

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA  
Facultad de Ciencias Médicas “Manuel Fajardo”

**SOBRECARGA DE GÉNERO, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y  
SÍNTOMAS VASOMOTORES DURANTE EL CLIMATERIO**

Tesis presentada en opción al Título Académico de Máster en  
Investigación en climaterio y menopausia

María Elena Hernández Komarova

La Habana

2022

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA  
Facultad de Ciencias Médicas “Manuel Fajardo”

**SOBRECARGA DE GÉNERO, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y  
SÍNTOMAS VASOMOTORES DURANTE EL CLIMATERIO.**

Tesis presentada en opción al Título Académico de Máster en investigación en  
climaterio y menopausia

Autor: María Elena Hernández Komarova

Tutoras: MS.c Ana Mary Fernández Milán, profesora auxiliar, Investigadora  
agregada

Dr.C Stalina Santiesteban Alba, profesora titular, investigadora titular

La Habana

2022

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mi esposo por su paciencia. A Aida por su ayuda. A mi mamá por el impulso que me da

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mi padre que hubiera querido ver que yo lograra mi título de Máster.

## RESUMEN O SÍNTESIS

**Introducción:** La prevalencia de hipertensión arterial en mujeres postmenopáusicas es más del doble de la de las mujeres premenopáusicas.

**Propósito:** Determinar la influencia de la sobrecarga de género y la hipertensión arterial en los síntomas vasomotores durante el climaterio.

**Método:** Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal en 202 mujeres que acudieron a la consulta de climaterio y menopausia del Policlínico “19 de abril” del Municipio Plaza de la Revolución en el periodo enero 2019 a enero 2020. **Resultados:** Se estudiaron 202 pacientes con edad promedio de 53,87. Hipertensas el 54,5 %. El 57,9% tiene sobrecarga de género, de ellas el 52,10% son hipertensas. El 67,3 % de las hipertensas tiene síntomas vasomotores. **Conclusiones:** No existe asociación entre la hipertensión arterial, la sobrecarga de género y los síntomas vasomotores. Se deben realizar estudios prospectivos que evalúen dicha asociación.

## TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
INTRODUCCIÓN .....	1
1) Contexto histórico social del objeto de estudio. Antecedentes ....	2
2) Justificación .....	8
3) Problema .....	9
5) Objetivos .....	9
6) Novedad científica del estudio.....	10
I.    CAPÍTULO: MARCO TEÓRICO.....	11
MARCO TEÓRICO .....	12
II.   CAPÍTULO: MATERIAL Y MÉTODOS .....	23
3.1- Tipo de investigación .....	24
3.2- Período y lugar donde se desarrolla la investigación.....	24
3.3- Universo o muestra.....	24
3.4- Operacionalización de las variables. ....	25
3.5- Métodos de recolección y procesamiento de la información ..	25
3.6- Aspectos éticos.....	30
3.7- Limitaciones del estudio .....	30
III.  CAPÍTULO: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	31
4.1- Resultados .....	32
4.2- Discusión .....	37
CONCLUSIONES.....	42
RECOMENDACIONES .....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	44
ANEXOS.....	51

# **INTRODUCCIÓN**

# INTRODUCCIÓN

## 1) Contexto histórico social del objeto de estudio. Antecedentes

El envejecimiento poblacional es un hecho notable en la historia de la humanidad, no exclusivo de las sociedades modernas, ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social. Las tendencias demográficas hoy en día, lo señalan como el cambio más destacado que ha ocurrido en la estructura de la población mundial en las últimas décadas. Se explica por transformaciones en variables políticas, sociales, culturales y económicas que han incidido en la reducción de las tasas de fecundidad y mortalidad y el aumento consecuente de la expectativa de vida.<sup>(1, 2, 3)</sup>

La esperanza de vida al nacer en Cuba alcanza 77,97 años para ambos sexos, 76,00 para hombres y el notable valor de 80,02 para mujeres, en el período 2005-2007, <sup>(3, 4)</sup> esto coloca a Cuba ante un nuevo perfil epidemiológico de las personas de este grupo de edad, el cual se caracteriza por mayor prevalencia de los procesos crónicos. Estos valores hacen que Cuba se reconozca entre los países del mundo de más alta esperanza de vida al nacer. En la población femenina esto significa que casi la tercera parte de su vida transcurre después de la menopausia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994) la menopausia, se define como el cese permanente de la menstruación, como consecuencia de la pérdida de la función hormonal ovárica y el climaterio, como el período de tiempo que se extiende desde la madurez hasta la senectud siendo una etapa de transición de carácter involutivo, durante la cual desaparecen las



menstruaciones, se pierde la capacidad reproductora y tienen lugar ciertos cambios psicológicos que se atribuyen a la disminución progresiva de la actividad de la función ovárica.<sup>(5)</sup>

Durante el ciclo de vida de la mujer se tienen en cuenta varias etapas del desarrollo para definir los fenómenos de madurez y envejecimiento, entre las cuales figuran: niñez, juventud, edad adulta, climaterio y senectud; en estas etapas diferentes a lo largo de la vida, la mujer desempeña un rol importante en la familia y en la sociedad como madre, esposa, hija, trabajadora, ama de casa. Por lo tanto, el envejecimiento es un proceso continuo, dependiente de factores genéticos y ambientales que tiene sus bases en las etapas previas de la vida, entre ellas, el climaterio. <sup>(6)</sup>

Al llegar a la edad mediana (40 a 59 años), la mujer consolida su experiencia profesional, se convierte en el centro de la dinámica familiar y de la administración económica del hogar. De igual forma, aumenta su responsabilidad como cuidadora de padres, suegros y nietos, esposa, madre, al mismo tiempo los hijos se van del hogar. Todos estos factores, generan una sobrecarga física y mental, que unido al propio envejecimiento o por el déficit estrogénico, favorece la aparición de procesos deteriorantes de la salud, y hacen más críticos los síntomas en este período. <sup>(7)</sup> Periodo en el cual se sienten sobrecargadas, por el trabajo diario dentro y fuera del hogar, surge la sobrecarga de género. <sup>a</sup>

---

<sup>a</sup> Género: Hace referencia a los roles, responsabilidades y oportunidades asignados al hecho de ser hombre y ser mujer; a las relaciones socioculturales entre mujeres y hombres, y niñas y niños.

La categoría género surgió con el fin de hacer evidente la existencia de relaciones no equitativas entre mujeres y hombres, de investigar sobre el porqué de las condiciones de injusticia y discriminación para las mujeres en todas las esferas de la sociedad. <sup>(8)</sup>

Género es una categoría descriptiva y analítica, que sirve de instrumento interpretativo de los diferentes espacios sociales, entre ellos la salud y que es susceptible de ser desarrollado y enriquecido por medio del debate teórico y de la recuperación de las experiencias que desde la práctica social se ha llevado a cabo en los últimos años. <sup>(9)</sup>

Las condiciones que determinan los procesos salud-enfermedad, ni las propias enfermedades afectan por igual a mujeres y hombres, ni son vividos de la misma forma. Estas desigualdades de género, tienen una influencia determinante en la salud de las personas. Por eso es tan importante tenerlas en cuenta. <sup>(9)</sup>

El impacto del condicionamiento de género sobre el binomio/salud enfermedad, en particular durante el climaterio, demuestra que la intensidad de los malestares relacionados con el síndrome climatérico dependen fundamentalmente de factores sociales (sobrecarga de género, baja autoestima, problemas en el entorno familiar y laboral entre otros) sin olvidar el impacto de factores biológicos (bajo peso, ayunos prolongados, tabaquismo), aspectos que se deben tomar en cuenta cuando se le brinda atención a la mujer en etapa de climaterio. <sup>(9,10,11)</sup>

Aunque graduales, los cambios que en la vida femenina entrañan la menopausia y el climaterio son muy importantes y de gran magnitud, de ahí su innegable impacto. Las transformaciones biológicas son indudablemente las que repercuten más evidentemente sobre la mujer, cesan sus posibilidades reproductivas como consecuencia de modificaciones de su sistema endocrino y estas modificaciones implican cambios hormonales, fundamentalmente la declinación en la producción de estrógenos y que muy lenta, pero inexorablemente van imprimiendo sus huellas sobre todo los órganos y sistemas femeninos, desde sus órganos genitales internos y externos incluidas las mamas, así como la piel y los anexos cutáneos. Todos esos cambios se acompañan de importantes cambios metabólicos que pueden afectar la salud de la mujer, por ejemplo, en el metabolismo de las lipoproteínas, que constituyen factores de riesgo de aterosclerosis, con las consiguientes consecuencias sobre las afecciones cardiovasculares. <sup>(6,12)</sup>

La mujer está protegida contra la aterosclerosis durante la etapa fértil, por tanto, en la posmenopausia la tasa de enfermedad de las arterias coronarias comienza a ascender exponencialmente, fenómeno que puede reflejar el impacto acumulativo de alteraciones tempranas producto de la presencia de factores de riesgo cardiovascular y de la pérdida de los efectos cardioprotectores de los estrógenos durante los primeros años de postmenopausia. <sup>(13)</sup>

Las mujeres premenopáusicas tienen menor riesgo e incidencia de hipertensión arterial en comparación con los hombres de la misma edad.

Este fenómeno se debe a los efectos beneficiosos de estrógenos y andrógenos en la modulación y control de la presión arterial, incluida la función endotelial, el sistema nervioso simpático y el sistema renina-angiotensina. Pero esta ventaja para las mujeres desaparece gradualmente después de la menopausia. <sup>(12)</sup>

La hipertensión arterial (HTA) es una de causas principales de muerte prematura en el mundo, incrementa el riesgo de sufrir cardiopatías, nefropatía, encefalopatías y otras enfermedades. La OMS estima que en el mundo hay 1130 millones de hipertensos. <sup>14</sup>

Se han descrito cambios en la presión arterial relacionados con la edad, sexo y raza. La frecuencia de HTA se incrementa con la edad, alcanzando el 68% en personas de edad  $\geq 60$  años y es posible que vaya en aumento debido al envejecimiento poblacional. Se observa un mayor porcentaje de HTA en hombres que en mujeres hasta los 45 años. En los países desarrollados, el 30% de las mujeres adultas tienen hipertensión y esta prevalencia es aún mayor en los países de ingresos bajos o medios, alcanzando hasta un 53%. Entre los 45 años y los 64 años se equiparán y después de esta edad es mayor el porcentaje de mujeres con HTA. De acuerdo con la edad, su prevalencia llega hasta un 38% entre las personas entre 50-59 años, 51% entre 60-69 años y más de 66% en mayores de 70 años (~75% en mujeres).

(14)

La prevalencia de hipertensión arterial en mujeres postmenopáusicas es más del doble de la de las mujeres premenopáusicas, por tanto, la

monitorización de la presión arterial es imprescindible en mujeres de todas las edades y un control eficaz de la presión arterial en el período premenopáusico, en la transición menopáusica o en la postmenopausia temprana evitará el desarrollo de enfermedad cardiovascular en una edad avanzada. <sup>(12)</sup>

Dentro de los síntomas y signos del síndrome climatérico, los síntomas vasomotores (SVM) se han relacionado con la disfunción endotelial, y son considerados por algunos autores como un factor de riesgo cardiovascular.

(15, 16)

Más de la mitad de las mujeres experimentan síntomas vasomotores. Consisten en sofocos, oleadas de calor o bochornos, sudoraciones nocturnas, palpitaciones, trastornos del sueño, problemas de concentración y cefaleas. Los sofocos se presentan entre el 70 y 80 % de las mujeres y una tercera parte de ellas los describen como muy frecuentes, de 5 a 10 episodios por día. Se caracterizan por periodos transitorios y recurrentes de enrojecimiento facial, que puede extenderse al cuello, los hombros y a la parte superior del tórax, asociados a sudoración, sensación de calor (puede ocurrir una elevación de la temperatura de 1 a 2 grados), palpitaciones y sensación de ansiedad. En ocasiones van seguidos de escalofríos y cuando ocurren de noche, pueden perturbar el sueño. Todo este conjunto de síntomas y signos se ha denominado síndrome vasomotor (SVM). <sup>(15,17, 18)</sup>

La evidencia acumulada indica que los SVM están asociados con un mayor riesgo de varias enfermedades crónicas, incluido el síndrome metabólico, la

diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial, las enfermedades del hígado graso no alcohólico y la osteoporosis en perimenopáusicas y mujeres posmenopáusicas. Estos hallazgos sugieren que los SVM son biomarcadores de condiciones cardiometabólicas deterioradas en lugar de solo síntomas temporales en mujeres menopáusicas. <sup>(16, 19)</sup>

En un estudio previo realizado en el Instituto Nacional de Endocrinología en mujeres aparentemente sanas en etapa de climaterio, se encontró un grupo con disfunción endotelial, en particular en aquellas con síntomas vasomotores de mayor intensidad y en la etapa temprana de la postmenopausia. <sup>(13)</sup>

Los eventos de enfermedad cardiovascular, requieren que se evalúe prospectivamente los SVM en el transcurso de la transición a la menopausia examinados en relación con los eventos de enfermedad cardiovascular posteriores en la vida. <sup>(19)</sup>

## **2) Justificación**

El climaterio constituye un problema de salud que demanda la atención de las mujeres de edad mediana para mejorar su calidad de vida, razón por la cual en los últimos años se ha incrementado el interés por su estudio.

Esta investigación busca concientizar al personal de salud sobre la intensidad del Síndrome vasomotor y su posible relación con la hipertensión arterial y la sobrecarga de género.

Cada día aumenta más, el grupo de mujeres en etapa climatérica y muchas de ellas no asisten a ningún programa que les oriente y les brinde orientación para el manejo de su problema de salud.

Por tanto, contribuir en su calidad de vida, para lograr un equilibrio en su vida y vivir esta etapa de la manera más tranquila física y psicológicamente, es un reto para el personal de salud en Cuba.

### **3) Problema**

¿En qué medida, la sobrecarga de género y la hipertensión arterial influyen en la intensidad de los síntomas vasomotores, durante la etapa de climaterio en las mujeres que acuden a la consulta de climaterio del Policlínico 19 de abril en el periodo de enero 2019 a enero 2020?

### **5) Objetivos**

#### **Objetivo General:**

Determinar la influencia de la sobrecarga de género y la hipertensión arterial en los síntomas vasomotores durante el climaterio.

#### **Objetivos Específicos:**

1. Caracterizar las mujeres en estudio según variables sociodemográficas.
2. Identificar la frecuencia de hipertensión arterial.

3. Determinar el índice de sobrecarga de género.
4. Determinar la intensidad del síndrome vasomotor.
5. Determinar la asociación de la hipertensión arterial y la sobrecarga de género con los síntomas vasomotores, durante la etapa del climaterio

#### **6) Novedad científica del estudio**

Hoy día los síntomas vasomotores se comienzan a considerar biomarcadores de enfermedad cardiovascular. Esta sería un primer intento en esta población, mujeres de edad mediana que acuden a la consulta de climaterio del “Policlínico 19 de abril”, de determinar su posible asociación con la hipertensión arterial y la sobrecarga de género.



## **I. CAPÍTULO: MARCO TEÓRICO**

## **MARCO TEÓRICO**

### **Género.**

Igualdad de género en salud significa que las mujeres y los hombres se encuentran en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados. La equidad de género significa una distribución justa de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre las mujeres y los hombres. El concepto reconoce que entre hombres y mujeres hay diferencias en cuanto a las necesidades en materia de salud, al acceso y al control de los recursos, y que estas diferencias deben abordarse con el fin de corregir desequilibrios entre hombres y mujeres. <sup>(20)</sup>

El «género» se define como un constructo analítico que se fundamenta en la organización social de los sexos, es una construcción ideológica. Puede ser utilizado para analizar y entender mejor los determinantes y las condiciones de vida de mujeres y hombres a partir de las características que cada sociedad asigna a los individuos en función de su sexo, como son rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas, y actividades que a través de un proceso de construcción social diferencia los hombres de las mujeres; es el conjunto de asignaciones culturales que diferencia a los hombres de las mujeres, que los articula dentro de relaciones de poder frente a los recursos y se expresa en símbolos, estereotipos, desempeño de roles y en el modo de actuación social en los espacios donde se genera, se interrelaciona, de forma muy importante con el complejo proceso que es la salud, que está determinado por factores biológicos, sociales, del medio ambiente y de los servicios de salud. <sup>(21, 22, 23)</sup>

Este concepto transita por tres dimensiones importantes:<sup>(23)</sup>

1. Asignación de género: se da desde el momento del nacimiento por los órganos genitales.
2. Identidad de género: son los aspectos biológicos y psicológicos que se establecen desde los primeros años de vida.
3. Rol de género: conjunto de normas establecidas socialmente para cada sexo.

La escasez de datos poblacionales que recojan de manera sistemática el trabajo reproductivo o no remunerado, es la primera dificultad para el estudio de las relaciones entre género y salud. La mayor parte de las mujeres ejerce actividades reproductivas de cuidados, crianza de hijos o trabajos domésticos (exclusivas o concomitantes a actividades productivas/remuneradas) que para la mayoría de las sociedades occidentales son consideradas improductivas y frecuentemente permanecen «invisibles». <sup>(21)</sup>

Para la visualización global de las desigualdades en salud según género, es fundamental el conocimiento de los determinantes de la salud de las mujeres, uno de los grupos cuyas características específicas son frecuentemente olvidadas en las políticas de salud pública más allá de los factores ligados a la salud reproductiva (embarazo, parto, menopausia, etc.). <sup>(21)</sup>

En la Tercera Conferencia de la Mujer celebrada en Nairobi en 1985, se reconoció a escala mundial la discriminación de la mujer en la vida económica, política y social, lo cual se consideraba como un hecho natural y no como un problema social evitable. En la Cuarta Conferencia de la Mujer celebrada en Beijing en 1995, se

enfaticó en el enfoque de género como reflejo de las discusiones de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) llevada a cabo, en el Cairo, Egipto, el año 1994. En esta conferencia, la equidad de género y el empoderamiento de la mujer fueron aceptados como piedra angular para la planificación de políticas de salud y programas de población. Se asumió el enfoque de género, que considera que las relaciones entre hombres y mujeres forman parte de la estructura que conforma las desigualdades sociales. <sup>(24)</sup>

La mujer presenta sobrecarga por asignaciones sociales, culturales y de género, que recaen sobre ella a consecuencia de su sexo. Como 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. <sup>(25)</sup>

Las mujeres con múltiples roles finalizan con más deberes, más presiones de tiempo y estrés, esto puede aumentar las posibilidades de presentar problemas de salud agudos y crónicos y disminuir su atención a su solución.

En Cuba, en el año 1959, triunfó la revolución y dentro de ese radical proceso de cambio tuvo lugar otra revolución, la revolución de las mujeres. El estado cubano propuso programas que garantizaran la igualdad de derechos, oportunidades y posibilidades a hombres y mujeres, transformando la condición de discriminación y subordinación a que secularmente había estado sometida la mujer cubana y promoviendo la eliminación de estereotipos sexuales tradicionales y la reconceptualización de su papel en la sociedad y en la familia. <sup>(26, 27)</sup>

A partir de este momento comienza la incorporación de la mujer al trabajo, su nuevo escenario, fuera del hogar, se convierte de trabajadora en el hogar en trabajadora asalariada, pero debe continuar cumpliendo con su rol de mujer, como fue socializada, debe continuar desempeñando las tareas en el hogar, con el cuidado de sus hijos, debe asumir la doble jornada laboral y con ello la sobrecarga de género.

El atinado equilibrio entre los factores sociales y biológicos condiciona el estado óptimo de la salud del ser humano. Incluir en los estudios epidemiológicos la integración activa de estos factores, no sólo como variables de análisis, sino como elementos integradores garantizará la calidad de vida necesaria para afrontar el proceso de envejecimiento de las mujeres en óptimas condiciones.

### **Hipertensión arterial**

En la primera mitad del pasado siglo las principales epidemias eran brotes de enfermedades infecciosas. Con el descubrimiento de los antibióticos y la aplicación de medidas de salud pública para controlar la propagación de esas enfermedades, la mortalidad debida a las infecciones disminuyó y se produjo un aumento de la esperanza de vida. Como consecuencia de estos cambios, un grupo de enfermedades no infecciosas pasó a ser la causa principal de mortalidad: las enfermedades cardiovasculares. <sup>(28)</sup>

Aproximadamente a mediados del siglo XX, la mortalidad por enfermedad cardiovascular empezó a aumentar rápidamente, pero se conocía muy poco de sus orígenes y sus causas. <sup>(28)</sup>

En 1948, el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos inició el Framingham Heart Study, modelo de estudio poblacional y origen de la epidemiología cardiovascular moderna, con el fin de estudiar la epidemiología y los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular (ECV), marcando un hito en la historia de la enfermedad cardiovascular. <sup>(28,29)</sup>

La Asociación Americana del Corazón <sup>(30)</sup> en el 2003 clasificó los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) de la siguiente forma:

### **Factores de riesgo mayores no modificables**

- Herencia: Historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura (hombres antes de los 55 años y mujeres antes de los 65)
- Sexo: Los hombres tienen mayor riesgo y se afectan en edades más tempranas, mientras que en las mujeres el riesgo aumenta después de la menopausia
- Raza: La raza negra tiene mayor prevalencia de hipertensión arterial por tanto tienen mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares

### **Factores de riesgo modificables**

- Hipertensión arterial (HTA)
- Diabetes mellitus tipo 2 (DM tipo 2)
- Hábito de fumar
- Obesidad y sobrepeso
- Inactividad física
- Dislipidemias

### **Factores de riesgo contribuyentes**

- Estrés
- Alcoholismo

- Ingestión de drogas
- Menopausia

Según la OMS, los principales FRCV que pueden ser prevenidos oportunamente son: la HTA, las dislipidemias, el tabaquismo, el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad, las dietas poco saludables y la DM tipo 2. <sup>(31)</sup>

La HTA es uno de los factores más importantes que inciden en la mortalidad por ECV. Está suficientemente probado que existe una relación continua e independiente de otros factores de riesgo, entre los valores de presión arterial (PA) y la complicaciones cardiovasculares y renales, lo que se cumple para todas las edades y todos los grupos étnicos. <sup>32</sup>

La prevalencia mundial de la HTA, según PA medida en consulta, se ha estimado en 1.130 millones en 2015, con una prevalencia > 150 millones en Europa central y oriental. En términos generales, la HTA en adultos se sitúa alrededor de un 30-45%, con una prevalencia global estandarizada por edad del 24 y el 20% de los varones y las mujeres en 2015. La HTA es más frecuente a edades avanzadas, y alcanza una prevalencia que supera el 60% de las personas de más de 60 años. A medida que las poblaciones envejecen, adopten un estilo de vida más sedentario y aumenten el peso corporal, la prevalencia de la HTA seguirá aumentando en todo el mundo. Se calcula que el número de personas con HTA aumentará en un 15-20% en 2025, y llegará a 1.500 millones. <sup>33</sup>

Dentro de los FRCV, la HTA es altamente prevalente (más del 25% de la población femenina mundial la padece), su presencia incrementa el riesgo cardiovascular y puede llegar a equiparar a mujeres y varones de igual edad. Se calcula que la HTA

contribuye al 12,8% de las muertes en todo el mundo, con un impacto aún mayor en las mujeres (un 14,3% en mujeres frente a un 11,4% en los hombres). <sup>(12)</sup>

La causa más importante de discapacidad en el mundo no son los accidentes. Esa enorme carga de morbilidad recae en las llamadas Enfermedades No Transmisibles (ENT), lo cual trae un devastador impacto social, al estar ubicadas entre las principales causas de enfermedad y muerte en Cuba. <sup>(34)</sup>

La HTA es definida como la elevación de la presión arterial sistólica (PAS) a 140 mmHg o más, o presión arterial diastólica (PAD) a 90mmHg o más, o ambos valores inclusive. Esta definición es aplicable para los adultos. <sup>(32)</sup>

Según la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en 2010 por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), el 30.9 % de los cubanos mayores de 15 años padecían HTA, lo cual significa que alrededor de 2.6 millones de personas en el país son hipertensos. Una cifra superior muestra la Encuesta Nacional de Salud 2020, cuya prevalencia global de hipertensión arterial encontrada es de 37% de manera general, aunque se reportó en el 40.2% de las mujeres. <sup>(34)</sup>

Algunos estudios transversales establecieron que la menopausia duplica el riesgo de HTA, incluso tras el ajuste por factores como la edad y el índice de masa corporal. <sup>(33)</sup>

### **Aspectos fisiopatológicos que hacen diferente la expresión de la hipertensión arterial en la mujer. <sup>(35,42)</sup>**

- La disfunción endotelial y la rigidez arterial secundarias al déficit estrogénico posterior a la pérdida de la función ovárica son los factores más importantes en la



patogenia de la hipertensión arterial de la mujer posmenopausia. El 17- $\beta$  estradiol tiene un efecto vasodilatador, antiproliferativo y antioxidante por efecto  $\beta$ -adrenérgico y de óxido nítrico en la mujer premenopáusicas. Este efecto protector se pierde en la menopausia, asociado a un aumento en la resistencia a la insulina que lleva a los cambios en el peso.

- Las mujeres tienen el gasto cardíaco 10% más alto, en tanto que un 10% menos de resistencia vascular sistémica, lo que lleva a una presión de pulso más elevada y frecuencia cardíaca mayor (retorno rápido de la onda de pulso y menor período diastólico). Esta tendencia fisiológica puede explicar una mejor tolerancia vascular a la lesión, sin embargo, no se han descrito aún estos mecanismos protectores/deletéreos para la enfermedad cardiovascular.

- La presión arterial sistólica en la mujer es menor que la del hombre, pero esta aumenta con la edad y casi se iguala en la postmenopausia. La presión arterial diastólica es siempre menor en la mujer, incluso en la postmenopausia. Esto hace que la presión de pulso de la mujer sea mayor después de los 50 años, hecho que representa más riesgo cardiovascular aún.<sup>36</sup>

Las mujeres premenopáusicas tienen menor riesgo e incidencia de hipertensión arterial en comparación con los hombres de la misma edad. Este fenómeno se debe a los efectos beneficiosos de estrógenos y andrógenos en la modulación y control de la presión arterial, incluida la función endotelial, el sistema nervioso simpático y el sistema renina-angiotensina. Pero esta ventaja para las mujeres desaparece gradualmente después de la menopausia. (12, 37, 38)

Se sabe que con la edad se producen cambios en las paredes arteriales y se incrementa la rigidez arterial y la presión de pulso. Antes de los 50 años de edad, las mujeres tienen una presión de pulso y el pulso carótido-femoral y la velocidad de onda de pulso (VOP) menor con relación a los hombres de igual edad. Después de los 60 años de edad aproximadamente, la VOP es mayor en las mujeres que en los hombres. <sup>(12)</sup>

Diversos mecanismos biológicos pueden explicar la asociación entre hormonas sexuales endógenas y el riesgo cardiovascular. Los estrógenos promueven la vasodilatación mediante el aumento del óxido nítrico plasmático, e inhiben el sistema renina angiotensina mediante la disminución de la transcripción de la enzima convertidora de angiotensina. Además de su favorable efecto sobre los lípidos, los estrógenos también pueden disminuir la presión arterial mediante el aumento de la vasodilatación endotelial y modulando la función autonómica. Además, los estrógenos regulan los marcadores inflamatorios específicos y citoquinas. <sup>(37)</sup>

### **Síntomas vasomotores**

Síntomas de la menopausia: los trastornos de la menopausia se pueden dividir en dos grupos principales: <sup>(37)</sup>

-Síntomas a corto plazo: los más comunes son los sofocos y sudoración nocturna, también conocidos como síntomas vasomotores.

-Síntomas a largo plazo: incluyen enfermedades cardiovasculares, osteoporosis y trastornos de deterioro cognitivo y del estado de ánimo.

Estos trastornos son experimentados por aproximadamente el 40% de los casos de perimenopausia y menopausia en mujeres en todo el mundo.

Durante muchos años, se pensó que los síntomas a corto plazo y las enfermedades crónicas se producían de forma independiente sin un vínculo causal entre ellos. Sin embargo, existe evidencia que demuestra que los síntomas de la menopausia, en particular los síntomas vasomotores, pueden considerarse precursores o biomarcadores de enfermedades crónicas. Varios estudios han demostrado una asociación de los síntomas vasomotores con factores de riesgo cardiovascular y con marcadores de aterosclerosis subclínica. Sin embargo, no todos han logrado demostrar esta presunta asociación y se mantiene como un tema en controversia actual (15, 16, 37, 39, 40)

Los síntomas vasomotores son eventos endocrinos y / o termorreguladores que se originan en el hipotálamo como resultado de la disminución de las hormonas ováricas. Las mujeres con sofocos intensos pueden tener un aumento del tono simpático con afectación vascular. Sin embargo, los sofocos representan un fenómeno multicausal complejo y reflejan una combinación de sistemas interconectados que incluyen bases genéticas, dieta, uso de medicamentos, influencias culturales, entre otros. (37)

“Una de las hipótesis más aceptadas para explicar el origen de estos síntomas es la denominada “teoría de la reducción de la zona termorreguladora”, propuesta por Robert Freedman. La disminución de los estrógenos produce una deprivación hipotalámica de opioides, fundamentalmente de las betaendorfinas y un incremento de neurotensina y del péptido relacionado con el gen de la calcitonina, provocando

inestabilidad en el centro termorregulador hipotalámico. También se ha demostrado que alteraciones en los neurotransmisores como la serotonina y la norepinefrina contribuyen a las crisis de sofocos del SVM".<sup>(15)</sup>

En diferentes estudios observacionales donde se incluyeron 19 667 participantes, se demostró que las mujeres con sofocos, en comparación con las que no los presentaban, tendían a presentar niveles significativamente más altos de presión arterial sistólica y mayores probabilidades de padecer hipertensión arterial. Del mismo modo, las mujeres que reportaron sudores nocturnos en comparación con aquellas que no lo hicieron, tuvieron niveles significativamente más altos de presión arterial sistólica y diastólica, colesterol total y mayor índice de masas corporal.<sup>(37)</sup>

La mujer cubana, cumple con múltiples roles; la carga del hogar (tareas domésticas) el trabajo asalariado fuera del hogar, la incorporación a las tareas comunitarias (Comité de defensa de la Revolución (CDR), Federación de Mujeres Cubanas (FMC), entre otras tareas comunitarias asignadas), que las lleva a tener una sobrecarga de género, así como las dificultades económicas, que atraviesa el mundo, al cual no son ajenas, genera una situación límite de estrés en la mujer que pudiera, conllevar a problemas de salud. Teniendo en cuenta lo anterior se propone esta investigación.

## **II. CAPÍTULO: MATERIAL Y MÉTODOS**

### **3er CAPÍTULO: MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **3.1- Tipo de investigación**

Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal

#### **3.2- Período y lugar donde se desarrolla la investigación**

En la consulta de climaterio y menopausia del Policlínico “19 de abril” del Municipio Plaza de la Revolución en el periodo enero 2019 a enero 2020.

#### **3.3- Universo o muestra**

Estuvo constituido por todas las mujeres de 40 a 64 años, que asistieron a la consulta de climaterio y menopausia y que cumplieron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Mujeres con residencia permanente en el área de salud.

Criterios de exclusión

- Mujeres con diabetes mellitus tipo I
- Estar o haber estado bajo tratamiento con terapia hormonal de reemplazo, ya que ésta puede falsear la información sobre la frecuencia y la intensidad de los síntomas

### 3.4- Operacionalización de las variables. (Ver Tabla 1)

Variables	Descripción u Operacionalización	
Sociodemográficas	Edad	40 a 64 años
	Color de la piel	1. Blanca, 2. Mestiza, 3. Negra
	Nivel educacional	1. Ningún nivel aprobado, 2. Primaria, 3. Secundaria, 4. Obrero calificado, 5. Técnico Medio, 6. Preuniversitario, 7. Universitario
	Ocupación actual	1. Trabajador manual, 2. Trabajador administrativo, 3. Intelectual 4. Militar, 5 Ama de casa, 6. Jubilado, 7. Desocupada, 8. Trabajo por cuenta propia
Etapa de climaterio	<p>Se considerará:            Climaterio: período de transición entre la etapa reproductiva y no reproductiva de la vida femenina. Se divide en dos etapas:            a) Perimenopausia: desde el inicio de los síntomas climatéricos hasta la menopausia.            b) Posmenopausia: etapa que se extiende desde la menopausia hasta los 64 años y que a su vez se subdivide en:            a) etapa temprana: que se refiere a los 5 primeros años de posmenopausia            b) etapa tardía: desde 5 años después de la menopausia hasta los 64 años.            -Menopausia Natural después de los 40 años            -Menopausia precoz: Antes de los 40 años            -Menopausia tardía después de los 55 años            -Menopausia artificial: Inducida por radio o quimioterapia o exéresis quirúrgica            Edad de la menopausia de la mujer</p>	
Condicionamiento de género (sobrecarga de género)	No recarga de género. Si obtiene menos de 5 en el ICG Recarga de género. Si obtiene más de 5 en el ICG. 1 Sí recarga 0 No recarga	
Intensidad del síndrome vasomotor	Los síntomas vasomotores se clasificaron como: asintomáticos, leve, moderado, e intenso, según valores obtenidos mediante la escala de Pérez Piñeiro, con base en los siguientes parámetros: asintomático: 0-6 puntos; leve 7-14 puntos; moderado 15-23 puntos, intenso 24 a 39	
Antecedente personal de hipertensión arterial	1 Pacientes que refieren ser hipertensos 0 Pacientes que no refieren ser hipertensos	

### 3.5- Métodos de recolección y procesamiento de la información

A las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, se les aplicó el modelo de recolección confeccionado para este estudio (**Anexo 1**).

Se aplicó otro instrumento para determinar el índice de condicionamiento de género (**Anexo 2**). Para medir el Síndrome vasomotor se utilizó el instrumento

Intensidad del síndrome climatérico validado por Julia Piñero <sup>41</sup> (**Anexo 3**), el cual esta subdividido en varias subescalas, se escogerá la subescala síntomas circulatorios.

Se midió la presión arterial (PA) en condiciones estandarizadas, con esfigmomanómetro para adultos marca SMIG de fabricación china, calibrado y validado para su uso por el Departamento Nacional de Electromedicina, y estetoscopio de la misma procedencia. La medición de la presión arterial se realizó según lo establecido en la Guía Cubana de Diagnóstico, Evaluación y Tratamiento de la HTA 2017 <sup>42</sup> y cumplió los siguientes requisitos:

- **La medición de la PA debe** cumplir requisitos importantes para hacerla con exactitud, pues a punto de partida de esta serán precisadas las conductas apropiadas que se tomarán individualmente:

- La paciente descansará cinco minutos antes de que se le mida la PA y no debe haber realizado ejercicios físicos intensos, fumado o ingerido comida, cafeína o bebidas alcohólicas por lo menos 30 minutos antes de la medición.
- Debe estar sentada y con el brazo apoyado a nivel del corazón.
- El manguito de goma del esfigmomanómetro debe cubrir por lo menos 2/3 partes de la circunferencia del brazo, el cual estará desnudo.
- Se insufla el manguito, se palpa la arteria radial y se sigue insuflando hasta 20 o 30 mmHg por encima de la desaparición del pulso.



- Se coloca el diafragma del estetoscopio sobre la arteria humeral en la fosa antecubital y se desinfla el manguito; la columna de mercurio o la aguja va descendiendo lentamente, a una velocidad aproximada de 2 a 3 mmHg/s.
- El primer sonido (Korotkoff I) se considera la presión arterial sistólica (PAS), y la presión arterial diastólica (PAD) la desaparición de este. (Korotkoff V). Es importante señalar que la lectura de las cifras debe estar fijada en los 2 mmHg o divisiones más próximas a la aparición o desaparición de los ruidos.

Se debe efectuar dos lecturas, separadas por dos minutos como mínimo. Si la diferencia entre estas difiere en 5 mmHg debe efectuarse una tercera medición y promediarlas. Verificar en el brazo contralateral y tomar la lectura más elevada.

### **Variables incluidas en el estudio**

- Sociodemográficas: edad (se toma en años cumplidos al momento de iniciarse el estudio; color de la piel (Blanca 1, Mestiza 2, Negra 3); escolaridad (años de estudio terminados: 1. Primaria, 2. Secundaria, 3. Preuniversitario 4. Técnico Medio, 5. Universitario); situación laboral en el último mes 1. Trabajador manual, 2. Trabajador administrativo, 3. intelectual 4. Militar, 5 Ama de casa, 6. Jubilado, 7. desocupada, 8. Trabajo por cuenta propia.
- Mediciones individuales resultantes del examen físico: tensión arterial (TA).

- Factores de riesgo de la aterosclerosis: hipertensión arterial.
- Índice de sobrecarga de género. Mide la recarga individual que representa para la mujer la incorporación al trabajo, el desempeño de las tareas domésticas, la fuente personal de ingresos, la carga familiar y el cuidado de los miembros de la familia enfermos y/o discapacitados.
  - Para medir la variable se asignó un valor que corresponde a la complejidad o la sobrecarga que pueden representar las tareas que realiza la mujer, según la fórmula siguiente, donde el indicador de género se constituya a partir de la suma de los 4 ítems:  $X = IT+TD+CF+AE$ , X se mueve entre 0 y 10 mientras tienda a 10 indica mayor carga genérica.
  - Incorporación al trabajo (IT): mide la recarga que representa la incorporación laboral en el ámbito formal o informal. Los posibles valores que asumen se asignan si está o no incorporada al trabajo. Incorporada (1) y no incorporada (0).
  - Desempeño de las tareas domésticas (TD): mide la recarga que representa el desempeño de las tareas domésticas para la mujer. Los posibles valores se asignan según la forma en que se asume el trabajo doméstico.
  - Recarga individual (3), con ayuda (2), sola (1), y no hace nada (0).
    - Con recarga: mujer que, aunque vive acompañada realiza todas las actividades domésticas.

-Con ayuda: mujer que vive acompañada y recibe ayuda de sus familiares en el desempeño de las actividades domésticas.

-Sola: mujer que realiza todas las actividades domésticas y vive sola.

- No hace nada: mujer que no participa en las tareas domésticas de su domicilio

○ Composición familiar (CF): mide la complejidad y exigencia en el cuidado de la familia a partir de la composición del núcleo familiar según comprendan personas que requieren mayor cuidado y atención como son: niños, adolescentes, ancianos y discapacitados, de acuerdo con ello se asignarán los valores siguientes:

○ Composición del núcleo familiar: <1 año o adolescente 15 a 19 años o ancianos >70 años (4) y no comprende estas edades (0).

○ Atención a enfermos (AE): mide la recarga que implica la atención a la familia, cuando algunos de sus integrantes (bajo su cuidado) padezca alguna enfermedad crónica o este discapacitado. Si la atención se realiza:

- Sola (2), con ayuda (1) y no hace nada (0).

El índice de condicionamiento de género (ICG) se considerará  $\leq 5$  no recarga de género y  $>5$  recarga de género

- Intensidad del síndrome vasomotor. Según instrumento de Julia Piñero.

### **3.6- Aspectos éticos**

La investigación se realizó bajo los principios éticos que rigen a toda investigación médica, según lo dispuesto en la declaración de Helsinki de 2013.<sup>43</sup> Teniendo siempre presente la autonomía de los enfermos como principio ético fundamental, si el paciente no está de acuerdo con lo explicado no se tomará ninguna represalia y se le seguirá atendiendo según lo dispuesto por el Ministerio de Salud Pública, la información obtenida solo se revelará en la exposición de los resultados del informe final.

A todas las mujeres se les aplicó el Acta de Consentimiento Informado (**Anexo 4**). Los resultados individuales serán comunicados personalmente a cada participante por su médico de familia y el autor de la investigación. Toda la información será considerada confidencial y el acceso a ella estará protegido convenientemente.

### **3.7- Limitaciones del estudio**

Ser un estudio de corte transversal

### **III. CAPÍTULO: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

## **4to CAPÍTULO: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **4.1- Resultados**

Los datos que se presentan en las tablas y/o gráficos provienen de las encuestas utilizadas para esta investigación.

Se estudiaron un total de 202 mujeres, con un promedio de edad de 53,87 años.

En la Tabla 2 se muestran las principales características del grupo de estudio.

Tabla 2. Distribución de la muestra según variables generales

<b>VARIABLES GENERALES</b>	n= 202	
Edad actual	No.	%
40-44	1	,5
45-49	30	14,9
50-54	90	<b>44,6</b>
55-59	50	24,8
60-64	31	15,3
Color de la piel		
Blanca	118	<b>58,4</b>
Negra	39	19,3
Mestiza	45	22,3
Escolaridad		
Primaria	8	4,0
secundaria	25	12,4
Preuniversitario	52	25,7
Técnico medio	48	23,8
Universitario	69	<b>34,2</b>

En la Tabla 3 se observa la distribución según factores de riesgo de aterosclerosis, donde el mayor porcentaje lo aporta la mujer fumadora con un 63,9 %, seguida de la hipertensa con un 54,5 %, objeto de esta investigación.

Tabla 3. Distribución de las pacientes según factores de riesgo ateroscleróticos

<b>Factores de riesgo ateroscleróticos</b>	No.	%
Diabetes mellitus	22	10,9
Sobrepeso	89	44,1
Obesa	43	21,3
Fumadora	129	<b>63,9</b>
Hipertensa	110	<b>54,5</b>

El 51,0 % de las pacientes se encuentran en la posmenopausia temprana, seguido del 35,6 % en la posmenopausia tardía. (Ver Tabla 4)

Tabla 4. Distribución de las pacientes según etapa de climaterio

<b>Etapa del climaterio</b>	No.	%
No menopausia	14	6,9
Perimenopausia	13	6,4
Posmenopausia temprana	103	<b>51,0</b>
posmenopausia tardía	72	<b>35,6</b>
Total	202	100,0

El 67,3 % de las pacientes tienen síntomas vasomotores (leve, moderado y muy molesto) con un ligero predominio en los síntomas leves. (Ver Tabla 5)

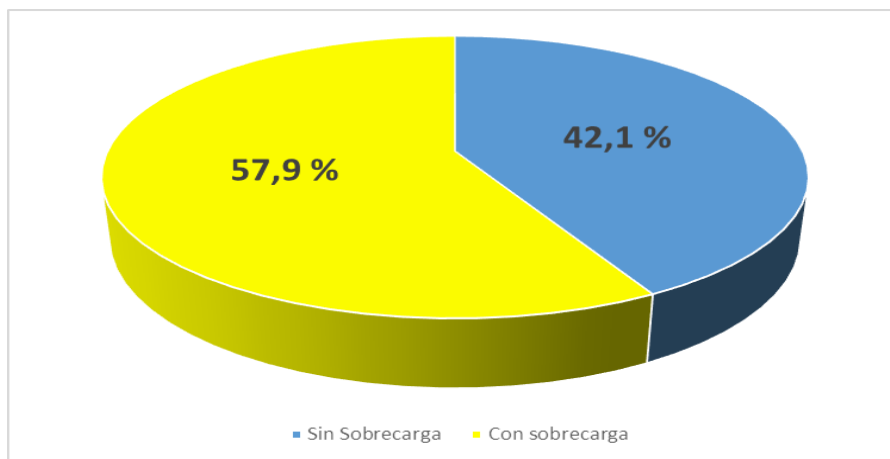
Tabla 5. Distribución de las pacientes según intensidad de los SVM

<b>Síntomas vasomotores</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
asintomático/muy leve	66	32,7
leve	67	<b>33,2</b>
moderado	58	28,7
muy molesto	11	5,4
<b>Total</b>	<b>202</b>	<b>100,0</b>

La sobrecarga de género está presente en el 57,9 % de las pacientes. (Ver Tabla 6)

Tabla 6. Distribución según sobrecarga de género

<b>Sobrecarga de género</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
sin sobrecarga	85	42,1
con sobrecarga	117	<b>57,9</b>
<b>Total</b>	<b>202</b>	<b>100,0</b>



Fuente. Tabla 6

Gráfico 1. Distribución de las pacientes según sobrecarga de género



De las 117 pacientes con sobrecarga de género el 52,10 % son hipertensas, observándose un predominio de la hipertensión en las mujeres con sobrecarga. (Ver Tabla 6)

Tabla 6. Distribución de pacientes según sobrecarga de género e HTA

		APP de HTA		
		hipertensa	no hipertensa	Total
con sobrecarga	No.	61	56	117
	%	<b>52,10%</b>	47,9%	100,00%
sin sobrecarga	No.	49	36	85
	%	57,60%	42,4 %	100,00%

En la Tabla 7, de forma general el 67,3% de las pacientes presentan síntomas vasomotores. (Ver Tabla 7)

Tabla 7. Distribución de pacientes según HTA y SVM

Hipertensión arterial		Clasificación SVM				Total
		asintomático o/muy leve	leve	moderado	muy molesto	
no hipertensa	No.	30	30	27	5	92
	%	32,6%	32,6%	29,3%	5,4%	100%
hipertensa	No.	36	37	31	6	110
	%	32,7%	33,6%	28,2%	5,5%	100%
Total	No.	66	67	58	11	202
	%	32,7%	33,2%	28,7%	5,4%	100%

En la Tabla 8, cuando se relacionan los síntomas vasomotores con la sobrecarga de género y la hipertensión arterial se observa que no existe asociación.

Tabla 8. Estimación por intervalo de confianza de los OR de los factores influyentes (sobrecarga de género e HTA) en el SVM

<b>Factores influyentes</b>	<b>Odds Ratio (OR)</b>	<b>Intervalo de confianza</b>
Sobrecarga de género	0.80	[0.45 <OR> 1.40]
Hipertensión arterial	0.95	[0.53 <OR> 1.70]

## 4.2- Discusión

En 1990 había 467 millones de mujeres posmenopáusicas en el mundo, para el año 2020 se espera que esta población aumente a 1200 millones. Según informes publicados por expertos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el tema de población y en informes del Banco Mundial, al finalizar el recientemente concluido siglo XX había más de 750 millones de mujeres mayores de 45 años en el mundo. La OMS estima que en el año 2030 más de 1 200 millones estarán por encima de esa edad, lo que supone que se habrá multiplicado por 3 su número en apenas 40 años.<sup>44</sup>

La naturaleza del concepto de género es eminentemente relacional, lo que significa que su centro de interés no es la mujer—ni el hombre—per se, sino las relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres —o entre los ámbitos “masculinos” y “femeninos”— de una sociedad y el impacto que tales relaciones tienen sobre la vida de las personas.<sup>(45)</sup>

La sobrecarga de género en la mujer viene dada por la multiplicidad de roles que desempeña en su andar diario, representado por el trabajo reproductivo, productivo y comunitario. Las exigencias familiares y laborales contraídas por la mujer como metas propias para ella, constituyen una sobrecarga inmensa cuando son sumadas. El rol tradicional culturalmente condicionado de la mujer como cuidadora del hogar, los ancianos y enfermos de la familia contribuyen en la esfera familiar a esa sobrecarga que no deja tiempo y espacio para su cuidado.

El condicionamiento de género, probablemente más que otros determinantes de las condiciones de vida en que ha vivido la mujer, constituye una sobrecarga que desvía el proceso salud-enfermedad en sentido negativo. El modo de inserción femenina en el proceso productivo, las relaciones de subordinación económica, la falta de equidad en el espacio público y privado, los conflictos por la carencia o necesidad de apoyo financiero; las condiciones del entorno higiénico habitacional, que pueden generar más recarga física en su trabajo diario, y las características específicas del trabajo doméstico o productivo en el espacio urbano o rural, son factores que pueden contribuir a favorecer o deteriora la salud de la mujer. <sup>46</sup>

En las mujeres de edad mediana, se asocian con frecuencia algunas enfermedades crónicas no transmisibles como: la enfermedad vascular de origen aterosclerótico, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, entre otras. Por lo que la morbilidad adquiere un papel importante ya que casi la tercera parte de la vida femenina transcurre después de la menopausia. <sup>(25)</sup>

Los síntomas climatéricos duplican su intensidad y frecuencia cuando se relacionan con determinantes sociales vinculadas con la sobrecarga de género (doble jornada en tareas domésticas y trabajo fuera del hogar, prestación de servicios de salud a la familia, cuidadora de ancianos y/o niños, entre otras). <sup>(47)</sup>

Fernández Milán, <sup>(9)</sup> en estudio realizado en el “Policlínico 19 de abril”, reporta un 42,6 % de mujeres con sobrecarga de género, otros estudios como el de Gueimon en Matanzas, reporta un 50 %, Rivas un 57 %. <sup>(9)</sup> Oramas <sup>(25)</sup> en el

Policlínico Mártires del Corynthia, con un 68 %, plantea que la HTA resultó mayor entre las mujeres que sufrían sobrecarga de género y las que no, aunque estas diferencias no resultaron estadísticamente significativa a semejanza con esta investigación.

Los síntomas vasomotores de la menopausia son los síntomas menopáusicos cardinales durante el curso de la transición menopáusica. Alrededor del 60% al 80% de las mujeres experimentan SVM y, por lo general, aumentan notablemente en los dos años anteriores a la menopausia y alcanzan su punto máximo un año después. <sup>(40)</sup>

Los síntomas vasomotores son más frecuentes durante la perimenopausia, su intensidad es de ligera a moderada; y son referidos entre 50-60 % de las mujeres. <sup>(47)</sup> En la presente investigación se evidenció que el 67,3% de las pacientes presentan sintomatología vasomotora, Sariol Corrales, <sup>(15)</sup> en su investigación en mujeres entre 40 y 59 años, sin factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, evidencia un 70 %, El gran estudio de cohorte prospectivo Study of women' s Health Across the Nation (SWAN) reporta una prevalencia general de aproximadamente 70 %. <sup>(15)</sup>

En el estudio de mujeres alrededor del mundo, la prevalencia de los sofocos varía a lo largo de la transición menopáusica. En tres amplios estudios contemporáneos de mujeres que experimentan sofocos en la transición menopáusica (el Australian Longitudinal Estudio de la Salud de la Mujer [ALSWH], el Estudio Médico Consejo de Investigación Encuesta Nacional de Salud y Desarrollo [Estudio de cohorte de nacimiento británico de 1946], y el

Estudio de Women Across the Nation [SWAN, EE. UU.]), cuatro patrones se puede identificar en función del inicio, la gravedad y la duración. A pesar de las diferencias en la presentación de datos y la terminología utilizada para describir los patrones, su similitud entre países hace que sea poco probable que los patrones se expliquen únicamente por factores socioeconómicos o culturales. Si estos cuatro patrones reflejan diferencias en los procesos neuroreguladores o diferencias en inestabilidad vasomotora entre las mujeres, puede ser posible separar las causas biológicas de las ambientales y causas socioeconómicas. Además, estos patrones pueden diferenciarse asociado con otras condiciones crónicas del envejecimiento tales como trastornos del sueño, trastornos cognitivos y del estado de ánimo, enfermedades cardiovasculares y osteoporosis. <sup>48</sup>

Loa VMS en particular, los sofocos y las sudoraciones nocturnas, son los principales problemas experimentados por la menopausia en las mujeres, de hecho, del 50% al 75% de las perimenopáusicas y las mujeres posmenopáusicas experimentan algún grado de VMS durante su vida. A diferencia de lo tradicional, donde los VMS se consideraron como síntomas transitorios de perimenopausia, estudios recientes han sugerido que SVM puede persistir durante más de siete años después del inicio de la menopausia. <sup>(16)</sup>

Estudios epidemiológicos realizados por el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Corea, Seúl, Corea, han demostrado que la presencia o la gravedad del SVM se asocian

con un aumento del riesgo de síndrome metabólico, resistencia a la insulina, no alcohólica enfermedad del hígado graso y osteoporosis. Sin embargo, los mecanismos subyacentes exactos de esas asociaciones no están claras, y muchos factores de confusión, factores requieren consideración, tales como la edad, la obesidad y opciones de estilo de vida. <sup>(16)</sup>

Casi la mitad de todas las muertes en mujeres mayores de 50 años están asociados con ECV. La asociación entre la menopausia y el aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares en las mujeres ha sido bien descrito, y eso entre SVM en menopáusicas y ECV también se ha informado repetidamente en estudios recientes, aunque no hay evidencia casual. Un estudio de cohorte prospectivo de 11.725 mujeres de 45 a 50 años demostraron que las mujeres con SVM frecuentes estaban en mayor riesgo de desarrollar enfermedad coronaria, 14 años después, ajustado por edad, menopausia, estilo de vida y otras enfermedades crónicas. <sup>(16)</sup>

En diferentes estudios observacionales donde se incluyeron 19 667 participantes, **se demostró que las mujeres** con sofocos, en comparación con las que no los presentaban, tendían a presentar niveles significativamente más altos de presión arterial sistólica y mayores probabilidades de padecer hipertensión arterial. Del mismo modo, las mujeres que reportaron sudores nocturnos en comparación con aquellas que no lo hicieron, tuvieron niveles significativamente más altos de presión arterial sistólica y diastólica, colesterol total y mayor índice de masas corporal. <sup>(37)</sup>

Las mujeres están poco representadas en las investigaciones que refieren a las enfermedades crónicas no transmisibles. La investigación sobre la enfermedad cardiovascular desde la perspectiva del sexo y el género ha llevado a una nueva comprensión de la fisiopatología de la enfermedad coronaria en las mujeres; sin embargo, muchas otras áreas en las enfermedades cardiovasculares necesitan más esfuerzos de investigación.

## **CONCLUSIONES**

No existe asociación entre la hipertensión arterial, la sobrecarga de género y los síntomas vasomotores. Se deben realizar estudios prospectivos que evalúen dicha asociación.



## **RECOMENDACIONES**

- Se recomienda realizar estudios prospectivos, para identificar enfermedad cardiovascular en este grupo de mujeres.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

<sup>1</sup> Salinas P. Envejecimiento poblacional y unidades de climaterio. Rev chil obstet ginecol [Internet]. 2017 Jun [citado 09 Oct 2018];82(3). Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262017000300293&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000300293&lng=es) doi: # <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262017000300293>.

<sup>2</sup> Rivas A, Hernández C, Zerquera G, Vicente B, Muñoz JA. Factores biológicos y sociales relacionados con la salud de la mujer durante el climaterio. Medisur [Internet]. 2011 [citado 19 May 2017];9(6):6-12. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1212/6606>.

<sup>3</sup> Naranjo Hernández Y, Figueroa Linares M Cañizares Marín R. Envejecimiento poblacional en Cuba. Gac Méd Espirit [Internet]. 2015 Dic [citado 02 Oct 2018]; 17(3):223-33. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212015000300025&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000300025&lng=es).

<sup>4</sup> Oficina Nacional de Estadísticas. Esperanza de vida. Cuba y provincias 2005-2007. Calculo por sexo y edades. La Habana 2011. Disponible en: <https://www.one.cu/esperanzadevida.htm>

<sup>5</sup> Larrocca P. Climaterio e influencias socio-culturales. Percepción y significado del climaterio en mujeres argentinas residentes en la Zona Norte del Gran Buenos Aires [tesis doctoral en Internet]. Buenos Aires: Universidad de Palermo; 2016 [citado 4 Nov 2018]. 287 p. Disponible en: [https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream//Larrocca\\_Patricia\\_Tesis\\_CC.pdf](https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream//Larrocca_Patricia_Tesis_CC.pdf) ?.

<sup>6</sup> Chicoma Gamarra FA. Intensidad del síndrome climatérico y la calidad de vida en usuarias de consultorios externos de ginecología del hospital de apoyo “nuestra señora del rosario”. Cajabamba. 2017. [Tesis Doctorado en

---

Internet]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca. Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Académico Profesional de Obstetricia; 2018 [citado 9 Sep 2022]. 78 p. Disponible en:  
<http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1802/TESIS%20Intensidad%20del%20Sindrome%20Climaterico%20y%20Calidad%20de%20Vida%20Cajabamba%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<sup>7</sup> Turiño Sarduy MI, Colomé González T, Fuentes Guirola E, Palmas Mora S. Síntomas y enfermedades asociadas al climaterio y la menopausia. *Medicentro Electrónica* [Internet]. 2019 [citado 11 May 2022];23(2):116-24. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432019000200116&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432019000200116&lng=es).

<sup>8</sup> Álvarez M. Prólogo. Editores. Sarduy C, Alfonso AC. En: *Género, Salud y Cotidianidad. Temas de actualidad en el contexto cubano*. Ciudad de La Habana: Editorial: Científico Técnica; 1999.

<sup>9</sup> Fernández Milán A, Navarro Despaigne D, Bacallao Gallestey J. Condicionamiento de género y condición socioeconómica: su asociación con algunos factores de riesgo ateroscleróticos. *Revista Finlay* [Internet]. 2018 [consultado 14 mayo 2022]; 8(1):26-35. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342018000100004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000100004)

<sup>10</sup> Cárdenas LTG, Veá HDB, Meléndez EH. Factores de riesgo de baja calidad de vida en mujeres con climaterio del Municipio Plaza de la Revolución de la Habana, Cuba. *Archivos en Medicina Familiar* [Internet]. 2019 [consultado 14 mayo 2022]; 21(1):5-10. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2019/amf191b.pdf>

<sup>11</sup> Despaigne DAN. Una nueva dimensión de los síntomas vasomotores. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. 2018 [consultado 14 mayo 2022]; 34(4):4-6. Disponible en: [https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2018/cmi\\_184b.pdf](https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2018/cmi_184b.pdf)

<sup>12</sup> Zilberman JM. Menopausia: Hipertensión arterial y enfermedad vascular. *Hipertensión y riesgo vascular* [Internet]. 2018 [citado 11 May 2022]; 35(2):77-83. Disponible en: <https://medes.com/publication/134064>

---

<sup>13</sup> Navarro Despaigne D, Staroushik Morel L, Staroushik Morel JO. Síndrome vasomotor: puente de unión entre la disfunción endotelial y la esclerosis arterial. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2019 [citado 9 Sep 2022];26(3):133-41. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2018.09.009>.

<sup>14</sup> Diez Pérez Y. Hipertensión arterial en menopausia. [Internet]. México: Sociedad Interamericana de Cardiología; c2021 [actualizado 2022; citado 9 Sep 2022]. Disponible en: <https://www.siacardio.com/consejos/mujersiac/menopausia-2/>.

<sup>15</sup> Sariol Corrales Y, Navarro Despaigne D, Álvarez Plasencia R, García Blaya JK, Domínguez Alonso EM. Intensidad del síndrome vasomotor y su relación con la función endotelial en mujeres de edad mediana. Rev Cuba Endoc [Internet]. 2021 [citado 9 Sep 2022];35(1):e264 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubend/rce-2021/rce211c.pdf>

<sup>16</sup> Ryu KJ, Park H, Park JS, Lee YW, Kim SY, Kim H, et al. Vasomotor Symptoms: More Than Temporary Menopausal Symptoms. J Menopausal Med [Internet]. 2020 Dic [cited 2021 Ago 20];26(3):147-53. Available from: <https://doi.org/10.6118/jmm.20030>

<sup>17</sup> Palacios Sánchez MP. Sintomatología de Climaterio en Mujeres de 45 a 50 Años en el Distrito de San Luis en el 2021 [Tesis medicina en Internet]. Cañete Perú Sintomatología de Climaterio en Mujeres de 45 a 50 Años en el Distrito de San Luis en el 2021: Universidad privada Sergio Bernales Facultad de Obstetricia; 2021 [citado 9 Sep 2022]. 64 p. Disponible en: <http://52.34.246.229/handle/UPSB/281>.

<sup>18</sup> Roldán G, Gómez Tabares G. Síntomas Vasomotores en la Menopausia. Revista colombiana de menopausia [Internet]. 2020 [citado 9 Sep 2022];26(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/menopausia/vm-262/sintomas-vasomotores-menopausia/>

<sup>19</sup> Thurston RC, Aslanidou Vlachos HE, Derby CA, Jackson EA, Mori Brooks M, Matthews KA, et al. Menopausal Vasomotor Symptoms and Risk of Incident Cardiovascular Disease Events in SWAN. J Am Heart Assoc. [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 9];10(e017416):1-17. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/epdf/10.1161/JAHA.120.017416>.

- 
- <sup>20</sup> OPS. Igualdad de Género en Salud [Internet]. Washington, DC:OMS; c2022 [actualizado 8 Ago 2022]; [citado 9 Sep 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/igualdad-genero-salud>.
- <sup>21</sup> Rohlfis C, Borrell C, Anitua C, Artazcoz L, Colomer C, Escribá V, et al. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gac Sanit* 2000;14(2):146-55. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911100714488/pdf?md5=96b3c662b6cafaf0376e0127c14c2b6c&pid=1-s2.0-S0213911100714488-main.pdf>
- <sup>22</sup> Castañeda I, Astraín ME, Martínez V, Sarduy C, Alfonso AC. Algunas reflexiones sobre el género. *Rev Cubana Salud Pública* 1999;25(2):129-42
- <sup>23</sup> Rodríguez Rodríguez T. La Cardiopatía Isquémica y la situación actual del enfoque de género en esta problemática de salud. *Vertientes. Revista Especializada en Ciencias de la Salud* [Internet]. 2018 [citado 30 May 2022];21(1-2):33-41. Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/72838>
- <sup>24</sup> Castañeda I. Construcción de indicadores sintéticos para medir diferencias de género en el contexto social cubano. [tesis doctoral] La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública;2005.
- <sup>25</sup> Oramas Hernández L, Lugones Botell M, Massip Nicot J. Sobrecarga de género asociada al riesgo cardiovascular en mujeres de edad mediana supuestamente sanas del policlínico "Mártires del Corynthia". *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2017 [citado 17 Sep 2022]; 43(3). Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/237>
- <sup>26</sup> Álvarez M. Prólogo. Editores. Sarduy C, Alfonso AC. En: *Género, Salud y Cotidianidad. Temas de actualidad en el contexto cubano*. Ciudad de La Habana: Editorial: Científico Técnica; 1999.
- <sup>27</sup> Consejo de Estado. *Gaceta Oficial de la República de Cuba. Plan de Acción Nacional de Seguimiento a la Conferencia de Beijing*. República de Cuba. Ciudad de la Habana: Editorial de la Mujer;1999.
- <sup>28</sup> O'Donnell C, Elosua R. Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. *Rev Esp Cardiol* 2008;6:299-310. Disponible en:<http://www.revespcardiol.org/es/factores-riesgo-cardiovascular-perspectivas-derivadas/articulo/13116658/>

---

29. Michelotto MA, Martins RL, Machado EA, Santos de Moraes EB, de Carvalho T. Relación de Indicadores Antropométricos con Factores de Riesgo para Enfermedad Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol* 2010;94(4):462-469 Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n4/es\\_aop00610.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n4/es_aop00610.pdf)

<sup>30</sup> Ferrer Arrocha M. Sobrepeso, hipertensión y hábito de fumar, en una cohorte de adolescentes. 2004-2008. [Tesis doctoral en internet]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Centro de Investigaciones y Referencias de Aterosclerosis de La Habana (CIRAH); 2012. 90 p.

31. World Health Organization. The atlas of heart disease and stroke. Ginebra: WHO. Cardiovascular disease [serie en internet]. 2013 [citado 2013/19/9]. Disponible en: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/resources/atlas/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/).

<sup>32</sup> Pérez Caballero MD, León Álvarez JL, Dueñas Herrera A, Alfonso Guerra JP, Navarro Despaigne DA, de la Noval García R, et al. Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. *Revista Cubana de Medici* [Internet]. 2017 [citado 9 Sep 2022];56(4):242-321. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v56n4/med01417.pdf>.

<sup>33</sup> Williams B, Mancia G, Spiering W, Azizi M, Burnier M, Clement DL, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2019 [citado 9 Sep 2022];72(2):160.e1-e78. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893218306791>.

<sup>34</sup> Cubadebate [Internet]. Cuba: Prensa Cubana; c2022. Fariñas Acosta L Más allá de estadísticas: ¿Qué nos dice la Encuesta Nacional de Salud sobre la hipertensión arterial?; 2022 Ago [actualizado 29 Ago 2022; [citado 10 Sep 2022]; [aprox. 20 pantallas]. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/especiales/2022/08/29/mas-alla-de-estadisticas-que-nos-dice-la-encuesta-nacional-de-salud-sobre-la-hipertension-arterial/>.

<sup>35</sup> Urrea JK. Hipertensión arterial en la mujer. *Rev Colomb Cardiol* [Internet]. 2018 [citado 23 Ago 2022];25 Supl 1:S13-20. Disponible en: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0120563317302590>

<sup>36</sup> del Sueldo M, Vicario A, Cerezo, Gonzalo GH, Miranda G, Zilbermanf J. Hipertensión arterial, menopausia y compromiso cognitivo. *Rev Colomb Cardiol* [Internet]. 2018 [citado 23 Ago 2022];25 Supl 1:S34-41. Disponible en:

---

[https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S012056331730253X.pdf?locale=es\\_ES&searchIndex=](https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S012056331730253X.pdf?locale=es_ES&searchIndex=)

<sup>37</sup> Bolaños Chaves BD, Ortega Muñoz E. Riesgo cardiovascular asociado a menopausia. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2021 [citado 11 May 2022]; 6(1):1-12. Disponible en:

[https://www.researchgate.net/publication/348197774\\_Riesgo\\_cardiovascular\\_asociado\\_a\\_menopausia/fulltext/602ad92a299bf1cc26cb5d3e/Riesgo-cardiovascular-asociado-a-menopausia.pdf](https://www.researchgate.net/publication/348197774_Riesgo_cardiovascular_asociado_a_menopausia/fulltext/602ad92a299bf1cc26cb5d3e/Riesgo-cardiovascular-asociado-a-menopausia.pdf)

<sup>38</sup> Real Delor RE, Aquino M. Tratamiento de la hipertensión arterial en la menopausia. An. Fac. Cienc. Méd. [Internet]. 2018 [citado 30 May 2022]; 51(1):65-74. Disponible en:

<http://archivo.bc.una.py/index.php/RP/article/view/1458/1372>

<sup>39</sup> Choi HR, Chang Y, Kim Y, Kang J, Kwon MJ, Kwon R, et al. High low-density lipoprotein cholesterol level is associated with an increased risk of incident early-onset vasomotor symptoms. Sci Rep [Internet]. 2022 Aug [cited 2022 Sep12];12(1):14652. Available from:

[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9420127/pdf/41598\\_2022\\_Article\\_19028.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9420127/pdf/41598_2022_Article_19028.pdf).

<sup>40</sup> Zhu D, Chung HF, Dobson AJ, Pandeya N, Anderson DJ, Kuh D, Hardy R, et al. Vasomotor menopausal symptoms and risk of cardiovascular disease: a pooled analysis of six prospective studies. Am J Obstet Gynecol. 2020 Dec [cited 2022 Sep12];223(6):898.e1-898.e16. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7704910/pdf/nihms-1645659.pdf>

<sup>41</sup> Pérez Piñero JS. Escala cubana para clasificar la Intensidad del síndrome climatérico. Resultados de su aplicación en Provincias seleccionadas. 1999-2004 [tesis doctoral en Internet]. Ciudad de La Habana: Editorial Universitaria; 2007 [citado 28 Ago 2022]. 185 p. Disponible en: [http://tesis.repo.sld.cu/view/autores/P=E9rez\\_Pi=F1ero=3AJulia\\_Silvia=3A=3A.html](http://tesis.repo.sld.cu/view/autores/P=E9rez_Pi=F1ero=3AJulia_Silvia=3A=3A.html)

<sup>42</sup> Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Cub Med [Internet]. 2017 Ene [citado 8 Oct 2018];56 Supl:[aprox 7 p]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol56\\_sup\\_17/sumario.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol56_sup_17/sumario.htm)

---

<sup>43</sup> Instituto de Salud Carlos III [Internet]. España: Ministerio de Economía Industria y Competitividad; c2013 [actualizado 23 Ago 2017; citado 23 Ago 2017]. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64 Asamblea General. Fortaleza, Brasil; [aprox. 9 pantallas]. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>

<sup>44</sup> Bravo Polanco E, Águila Rodríguez N, Benítez Cabrera CA, Rodríguez Soto D, Delgado Guerra AJ, Centeno Díaz A. Factores biológicos y sociales que influyen en la salud de la mujer durante el climaterio y la menopausia. Medisur [Internet]. 2019 Oct [citado 12 Sep 202];17(5):719-727. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2019000500719&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2019000500719&lng=es). Epub 02-Oct-2019.

<sup>45</sup> Gómez E. Curso Virtual Género y Salud: Marco Conceptual. Organización Panamericana de la Salud Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos 2010 <http://www.paho.org>

<sup>46</sup> Artilles L. Contribución de los roles de género a la determinación del síndrome climatérico. [tesis doctoral en internet]: Instituto Superior de ciencias médicas de la Habana; 2001.

<sup>47</sup> Navarro Despaigne DA, Sarduy Nápoles MR, Manzano Ovies BR, Artilles Visbal. III Consenso cubano sobre climaterio y menopausia. 4ta ed. . Habana:2021.1- 54 p.

<sup>48</sup> Miller VM, Juliana MK, Files JA, Joyner MJ, Kapoor E, Moyer AM, et al. What's in a name: are menopausal "hot flashes" a symptom of menopause or a manifestation of neurovascular dysregulation? Menopause [Internet]. 2018 [cited 2022 Sep10];25(6):700-3. Available from: Menopause.



# ANEXOS

## Anexo 1

Cuestionario para familiar bajo estudio.			
El Centro de Investigación y Referencia de la Aterosclerosis de La Habana están realizando una investigación para estudiar para estudiar la posible influencia de los factores de riesgo aterosclerótico, el condicionamiento de género y las condiciones de vida sobre la intensidad del síndrome vasomotor			
No de cuestionario  __ __ __		No de consultorio  __ __	Fecha de la entrevista  __ __
Nombre y apellidos			
Sección I. Características socio - demográficas.			
Edad (años cumplidos)	__ __		
Color de la piel	Blanco <input type="checkbox"/> 1	Mestizo <input type="checkbox"/> 2	Negro <input type="checkbox"/> 3
¿Cuál es su nivel educacional más alto terminado completamente?	Ningún nivel aprobado		<input type="checkbox"/> 1
	Primaria		<input type="checkbox"/> 2
	Secundaria		<input type="checkbox"/> 3
	Obrero Calificado		<input type="checkbox"/> 4
	Técnico medio		<input type="checkbox"/> 5
	Preuniversitario		<input type="checkbox"/> 6
	Universitario		<input type="checkbox"/> 7
Situación laboral en el último mes	Trabajador estatal		<input type="checkbox"/> 1
	Trabajador por cuenta propia		<input type="checkbox"/> 2
	Trabajador empresa mixta, corporaciones o firma extranjera		<input type="checkbox"/> 3
	Ama de casa		<input type="checkbox"/> 4
	Jubilado		<input type="checkbox"/> 5
	Estudiante		<input type="checkbox"/> 6
	No hace nada		<input type="checkbox"/> 7
	Otro		<input type="checkbox"/> 8
	Cuál:		_____

Sección II. Problemas de salud				
1	Ha sido diagnosticada como hipertensa		Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2

Sección III. Climaterio y menopausia			
	Etapa del climaterio	Perimenopausia	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
		Posmenopausia Etapa temprana: que se refiere a los 5 primeros años de posmenopausia	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2

	Posmenopausia. Etapa tardía: desde 5 años después de la menopausia hasta los 64 años.	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
	Menopausia Natural después de los 40 años	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
	-Menopausia precoz: Antes de los 40 años	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
	-Menopausia tardía después de los 55 años	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
	-Menopausia artificial: Inducida por radio o quimioterapia o exéresis quirúrgica	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2

### Anexo 2.

Índice de condicionamiento de género				
Está U. incorporada al trabajo. (IT)	(1) incorporada	(2) no incorporada		
Desempeño de las tareas domésticas (TD)	(3) con recarga	(2) con ayuda	(1) sola	(0) no hace nada
Composición familiar (CF)	(4) menores de 1 año o adolescentes de 15 a 19 años o ancianos mayores de 70 años	(0) no comprende esas edades		
Atención a enfermos (AE)	(2) atención al enfermo sola		(1) con ayuda	(0) no hace nada

### Anexo 3. Intensidad del síndrome climatérico

	Ausente (0)	Leve (1)	Moderado (2)	Intenso (3)	Peso	Puntos
<b>SÍNTOMAS CIRCULATORIOS</b>						
Sofocos u oleadas de calor					4	
Sudoraciones nocturnas					4	
Palpitaciones					2	
Parestesias-hiperestesias					2	
Dolores de cabeza					1	
					Subtotal Circulatorios	
<b>SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS</b>						
Insomnio					3	
Nerviosismo					3	
Irritabilidad					3	
Labilidad emocional					3	
Disminución interés sexual					3	
Pérdida capacidad memoria-concentración					2	
Apatía					2	
Tristeza					2	
Miedos					1	
					Subtotal Psicológicos	
<b>SÍNTOMAS GÉNITOURINARIOS</b>						
Dispareunia					3	
Disminución placer sexual					3	
Sequedad vaginal	Ausente (0)		Presente (2)		3	
Atrofia genital	Ausente (0)		Presente (2)		3	
Incontinencia urinaria					1	
Polaquiuria					1	
Disuria					1	
					Subtotal Génitourinarios	
<b>SÍNTOMAS GENERALES</b>						
Dolores musculares-osteoarticulares					2	
Aumento de peso					2	
Vértigos					1	
Sequedad mucosa oral					1	
Astenia					1	
Pérdida de peso					1	
Sequedad de la piel	Ausente (0)		Presente (2)		1	
					Subtotal Generales	
					<b>TOTAL</b>	

### ***Instructivo para la clasificación del síndrome climatérico***

#### **Para el Puntaje Total**

ASINTOMÁTICO	De 0 a 24 puntos
LEVE	De 25 a 50 puntos
MODERADO	De 51 a 80 puntos
MUY MOLESTO	81 puntos o más

#### **Para Subescala de Síntomas Circulatorios**

ASINTOMÁTICO	De 0 a 6 puntos
LEVE	De 7 a 14 puntos
MODERADO	De 15 a 23 puntos
MUY MOLESTO	24 a 39 puntos

#### **Para Subescala de Síntomas Psicológicos**

ASINTOMÁTICO	De 0 a 9 puntos
LEVE	De 10 a 19 puntos
MODERADO	De 20 a 32 puntos
MUY MOLESTO	33 a 66 puntos

#### **Para Subescala de Síntomas Génitourinarios**

ASINTOMÁTICO	De 0 a 1 punto
LEVE	De 2 a 7 puntos
MODERADO	De 8 a 16 puntos
MUY MOLESTO	17 a 39 puntos

#### **Para Subescala de Síntomas Generales**

ASINTOMÁTICO	De 0 a 3 puntos
LEVE	De 4 a 6 puntos
MODERADO	De 7 a 11 puntos
MUY MOLESTO	12 a 26 puntos

#### **Anexo 4. Consentimiento informado.**

Consentimiento Informado.

La que suscribe \_\_\_\_\_ está de acuerdo con participar en el estudio “Sobrecarga de género, hipertensión arterial y síntomas vasomotores durante el climaterio”. Para obtener este consentimiento he recibido una explicación amplia y detallada de la Dra. Ana Mary Fernández Milán\*, quien me ha informado.

El estudio tiene como principal objetivo, Determinar la influencia de la sobrecarga de género y la hipertensión arterial en los síntomas vasomotores durante el climaterio.

Mi consentimiento en la participación es absolutamente voluntario y el hecho de no aceptar no tendrá consecuencias algunas en mis relaciones con el policlínico o con médicos y enfermeras que me atienden, los que me continuarán atendiendo según las normas de conducta habituales de esta institución donde tengo el mismo derecho de recibir el máximo de posibilidad de atención.

En cualquier momento puedo retirarme del estudio, sin que sea necesario explicar las causas y esto tampoco afectar las relaciones con los médicos y enfermeras o centro asistencial y para que conste y por mi libre voluntad firmo el presente consentimiento, junto con el médico que me ha dado las explicaciones a los \_\_\_ días de \_\_\_\_\_ del 20\_\_

Firma del entrevistado \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_

\*Dra. Ana Mary Fernández Milán

Especialista en Medicina General Integral y en Ginecología y Obstetricia.