-Frandsen K, Colhoun HM, et al. Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Obesity without Diabetes. *N Engl J Med.* 2023; 389:2221–2232.
26. Lobo RA. Hormone-replacement therapy: current thinking. *Nat Rev Endocrinol.* 2017; 13:220–231.
27. Maas AHEM, Rosano G, Cifkova R, et al. Cardiovascular health after menopause transition, pregnancy disorders, and other gynaecologic conditions: a consensus document from European cardiologists, gynaecologists, and endocrinologists. *Eur Heart J.* 2021; 42:967–984.
28. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J.* 2020; 41:111–188.
29. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens.* 2023; 41:1874–2071.
30. Martínez-González MA, Hernández Hernández A, Krist AH, Davidson KW, et al. US Preventive Services Task Force. Intervention for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 2021; 325:265–279.
31. Mendelsohn ME, Karas RH. The Protective Effects of Estrogen on the Cardiovascular System. Epstein FH, ed. *N Engl J Med.* 1999; 340:1801–1811.
32. Mendoza N, Ramírez I, de la Viuda E, et al. Eligibility criteria for Menopausal Hormone Therapy (MHT): a position statement from a consortium of scientific societies for the use of MHT in women with medical conditions. *MHT Eligibility Criteria Group Maturitas.* 2022; 166:65–85.
33. Ministerio de Sanidad. Análisis con perspectiva de género de los registros sobre la enfermedad cardiovascular contenidos en la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria. BDCAP-series4; 2022. Disponible en: <https://cpage.mpr.gob.es/>. último acceso Jul 2024.
34. Muscogiuri G, Verde L, Vetrani C, Barrea L, Savastano S, Colao A. Obesity: a gender view. *J Endocrinol Invest.* 2024; 47:299–306.
35. Parikh NI, Gonzalez JM, Anderson CAM, et al. Adverse Pregnancy Outcomes and Cardiovascular Disease Risk: Unique Opportunities for Cardiovascular Disease Prevention in Women: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation.* 2021; 143: e902–e916.
36. Powell-Wiley TM, Poirier P, Burke LE, et al. American Heart Association Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Clinical Cardiology; Council on Epidemiology and Prevention; and Stroke Council. Obesity and Cardiovascular Disease: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2021; 143: e984–e1010.
37. Raparelli V, Elharram M, Moura CS, et al. Sex Differences in Cardiovascular Effectiveness of Newer Glucose-Lowering Drugs Added to Metformin in Type 2 Diabetes Mellitus. *J Am Heart Assoc.* 2020; 9: e012940.



38. Regitz-Zagrosek V, Roos-Hesselink JW, Bauersachs J, et al. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. *Eur Heart J*.2018; 39:3165–3241.
39. Rey-Brandariz J, Guerra-Tort C, López-Medina DC, et al. Mortality attributable to secondhand smoke exposure in the autonomous communities of Spain. *Rev Esp Cardiol*. 2024; 77:912–918.
40. Sambola A, Campuzano R, Castro A, Goya M, Coronado P, Fernández-Olmo R, María-Tablado MÁ, Ortiz-Cortés C, Ortolà X, Pallarés-Carratalá V, Pijuan-Domenech A, Plata RM, Sánchez-Hernández RM, Siurana JM, Timoteo C, Viejo-Hernández B. Primary and secondary cardiovascular prevention through life cycles in women. Consensus document of the SEC-GT CVD in Women, ACP-SEC, SEGO, AEEM, SEEN, semFYC, SEMERGEN, AEP, and AEM. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2025 Jan 25: S1885-5857(25)00022-2. English, Spanish.
41. Sambola A, Elola FJ, Ferreiro JL, et al. Impact of sex differences and network systems on the in-hospital mortality of patients with ST-segment elevation acute myocardial infarction. *Rev Esp Cardiol*. 2021; 74:927–934.
42. Sambola A, Halvorsen S, Adlam D, et al. Management of cardiac emergencies in women: a clinical consensus statement of the Association for Acute Cardio Vascular Care (ACVC), the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI), the Heart Failure Association (HFA), and the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC, and the ESC Working Group on Cardiovascular Pharmacotherapy. *Eur Heart J Open*.2024 Feb 26;4(2): oeae011.
43. Seattle, WA, USA: Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) results; 2020. Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>. Último acceso 23 Jul 2024.
44. Sweeting A, Hannah W, Backman H, et al. Epidemiology and management of gestational diabetes. *Lancet*. 2024; 404:175–192.
45. Tobias DK, Stuart JJ, Li S, et al. Association of History of Gestational Diabetes With Long-term Cardiovascular Disease Risk in a Large Prospective Cohort of US Women. *JAMA Intern Med*. 2017; 177:1735–1742.
46. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2021; 42(34):3227–3337.
47. World Health Organization. WHO Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Use 2000-2025. Third edition. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobaccouse-2000-2025-third-edition>. Último acceso 14 Mar 2021.
48. Wu P, Haththotuwa R, Kwok CS, et al. Preeclampsia and Future Cardiovascular Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2017;10: e003497.
49. Yoshida Y, Chen Z, Fonseca VA, Mauvais-Jarvis F. Sex Differences in Cardiovascular Risk Associated with Prediabetes and Undiagnosed Diabetes. *Am J Prev Med*.2023; 65:854–862.
50. Zeng Z, Liu F, Li S. Metabolic Adaptations in Pregnancy: A Review. *Ann Nutr Metab*. 2017; 70:59–65.





Woman Warn!ng

COORDINACIÓN:

INVESALUD

EN COLABORACIÓN CON:

 Daiichi-Sankyo