

Sobrecarga de género asociada al riesgo cardiovascular en mujeres de edad mediana supuestamente sanas del policlínico "Mártires del Corynthia"

Gender overload associated with cardiovascular risk in supposedly healthy middle-aged Women at "Mártires del Corynthia" Community Clinic

Lisette Oramas Hernández, Miguel Lugones Botell, Julliette Massip Nicot

Policlínico "Mártires del Corynthia" Municipio Plaza. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la incorporación de la mujer al trabajo y a la vida social hace que no se deba descuidar la sobrecarga de género que puede influir en su salud.

Objetivo: determinar la presencia de sobrecarga de género asociada al riesgo cardiovascular en mujeres de edad mediana supuestamente sanas.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo transversal en mujeres de 40 a 59 años, supuestamente sanas en el Policlínico Mártires del Corynthia del municipio Plaza, La Habana, desde el 1º de junio del 2012 hasta el 1º de junio del 2013. El universo estuvo constituido por 415 mujeres de 4 consultorios, a quienes se le aplicó un alfa al 0,05 para una significación del 95 % teniendo como resultado una muestra significativa de 200 mujeres. Se realizó una recolección de datos que permitió aplicarles el SCORE de riesgo cardiovascular de la Organización Mundial de la Salud y se les calculó el Índice de sobrecarga de género.

Resultados: se encontraron 186 mujeres con bajo riesgo (93 %), 13 con riesgo moderado (6,5 %) y 1 con riesgo alto (0,5 %). Los factores de riesgo cardiovascular encontrados fueron: hipercolesterolemia, hábito de fumar, hipertensión arterial y diabetes mellitus en ese orden. La sobrecarga de género fue más frecuente entre las mujeres con mayor riesgo cardiovascular ($p = 0,023$).

Conclusiones: los factores de riesgo evaluados fueron más frecuentes en las mujeres con sobrecarga de género.

Palabras clave: edad mediana; sobrecarga de género; riesgo cardiovascular.

ABSTRACT

Introduction: Women incorporation into work and social life means that gender overload should not be neglected since it can influence their health.

Objective: Determine the presence of gender overload associated with cardiovascular risk in supposedly healthy middle-aged women.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted in women between 40 and 59 years old, supposedly healthy, at Mártires del Corynthia community clinic in Plaza municipality, Havana, from June 1, 2012 to June 1, 2013. Four-hundred fifteen (415) women from four doctor's offices constituted the universe. They had a 0.05 alpha resulting 95% of significance, which result in two-hundred (200) women as consequential significant sample. A data collection allowed applying the World Health Organization SCORE of cardiovascular risk. The Gender Overload Index was calculated.

Results: 186 women were found with low risk (93 %), 13 with moderate risk (6.5 %) and 1 with high risk (0.5 %). The cardiovascular risk factors found were hypercholesterolemia, smoking habit, high blood pressure and diabetes mellitus, in that order. Gender overload was more frequent among women with higher cardiovascular risk ($p=0.023$).

Conclusions: The risk factors assessed were more frequent in women with gender overload.

Keywords: middle age; gender overload; cardiovascular risk.

INTRODUCCIÓN

Numerosos estudios clínicos y epidemiológicos concluyen que las mujeres de edad mediana tienen, al menos, un factor de riesgo independiente para las enfermedades crónicas,¹ que constituyen en la actualidad, las principales causas de muerte en Cuba y en el mundo. Con este enfoque y, fundamentalmente, con el enfoque de riesgo, se hace evidente lo importante que resulta la labor preventiva, dirigida en lo fundamental, hacia la disminución, y cuando sea posible, para eliminar diversos factores de riesgo que pueden complicar -y de hecho lo hacen- la salud integral de la mujer en esta etapa.¹

En Cuba, la incorporación de la mujer al trabajo, su participación en el desarrollo social y económico del país y su papel directriz en el sostén y desarrollo de la familia, plantean que, desde el punto de vista médico, social y económico, se debe asegurar su atención médica.^{1,2}

La mujer presenta sobrecarga por asignaciones sociales, culturales y de género, que recaen sobre ella a consecuencia de su sexo. Tal es el caso de las tareas domésticas, compartidas muchas veces con el trabajo fuera del hogar (doble jornada), la prestación de servicios de salud a otros miembros de la familia, las labores de

"cuidadora" y otras que se vinculan esencialmente a las mujeres de este grupo poblacional.¹

En el área del Caribe, la Organización Panamericana de la Salud plantea que es necesario realizar investigaciones que brinden una mayor información en lo referente a las mujeres en la etapa de climaterio y menopausia en relación con estas condicionales de vida.²

Resulta importante conocer que, en las mujeres de este grupo de edades, se asocian con frecuencia algunas enfermedades crónicas no trasmisibles como: la enfermedad vascular de origen aterosclerótico, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, entre otras. Por este motivo, la morbilidad adquiere un papel importante ya que casi la tercera parte de la vida femenina transcurre después de la menopausia.¹

La aterosclerosis coronaria es, casi en todos los casos, la responsable de las manifestaciones clínicas de la enfermedad cardiovascular. Inicialmente, esta fue considerada como un lento fenómeno degenerativo del árbol arterial. Sin embargo, hoy sabemos que se trata de un proceso activo caracterizado por una reacción inflamatoria crónica acompañada de fenómenos de reparación, que tiene lugar en el medio altamente especializado de la pared arterial.⁴

El control de los factores de riesgo conduce a un descenso en la incidencia de la enfermedad coronaria.⁵ La prevención primaria de la enfermedad cardiovascular es un elemento imprescindible en la práctica asistencial, la cual se centra en el control de los factores de riesgo, elementos asociados a la incidencia y mortalidad.^{6,7} La mejor herramienta para establecer prioridades en prevención primaria cardiovascular es la estimación precisa del riesgo de desarrollarlas.⁸⁻¹¹

Es de suma importancia conocer el riesgo cardiovascular en mujeres en el período de climaterio y menopausia para realizar planes de prevención que reduzcan la morbilidad y mortalidad cardiovascular. En la actualidad, se plantea que es necesario fomentar nuevas investigaciones epidemiológicas en relación con la influencia de los factores de riesgo cardiovascular y tratar de lograr su modificación.¹²

La utilidad clínica de las tablas de riesgo consiste en servir de ayuda para la clasificación de los individuos en grupos de riesgo, de forma que se puedan centrar los esfuerzos preventivos en aquellos grupos de población que tienen mayor riesgo basal, pues en ese grupo de población es donde las medidas de intervención han demostrado tener mejor eficacia.¹³

En Cuba existen escasos estudios publicados sobre el riesgo cardiovascular de la población adulta y mucho menos relacionados con los factores sociales y de género presentes en esta etapa y aún no contamos con tablas de riesgo cubanas necesarias para realizar intervenciones sobre los grupos de alto y mediano riesgo.

MÉTODOS

Se realizó una investigación transversal descriptiva en el Policlínico Docente "Mártires del Corynthia" del municipio Plaza de la Revolución en La Habana desde el 1º de junio de 2012 hasta el 1º de junio de 2013.

El universo de estudio estuvo constituido por 415 mujeres supuestamente sanas de 4 consultorios, en edades comprendidas entre 40 y 59 años del Policlínico "Mártires del Corynthia" que cumplían con los siguientes criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Grupo de edades entre 40 y 59 años.
- Mujeres dispensarizadas como supuestamente sanas.

Criterios de exclusión:

- Mujeres que en el momento de la entrevista no estaban en el área.

Se calculó la muestra en dos partes. En la primera, se tomó en cuenta un alfa al 0,05 con un nivel de confianza igual al 95 % con un programa estadístico denominado SAMPLE. Se introdujo el universo de 415 mujeres de los cuatro consultorios y el resultado fue un total de 200 mujeres como muestra significativa. El segundo paso fue realizar un muestreo simple aleatorio mediante la numeración del total del universo y la selección de los números impares hasta totalizar la muestra de 200 mujeres.

Después de obtener los datos generales de las fichas de los consultorios, se visitaron las 200 mujeres en sus hogares, se le explicó a cada una de ellas en qué consistiría el estudio, su importancia y el objetivo de sus resultados.

Se les realizó una entrevista para la recolección de los datos ([anexo 1](#)), se les midió la tensión arterial y se les indicó colesterol total y glicemia en ayunas a realizarse en el laboratorio del Policlínico.

Estos datos serán utilizados para el cálculo del riesgo cardiovascular. Se tuvo en cuenta las instrucciones para la utilización de las tablas de predicción del riesgo de la OMS/ISH.

Estas tablas indican el riesgo de padecer un episodio cardiovascular grave, mortal o no (infarto de miocardio o ictus), en un período de 10 años según la edad, el sexo, la presión arterial sistólica, el consumo de tabaco, el colesterol total en sangre y la presencia o ausencia de Diabetes Mellitus en 14 sub-regiones epidemiológicas de la OMS, empleándose en específico las tablas AMR A de la OMS ([anexo 2](#)), diseñada para la subregión epidemiológica correspondiente a Canadá, Cuba y Estados Unidos de América.

Una vez obtenida toda la información, se procedió a la estimación del riesgo cardiovascular para 10 años, de la siguiente manera:

- Paso 1. Se eligió la tabla adecuada según la presencia o ausencia de Diabetes mellitus.
- Paso 2. Se eligió el cuadro del sexo femenino.
- Paso 3. Se eligió el recuadro fumador o no fumador.
- Paso 4. Se eligió el recuadro del valor de colesterol.

- Paso 5. Se eligió el recuadro del grupo de edad (elegimos 40 si la edad estaba comprendida entre 40 y 49 años y elegimos 50 si la edad estaba comprendida entre 50 y 59 años).
- Paso 6. En el recuadro finalmente elegido, se localizó la celda más cercana al cruce de los niveles de presión arterial sistólica (mmHg). En los valores intermedios se tomó el valor inferior.

Para medir la sobrecarga de género, se le aplicó el Índice de condicionamiento de género, el cual mide la recarga individual que representan para la mujer sus múltiples roles sociales. Para medirlo, se asignó un valor según la complejidad o sobrecarga en el desempeño de estas: $X=IT+TD+CF+AE$. La X se mueve entre 0 y 10. Mientras tienda a 10, indica mayor carga genérica, IT significa incorporación al trabajo, TD tareas domésticas, CF composición familiar y AE atención a enfermos. Según el valor del ICG, se consideró: ≤ 5 no sobrecarga de género y > 5 con sobrecarga de género.

Los datos se recolectaron en un modelo elaborado para este propósito ([anexo 1](#)), que recoge las variables de interés, cumpliendo con todos los principios de la ética médica.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Todos los datos se recogieron en tablas creadas al efecto donde se incluyeron las variables a estudiar en una base de datos en Microsoft Excel 2010 para Windows Seven.

Para las variables cualitativas se calcularon las frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Para la comparación entre variables cualitativas se empleó el test no paramétrico chi cuadrado de independencia. Se consideraron significativos aquellos valores $p \leq 0,05$.

ASPECTOS ÉTICOS

Este trabajo fue protocolizado y avalado por el Consejo Científico del Policlínico Docente "Mártires del Corynthia" del municipio Plaza de la Revolución, en La Habana, así como por el Comité de Ética de las Investigaciones.

A todas las participantes en el estudio se les informó sobre el procedimiento a seguir en la investigación. Se garantizó la beneficencia, no maleficencia, justicia. Se respetó su autonomía y se solicitó su consentimiento informado el cual fue firmado ([anexo 3](#)).

RESULTADOS

Como se puede observar en la [tabla 1](#), 93 % de las mujeres estudiadas se clasificaron como de bajo riesgo cardiovascular con 186 mujeres en este grupo.

Tabla 1. Distribución de la muestra según riesgo cardiovascular global

Riesgo cardiovascular	Bajo		Moderado		Alto	
	No.	%	No.	%	No.	%
	186	93,0	13	6,5	1	0,5

Fuente: Base de datos. Encuesta 2013.

Sin embargo, resulta llamativo que dentro de las 200 mujeres estudiadas que estaban consideradas supuestamente sanas; un 6,5 % representado por 13 mujeres, presentaban un nivel de riesgo cardiovascular moderado mientras que al menos una (0,5 %) fue clasificada de alto riesgo.

En la [tabla 2](#) puede verse que del total de mujeres estudiadas (136), tenían sobrecarga de género con un 5,2 % (8 de ellas) con riesgo cardiovascular moderado y una mujer (1,5 %) con alto riesgo.

Tabla 2. Distribución de la muestra según riesgo cardiovascular global y sobrecarga de género

Sobrecarga de género	Riesgo cardiovascular bajo		Riesgo cardiovascular moderado		Riesgo cardiovascular alto	
	No.	%	No.	%	No.	%
Con sobrecarga	127	94,8	8	5,2	1	1,5
Sin sobrecarga	59	89,4	5	9,1	0	0,0

* $p = 0,023$ (estadísticamente significativo).

Fuente: Base de datos. Encuesta.

De las 64 mujeres que no tenían sobrecarga de género, sólo 5 de ellas (9,1 %) tenían riesgo moderado, el resto su riesgo resultó bajo.

Como puede verse en la [tabla 3](#), todos los factores de riesgo estudiados resultaron más frecuentes en las mujeres con sobrecarga de género que en las que no la padecían.

Tabla 3. Distribución de la muestra según factores de riesgo cardiovascular y sobrecarga de género

Factor de riesgo	Con sobrecarga de género		Sin sobrecarga de género		p
	No.	%	No.	%	
Hipercolesterolemia	60	69,0	27	31,0	0,001*
Hábito de fumar	36	67,9	17	32,1	0,002*
Hipertensión arterial	18	56,3	14	43,8	0,067
Diabetes mellitus	19	86,4	3	13,6	0,002*

* $p \leq 0,05$ (estadísticamente significativo).

Porcentaje calculado con respecto al total de mujeres con el factor de riesgo.

Fuente: Base de datos. Encuesta.

En el caso del hipercolesterolemia el factor de riesgo más frecuente en la muestra, 60 mujeres (69 %) sufrían sobrecarga de género. El resultado fue estadísticamente significativo.

En cuanto al hábito de fumar, resultó estadísticamente significativo que 36 mujeres fumadoras (67,9 %) tuvieran sobrecarga de género mientras y sólo 17 mujeres fumadoras (32,1 %) no sufrieron sobrecarga.

La hipertensión arterial, otro factor de riesgo frecuente en la muestra de mujeres estudiadas, también resultó mayor entre las mujeres que sufrían sobrecarga de género y las que no, aunque estas diferencias no resultaron estadísticamente significativa.

DISCUSIÓN

Resulta importante enfatizar que dentro de las mujeres estudiadas que eran consideradas supuestamente sanas, 13 mujeres (6,5 %), presentaban un nivel de riesgo cardiovascular moderado mientras que al menos una (0,5 %) fue clasificada de alto riesgo. Este resultado evidencia que el riesgo cardiovascular es manejado superficialmente en las mujeres, especialmente durante la transición menopáusica, cuando la susceptibilidad a eventos cardiovasculares aumenta.¹³ También es muy importante la consideración que todos los factores de riesgo estudiados resultaron más frecuentes en las mujeres con sobrecarga de género que en las que no la padecían.

La valoración del perfil de riesgo cardiovascular total es importante para establecer las medidas preventivas adecuadas en pacientes asintomáticos, pero con alto riesgo de presentar enfermedad cardiovascular. La predicción del riesgo cardiovascular ha constituido, en los últimos años, la piedra angular en las guías clínicas de prevención cardiovascular, y deviene una herramienta útil del Médico de Familia para establecer prioridades en la atención primaria. Mediante ella, mejora la atención a los pacientes y elige de forma más eficaz la terapéutica a seguir con el objetivo de acercarnos más a la realidad multifactorial de las enfermedades cardiovasculares y a su prevención.¹⁴

Resulta evidente que los factores sociales y de género de la mujer en esta etapa de la vida, y las responsabilidades adquiridas en el hogar, la necesidad del cumplimiento de todas esas actividades, puede ocasionar que ante algunas molestias del organismo o sensación de dolor torácico no se reconozca, o tal vez no se le preste la importancia que requiere.¹⁴

Una reciente publicación con datos sobre mujeres,¹⁵ señala que la etnia y el estado socioeconómico tienen relación con los factores de riesgo cardiovascular. Las dos condiciones mencionadas muestran la necesidad para implementar el rastreo y mejorar de esta manera la detección temprana y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, así como también en las minorías y en los bajos estratos socioeconómicos de todos los grupos étnicos, como ha sido señalado.¹⁶

La influencia de lo social y psicológico y de los conflictos en su entorno hace que las mujeres debamos valorar estos aspectos como parte de la evaluación de rutina.

El aumento de enfermedad cardiovascular en las mujeres resulta ser un tema de gran trascendencia al estudiar el impacto en la salud de estas, así como la problemática de su salud actual derivado de esta enfermedad. Ha sido evidente que por años se ha centrado en los hombres todo lo concerniente a la manifestación y desarrollo de la enfermedad cardiovascular, así como a las rápidas intervenciones que deben ser realizadas por los profesionales de la salud.¹⁵

La literatura señala que la mujer se ha visto aislada de las investigaciones realizadas acerca de la enfermedad coronaria, y por supuesto, se continúa considerando lo cotidiano, con la descripción de patrones propiamente masculinos.¹⁵ La investigación muestra que mujeres con enfermedad arterial coronaria tienen edad avanzada, presentan mayor índice de obesidad mórbida y más depresión y ansiedad que los hombres.^{15,16}

En un estudio sobre riesgo cardiovascular y condiciones sociales, realizado en Chile en el 2010,¹⁷ se encontraron variables biopsicosociales relacionadas con la incidencia de enfermedades del corazón, probablemente como respuesta de la persona a situaciones generadoras de estrés. Para los autores del estudio algunos de estos factores serían, por ejemplo: la inseguridad laboral, el desmejoramiento de la calidad de vida, las dificultades a nivel familiar y social.

Entre las variables psicosociales en las mujeres relacionadas con la aparición de enfermedad cardiovascular, se encontraron los trastornos de personalidad, factores estresantes como la asociación del rol de tener actividades simultáneas en el trabajo y en el hogar.

En otro estudio realizado también en Chile,¹⁸ las variables psicosociales afectaron más a la mujer producto de condiciones sociales diferentes a las de la personalidad y, debido a sus características se convirtieron en potenciales factores de riesgo para desarrollar enfermedad cardiovascular. Se ubican en mayor proporción: la depresión, la carencia de apoyo social, y luego; la edad, el estado civil, nivel de educación, tensión mental en el trabajo o en el matrimonio, insatisfacción en la vida familiar, problemas con los hijos, sucesos de vida, enojo no expresado, ansiedad.¹⁸

También en dicho estudio, un gran porcentaje de la población incluida (90 %), tuvo alteraciones del comportamiento relacionados con el factor estrés. Este cuenta con diferentes desencadenantes en hombres y mujeres. La mujer se vio afectada por

problemas laborales, familiares y de pareja. Los hombres se vieron afectados por situaciones como el desempleo y los problemas en el trabajo.

Se destacaron los roles de madre y esposa como agentes que causan estrés de manera significativa en las mujeres; seguido del rol de cuidadoras como generadores de estrés y mayor riesgo cardiovascular.¹⁸

La combinación de factores como el estilo de vida y el estrés se han relacionado con un mayor riesgo de enfermedad coronaria en la mujer que en el hombre. *Cooper*¹⁹ ha descrito cambios producidos por el ritmo de vida que han llevado a mayores estados de depresión y ansiedad. Así mismo, las difíciles condiciones socioeconómicas son generadoras de afecciones cardíacas que se han encontrado en las pacientes durante la hospitalización, las cuáles se traducen en isquemia miocárdica, arterioesclerosis y arritmias.

*Miller*²⁰ encontró, por una parte, que el matrimonio ocasiona tensión mental en las mujeres debido a los compromisos cada vez mayores. Además, el hecho de no expresar sus sentimientos con el fin de mantener una relación, ha hecho que ese enojo no expresado lleve a la frustración, lo cual hace que se aumente la tensión arterial sistólica.

En el estudio realizado por *Rivas Alpizar*²¹ se ha señalado que el mayor número de mujeres tuvo una mayor recarga de género, lo cual se explicó como que las responsabilidades familiares y laborales asumidas por la mujer como metas significativas para ella, se le hagan antagónicas o al menos constituyan una sobrecarga considerable cuando son sumadas. El rol tradicional culturalmente condicionado de la mujer como cuidadora de la prole, los ancianos y enfermos de la familia contribuyen en la esfera familiar a esa sobrecarga que no deja tiempo y espacio para el cuidado personal.

*Heredia y Lugones*²² realizaron un estudio analítico transversal, con 450 mujeres de entre 40 y 59 años, en los municipios La Lisa, Playa y Marianao, atendidas desde el 1º de enero de 2006 hasta el 1º de enero de 2007 con el objetivo de caracterizar a las mujeres atendidas en la consulta de climaterio y menopausia del Hospital Universitario "Eusebio Hernández" con respecto a: manifestaciones clínicas, entorno familiar y laboral, y enfermedades crónicas. En las mujeres perimenopáusicas predominaron los síntomas psicológicos en las que tenían entorno laboral desfavorable. El entorno familiar influyó significativamente en la presencia de un mayor número de síntomas clínicos en las perimenopáusicas y el entorno laboral en las posmenopáusicas. Se encontró un incremento en la aparición de algunas enfermedades crónicas después de la menopausia: la hipertensión arterial, la diabetes mellitus con 52,9 %, 29,4 %, respectivamente, que sin lugar a dudas, tienen relación con las enfermedades cardiovasculares.

En las últimas décadas la inserción de las mujeres en el ámbito laboral ha incrementado. Diversos estudios se han ocupado de investigar cuál es la incidencia de este factor en la enfermedad cardiovascular; por ejemplo, *Davis y Castelo-Branco*.²³

Al igual que en el estudio precedente, *Camilleri, Borg y Brincat*²⁴ hallaron que las mujeres que tenían menor control laboral que los hombres reportaban mayor grado de estrés psicológico y bajo apoyo social en el trabajo. Además, estos autores encontraron que el control laboral correlacionaba positivamente con el nivel educacional, la clase social y la actividad física.

En las próximas décadas alrededor del 40 % de las mujeres en las Américas tendrán más de 50 años.²⁵ Muchas de ellas padecerán enfermedad cardiovascular, por lo tanto, nuestro desafío es prevenir los factores de riesgo y cambiar a través de la educación la creencia femenina de indemnidad frente a esta enfermedad. Las intervenciones de prevención cardiovascular en las mujeres deben comprender a los médicos de atención primaria, ginecólogos y otros profesionales de la salud con criterios básicos sobre la importancia de la prevención, modificaciones en el estilo de vida, considerando los factores sociales y la sobrecarga de género en las recomendaciones que deben formar parte de cada consulta médica.

La mayoría de las mujeres tienen un conocimiento inadecuado sobre el climaterio y la menopausia, lo que sugiere la necesidad de incrementar las medidas de educación para la salud dirigidas a la mujer de edad mediana. Además, hay que tomar en cuenta el papel social que la mujer realiza, así como la sobrecarga de género que puedan tener.^{14,26-28}

CONCLUSIONES

La sobrecarga de género fue más frecuente entre las mujeres con mayor riesgo cardiovascular. Los factores de riesgo evaluados fueron más frecuentes en las mujeres con sobrecarga de género.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no declaran tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sarduy NM, Lugones BM. II Consenso Cubano de Climaterio y Menopausia. La Habana: Editorial CIMEQ; 2007. p. 13-47.
2. Santisteban AS. Atención integral a la mujer de edad mediana. Rev Cubana de Obstet y Ginecol. 2011;37(2):31-8.
3. O'Donnell CJ, Elosua R. Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. Rev Esp Cardiol. 2008;61(3):299-310.
4. Heredia Hernández B, Lugones Botell M. Edad de la menopausia y su relación con el hábito de fumar, estado marital y laboral. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en Internet]. 2007 [citada 21 de enero de 2015];33(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300008&lng=es
5. Grau M, Marrugat J. Funciones de riesgo en la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares. Rev Esp Cardiol. 2008;61(4):404-16.

6. Greenland P, Knoll MD, Stamler J, Neaton JD, Dyer AR, Garside DB. Major risk factors as antecedents of fatal and nonfatal coronary heart disease events. *JAMA*. 2003;290:891-7.
7. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanus F. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364:937-52.
8. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. *Eur Heart J*. 2007 [citado 3 nov 2015];28:2375-414. Disponible en: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/28/19/2375.full>
9. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III, or ATP III). *JAMA*. 2001;285:2486-97.
10. Jones AF, Walker J, Jewkes C, Game FL, Bartlett WA, Marshall T. Comparative accuracy of cardiovascular risk prediction methods in primary care patients. *Heart*. 2001;85:37-43.
11. Concepción-González V, Ramos-González HL. Comportamiento de factores de riesgo cardiovascular en ancianos del consultorio "La Ciénaga". *CorSalud*. 2012;4(1):30-8.
12. Jones AF, Walker J, Jewkes C, Game FL, Bartlett WA, Marshall T. Comparative accuracy of cardiovascular risk prediction methods in primary care patients. *Heart*. 2001;85:37-43.
13. García FM, Maderuelo-Fernández JA, García-Ortiz A. Riesgo cardiovascular: concepto, estimación, usos y limitaciones. *AMF*. 2008;4(8):423-33.
14. Rivas Alpízar E, Navarro Despaigne D, Tuero Iglesias AD. Factores relacionados con la demanda de atención médica durante el climaterio. *Rev Cubana Endocrinol [revista en la Internet]*. 2006[citado 3 nov 2015];17(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532006000200004&lng=es
15. Padró Suárez L, Pelegrín Martínez AA. Perimenopausia y riesgo cardiovascular. *MEDISAN*. 2011 [citado 3 nov 2015];15(10). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1029-30192011001000018&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
16. Rose DE, Farmer MM, Yano EM, Washington DL. Racial/ethnic differences in cardiovascular risk factors among women veterans. *J Gen Intern Med*. 2013;28(Suppl 2):S524-8.
17. Pimentel Fernández AS. Enfermedad cardiovascular en la mujer: condiciones sociales. Experiencia en 300 pacientes en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Revista Chilena de Cardiología*. 2010:36-59.

18. Urquijo S. Variables psicológicas asociadas a las patologías isquémico-cardiovasculares. Un estudio de género Facultad de psicología. Universidad Nacional de Santiago de Chile. Revista Chilena de Cardiología. 2011:36-59.
19. Cooper S, Shawn E, Vaccarino O. Coronary Heart Disease in Women: Update 2009, State of the Art. En: Clinical Pharmacology & Therapeutics. 2009;83(1):172-88.
20. Miller CL. Integrative literature reviews and meta-analyses, A review of symptoms of coronary artery disease in women. School of Nursing. University of Wisconsin. USA; 2012.
21. Rivas Alpízar E, Hernández Gutiérrez C, Zerquera Trujillo G, Vicente Sánchez B, Muñoz Cocina JA. Factores biológicos y sociales relacionados con la salud de la mujer durante el climaterio. Medisur. 2011[citado 13 dic 2015];9(6). Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1212/6606>
22. Heredia Hernández B, Lugones Botell M. Entorno familiar, laboral, manifestaciones clínicas y enfermedades crónicas en mujeres de edad mediana. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en Internet]. 2009[citada 18 de diciembre de 2015];25(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300008&lng=es
23. Davis SR, Castelo-Branco C, Chedraui P, Villaseca P. Writing Group of the International Menopause Society for World Menopause Day 2012. Understanding psychology at menopause. Climacteric. 2012;15(5):419-29.
24. Camilleri G, Borg M, Brincat S, Schembri-Wismayer P, Calleja-Agius J. The role of social in cardiovascular disease in menopause Climacteric. 2012;15(6):524-30.
25. Organización Mundial de la Salud. OMS. Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. Ginebra 2008. ISBN-978-92.
26. Navarro Despaigne D, Céspedes Causelo IC, Díaz Socorro C. Estilos de vida y salud ósea en mujeres de edad mediana. Rev Cubana Endocrinol [revista en Internet]. 2008 [citada 28 de diciembre de 2015];19(3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532008000300003&lng=es
27. Artilles Visbal L. Marco de análisis para la introducción de la perspectiva de género en los procesos de salud. Resumed. 2000;13(3):119-29.
28. García Sánchez I, Navarro Despaigne D. Influencia del entorno familiar en la mujer en etapa climatérica. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2011 [citado 29 de diciembre de 2015];27(2):143-54. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000200002&lng=es

Recibido: 29 de marzo de 2017.
Aprobado: 16 de mayo de 2017.

Miguel Lugones Botell. Policlínico "Mártires del Corynthia" Municipio Plaza. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: lugones@infomed.sld.cu

ANEXOS

Anexo 1. Proyecto de Investigación: Riesgo cardiovascular

MODELO RECOLECCIÓN DATO PRIMARIO Fecha: D ____/M____/A____/

Carné de Identidad: _____

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombre(s)	Edad
---------------	---------------	-----------	------

Tóxicos: Fuma _____

Presión arterial sistólica: _____ Presión arterial diastólica: _____

Glicemia Ayunas _____ Colesterol Total _____

Nuevo diagnóstico: HTA _____; DM _____, hipercolesterolemia _____

Riesgo Cardiovascular _____

Incorporación al trabajo:

_____ Ama de casa (1) _____ Trabajadora _____ Trabajadora por cuenta propia

Composición familiar:

_____ Menores de 5 años _____ mayor de 60 años

Atención a enfermos:

_____ Sí _____ No

Tareas domésticas: _____ Sola (3) _____ Con ayuda (2) _____ No las hace (1)

Anexo 3. Consentimiento informado

Información para individuos que participan en la intervención del proyecto de investigación de riesgo cardiovascular

El objetivo fundamental de este estudio es determinar el riesgo que usted tiene de enfermar del corazón en los próximos 10 años, utilizando las tablas de la OMS, con las cuales podemos conocer la probabilidad que existe de que usted sufra un ataque cardiaco en los próximos años.

También conoceremos que factores de riesgo usted posee y de esa manera luchar contra ellos para disminuir el riesgo.

Su participación en este estudio se le preguntará referente a su salud actual y estilo de vida, también le mediremos su presión arterial. Posteriormente se le indicará análisis de sangres para obtener glicemia, colesterol total y triglicéridos.

Después le daríamos a usted y solamente a usted, todos los resultados de este examen, con las recomendaciones pertinentes, si fuera necesario hacer más exámenes se le haría saber.

Certificado de consentimiento informado

Yo he sido invitado a participar en el estudio sobre evaluación del riesgo cardiovascular global, que tiene como objetivo conocer cuál es mi probabilidad de enfermar del corazón en los próximos años. Los riesgos son mínimos, ninguno de los procedimientos particularmente implica riesgo para mi salud, si pequeñas molestias y sin embargo me beneficio conociendo mi estado de riesgo de enfermar del corazón en los próximos años. También recibiré consejos médicos que me ayudarán a disminuir este riesgo y me indicarán otros estudios si fuese necesario y tratamiento.

Mi participación es totalmente voluntaria y puedo retirarme del estudio en el momento que lo desee.

Para ello firmo el presente documento:

Nombre y Apellidos

Fecha

Firma

Nombre y apellidos de un testigo

Fecha

Firma