Revista
GEROCIENCIA
Revista electrónica de Gerontología (Educación, Social, Gerencia, Salud, Ciencia y Tecnología).

RIESGO CARDIOVASCULAR EN MUJERES MENOPÁUSICAS Y NO MENOPÁUSICAS DE ‘‘BUENA VISTA’’, MUNICIPIO FALCÓN, ESTADO FALCÓN.

Goncalves, María[1]. Márquez Marianyely[2],
Quevedo Wileydis[3], Sánchez Alvary[4].

mariadeluz100@gmail.com[1] https://orcid.org/0009-0000-2366-6081[1]
marianyelymarquez.05@gmail.com[2] https://orcid.org/0009-0009-6196-5643[2]
wileydis2511@gmail.com[3] https://orcid.org/0009-0009-1285-2588 [3]
alvarysc19@gmail.com[4] https://orcid.org/0009-0009-1714-6122 [4]

[1]IVSS. Hospital Dr. Rafael Calles Sierra. Postgrado de Ginecología y Obstetricia. Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda”.

RESUMEN

La menopausia, punto en el tiempo después de 12 meses consecutivos de amenorrea, con pérdida de la función folicular ovárica, supone en la mujer un aumento significativo del riesgo de presentar eventos cardiovasculares. **Objetivo:** Comparar el riesgo cardiovascular entre las mujeres menopáusicas y no menopáusicas de la comunidad de **‘‘**Buena Vista’’, municipio Falcón, estado Falcón. **Metodología:** investigación correlacional, transversal, de campo, no experimental, con una muestra dividida en 2 grupos: 26 mujeres menopáusicas y 26 no menopáusicas, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión; se realizó entrevista y observación científica. **Resultados**: las mujeres menopáusicas presentan un mayor riesgo de padecer alguna enfermedad cardiovascular en un período de 10 años. **Conclusión**: Al estimar el riesgo cardiovascular en los grupos de estudio y control de la población de **‘‘**Buena Vista’’ se demostró que las pacientes menopáusicas presentan un mediano, alto y muy alto riesgo cardiovascular ($p<0.05$).

Palabras clave: menopausia, riesgo, cardiovascular.

CARDIOVASCULAR RISK IN MENOPAUSAL AND NON-MENOPAUSAL WOMEN FROM ‘‘BUENA VISTA’’, FALCÓN MUNICIPALITY, FALCÓN STATE.

ABSTRACT

Menopause, the period after 12 consecutive months of amenorrhea with loss of ovarian follicular function, represents a significantly increased risk of cardiovascular events in women. **Objective:** To compare cardiovascular risk between menopausal and non-menopausal women in the community of Buena Vista, Falcón municipality, Falcón state. **Methodology:** Correlational, cross-sectional, field-based, non-experimental research, with a sample divided into two groups: 26 menopausal and 26 non-menopausal women who met the inclusion and exclusion criteria. Interviews and scientific observation were conducted. **Results:** Menopausal women have a higher risk of developing some cardiovascular disease over a 10-year period. **Conclusion:** Estimating cardiovascular risk in the study and control groups of the ‘‘Buena Vista’’ population showed that menopausal patients have a medium, high and very high cardiovascular risk ($p<0.05$).

Keywords: menopause, risk, cardiovascular

INTRODUCCIÓN

La menopausia viene marcada por el fin de la menstruación que surge fisiológicamente como consecuencia de la pérdida de la función folicular a nivel ovárico. Si bien la regularidad y la duración del ciclo menstrual varían a lo largo de la etapa reproductiva de la mujer, lo habitual en todo el mundo es que las mujeres experimenten la menopausia natural entre los 45 y los 55 años (OMS, 2022).

Por otra parte, en Venezuela, se ha calculado en 48,7 ± 4,6 años para el cese espontáneo de la menstruación, y de 43 ± 3,2 años para la menopausia quirúrgica. Según datos del INE (Instituto Nacional de Estadística), en el país, la esperanza de vida para el año 2005, fue de 73,18 años, de manera que buena parte de la vida transcurre después de cesar la función ovárica. De hecho, para el año 2007, de una población femenina de 13.690.447, se calcula que 2.304.394 tenían 50 y más años, para 2015, se estimaron 2.409.636 mujeres de 50 y más años (Capote B y col. 2011).

Además, los cambios hormonales asociados a la menopausia pueden afectar al bienestar físico, emocional, mental y social. Mientras que algunas mujeres sufren pocos síntomas, o incluso ninguno, otras pueden padecer síntomas graves que lleguen a condicionar sus actividades diarias y mermar su calidad de vida. En algunos casos, los síntomas pueden durar varios años (OMS, 2022).

DESARROLLO

La aparición de la menopausia supone en la mujer un aumento significativo del riesgo de presentar eventos cardiovasculares. Asimismo, se ha estudiado a fondo el rol que juegan otros factores como la edad, las hormonas tanto endógenas como exógenas, y otros factores ambientales como el tabaco (Pizzi, R., y col. 2018).

Cierto es, que 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, mientras que los estrógenos regulan los marcadores inflamatorios específicos y citoquinas (Bolaños B., y Ortega E. 2021).

Ahora bien, entre los factores de riesgo que aumentan debido a estos cambios hormonales está el metabolismo de la glicemia e insulina, ocurre disminución de la acción del E2 (estradiol) a través del RE (receptor estrogénico) α y REβ afecta la sobrevida y secreción de células β de los islotes pancreáticos. Hay alteraciones en el metabolismo de los lípidos hacia un perfil más aterogénico con aumento del colesterol LDL (lipoproteína de baja densidad) y triglicéridos (TG) y disminución del colesterol HDL (lipoproteína de alta densidad). Existe un incremento del índice de masa corporal (IMC) y cambios en la composición corporal (Fung L., y Uzcategui L. 2018).

En otro orden de ideas, en esta misma línea, se deprenden las siguientes bases teóricas: la menopausia, se define como un punto en el tiempo después de 12 meses consecutivos de amenorrea, refleja la pérdida de función folicular ovárica (disminución del estrógeno y aumento de FSH) y ocurre naturalmente a una edad promedio de 51 años. El periodo anterior a la menopausia en el que las mujeres empiezan a experimentar cambios en los patrones del sangrado menstrual y fluctuaciones hormonales se conoce como transición menopaúsica o perimenopausia (Lugo F. 2024).

A su vez, no sólo los órganos y tejidos involucrados en la reproducción experimentan cambios como consecuencia de la acción de estas hormonas, por el contrario, en forma directa o indirecta afectan el funcionamiento de casi toda la economía (Pizzi, R., y col. 2018).

De manera que, el sistema cardiovascular, el óseo, el sistema nervioso central, el aparato gastrointestinal, el genitourinario, el inmunitario, piel, riñones y aparato

respiratorio no escapan a su influencia. Disminuyen la masa muscular, aumentan el metabolismo lipídico (elevan el HDL y disminuyen el LDL), favorecen el mantenimiento de la fisiología vascular, de antitrombina III y plasminógeno. Disminuyen la motilidad intestinal, aumentan el cortisol e intervienen en múltiples funciones cerebrales. A este último nivel ejerce una serie de efectos neuroprotectores, cognitivos y en el comportamiento (Lugo F. 2024).

Se distinguen 4 tipos de menopausia según la forma en la que se produce y la edad: natural, inducida, precoz, tardía (Pizzi, R., y col. 2018).

Menopausia natural: Es aquella que ocurre cuando los ovarios de la mujer dejan de funcionar gradualmente debido al descenso progresivo de las hormonas sexuales femeninas, estrógenos y progesterona, las encargadas, entre otras muchas funciones, de liberar cada ciclo menstrual un óvulo. Cuando estas hormonas descienden tanto que se deja de ovular, dejamos de menstrua y, por lo tanto, es el final de la vida fértil (Pizzi, R., y col. 2018).

Este proceso puede ocurrir en cualquier momento entre los 45 y los 55 años, aunque la edad media son los 51 años. Como los estrógenos participan en muchas otras funciones, su descenso produce una serie de síntomas y cambios en la mujer asociados a la menopausia: sofocos y sudores nocturnos, sequedad vaginal, insomnio, irritabilidad y cambios de humor, problemas para dormir (Torres A., y col. 2018).

Menopausia inducida: es aquella que no se produce por el proceso natural del organismo de dejar de funcionar los ovarios, sino a algún procedimiento quirúrgico o médico que afecta a los ovarios y provoca que dejen de ovular, haciendo que la menopausia aparezca antes de tiempo en esa mujer. Las causas más habituales de la menopausia inducida son: extirpación quirúrgica de ambos ovarios y tratamientos de quimioterapia o radioterapia (Pizzi, R., y col. 2018).

Menopausia precoz: Son los nombres que se le da a la menopausia cuando llega antes de los 45 años. La menopausia precoz puede ser una menopausia

inducida, es decir, causada por un procedimiento médico antes de los 45 años, pero también puede aparecer por causas naturales (Torres A., y col. 2018).

Menopausia tardía: Cuando la menopausia se produce después de los 55 años se considerada que la menopausia es tardía. Son muchos los factores físicos, biológicos y medioambientales que condicionan la llegada de la menopausia antes o después: la edad de la menarquía o primera regla, el número de embarazos, los factores genéticos, el historial ginecológico, la salud general, el peso, etc. De las causas antes indicadas que pueden condicionar la llegada de la menopausia, sin duda la que más puede influir es la genética, es decir, lo que marcan nuestros genes y los antecedentes familiares. Tener unos niveles altos de estrógenos durante toda la vida también puede provocar una aparición tardía de la menopausia (Pizzi, R. y col. 2018).

En cuanto al riesgo cardiovascular (RCV) se define como la probabilidad de padecer un evento cardiovascular en un determinado período, que habitualmente se establece en 5 o 10 años (Álvarez A. 2001). Existen dos métodos de cálculo de RCV: cualitativos y cuantitativos; los cualitativos se basan en la suma de factores de riesgo y clasifican al individuo en riesgo leve, moderado y alto riesgo; los cuantitativos dan un número que es la probabilidad de presentar un evento cardiovascular en un determinado tiempo; la forma de cálculo es a través de programas informáticos, basados en ecuaciones de predicción de riesgo o las llamadas tablas de riesgo cardiovascular (Maiques G. 2003).

En relación con la estimación del riesgo cardiovascular global por este método cuantitativo, tiene 3 objetivos clínicos fundamentales: identificar pacientes de alto riesgo que precisan atención e intervención inmediata, motivar a los pacientes para que sigan el tratamiento, así reducir riesgo y modificar la intensidad de la reducción de riesgo en base al riesgo global estimado (Maiques G. 2003).

Se diría, pues, que la disponibilidad de múltiples tablas para calcular distintos tipos de riesgo cardiovascular recomendados por los diferentes organismos y sociedades científicas conducen a una gran confusión. No existen estudios

actualmente que permitan contestar taxativamente a la pregunta planteada: ¿qué tabla utilizar?, y los razonamientos para la elección de una u otra tabla se basan en las inferencias de otros países o en los datos incompletos de la población (OMS 2008).

Lo primero que hay que considerar en una tabla para calcular el riesgo cardiovascular es qué enfermedades incluye, ya que el valor del riesgo será diferente para un mismo paciente si utilizamos distintas tablas. La mayoría de las tablas para calcular el riesgo están basadas en la cohorte del estudio de Framingham, las más importantes son: Framingham clásica, Framingham por Categorías, nuevas tablas de Framingham, Sociedades Europeas y la de la Organización Mundial de la Salud/Sociedad Internacional de Hipertensión (Alemañy M., 2016).

Entonces, las tablas de riesgo de Framingham utilizan un método de puntuación en base a las siguientes variables: edad (35-74 años), sexo, HDL-colesterol, colesterol total, presión arterial sistólica, tabaquismo (sí/no), diabetes (sí/no) e hipertrofia ventricular izquierda (HVI) (sí/no); con ello se puede calcular el riesgo coronario a los 10 años que incluye: angina estable, infarto de miocardio (IAM) y muerte coronaria; tiene como ventajas que puede sumir si no cuenta con datos de HDL-colesterol una cifra de 39 mg/dl en varones y de 43 mg/dl en mujeres; además si no se tiene un electrocardiograma (ECG), se considera que no presenta HVI (Maiques G. 2003).

A su vez, las tablas de las sociedades europeas recomiendan para el cálculo de riesgo en un periodo de 10 años, utilizan las siguientes variables: edad (30-70 años), sexo, tabaco, colesterol total y presión arterial sistólica; existen 2 tipos de tablas, dependiendo si el individuo es o no diabético; el nivel de riesgo viene representado en la tabla en colores (Alemañy M. 2016).

Entre las ventajas de este tipo de tablas coloreadas o gráficos se puede destacar: son fáciles de utilizar (sólo cinco variables), permite situar al individuo en relación al resto de la población según código de color, puede servir para negociar

con el paciente y para que vea reflejados los beneficios de intervención sobre los factores de riesgo (Maiques G. 2003).

Por consiguiente, las tablas de la OMS/SIH (Organización Mundial de la Salud/Sociedad Internacional de Hipertensión) indican el riesgo de padecer un episodio cardiovascular grave, mortal o no (infarto de miocardio o ataque apoplético), en un periodo 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 subregiones epidemiológicas de la OMS (Alemañy M. 2016).

Las tablas deben ser calibradas y ajustadas, es decir, adaptadas a las realidades epidemiológicas de cada país. Calibrar las tablas significa que las probabilidades de aparición del acontecimiento estimado se ajustan a la realidad. Para ello se necesitan datos sobre la incidencia de la enfermedad y la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular. Sin embargo, los riesgos asignados a cada factor de riesgo cardiovascular sí son directamente trasladables de una región a otra. La recalibración también puede ser necesaria en regiones en que se ha desarrollado originalmente la función de riesgo, pero en las que la incidencia de la enfermedad o la prevalencia de los factores de riesgo se ha modificado con el tiempo (Vega J. 2011).

Es por tanto que la tabla de riesgo más adecuada debería de cumplir, por lo menos, las siguientes características: fácil de utilizar y emplear factores de riesgo contrastados en la población; en principio, las tablas más adecuadas representadas en gráficos de colores según riesgo, ya que el paciente comprenderá mejor el beneficio del tratamiento de sus factores de riesgo; es importante también las variables que se utilizan, ya que por un lado, cuantos más factores de riesgo más complicada será la tabla (Maiques A. 2003), por lo que la tabla más adecuada para el cálculo del RCV es la que se acerque más a la realidad del individuo, sin olvidar que aunque es una herramienta valiosa para la toma de decisiones en prevención cardiovascular, debe realizarse una valoración clínica integral del paciente (Vega J. 2011).

Para Alvarez A. (2001), los factores de riesgo son aquellos signos biológicos o hábitos adquiridos que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes con una enfermedad concreta, se dividen en 2 grandes grupos No modificables: edad, sexo, antecedentes familiares; y modificables dentro de los que destaca la dislipidemia: son trastornos en los lípidos en sangre caracterizados por un aumento de los niveles de colesterol o hipercolesterolemia siendo su valor normal <200mgdl, e incrementos de las concentraciones de triglicéridos (TG) o hipertrigliceridemia cuto valor normal se considera <150mg/dl.

Aunque el impacto de factores de riesgo individuales como la hipertensión arterial, la dislipidemia, el hábito de fumar y la diabetes, entre otros, está bien establecido y mejora la predicción del riesgo cardiovascular, en décadas pasadas se ha apreciado un énfasis creciente en el tratamiento del riesgo cardiovascular global, el cual requiere la evaluación y el tratamiento de múltiples factores de riesgo, ya que estudios epidemiológicos a gran escala han evidenciado que los factores de riesgo tienen un efecto sinérgico, más que aditivo, sobre el riesgo cardiovascular total (Miguel P. 2009).

El impacto de la menopausia se manifiesta de distintas maneras dependiendo de los factores de riesgo cardiovasculares con los que se presente. En comparación con los hombres, las mujeres con HTA tienen una mayor tasa de infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular, fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada. El control de la presión arterial (PA) es capaz de reducir considerablemente esta morbilidad y mortalidad, en ambos sexos (Lugo F. 2023).

Después de la menopausia, hay un aumento progresivo de la PA sistólica, la presión de pulso y la PA media. Este aumento es más significativo un año después de la menopausia, lo que indica una contribución directa de la misma, y es más acelerado en mujeres con menopausia temprana y en aquellas con síntomas vasomotores. Así, entre los 65 y los 74 años, la prevalencia de HTA se vuelve mayor en mujeres que en hombres (66% x 64%, respectivamente), alcanzando

proporciones aún mayores después de los 75 años (81% en mujeres y 73% en hombres). Los estudios muestran que la elevación de la PA en la posmenopausia está asociada con varios factores como el envejecimiento, la predisposición genética (responsable del 30 al 50% de la variabilidad interindividual de la PA), las hormonas sexuales, el sistema nervioso autónomo, la obesidad, la rigidez arterial, entre otros (Lugo F. 2023).

Según Lugo F. (2023), la menopausia es un factor de riesgo cardiovascular y puede estar precedida por cincuenta años vividos (o no) bajo otros factores de riesgo cardiovascular (tradicionales y/o propios de la mujer). Por ello, es necesario educar a las mujeres sobre el impacto negativo en la menopausia y períodos posteriores sobre su salud cardiovascular, para que conozcan la importancia de realizar la prevención primaria y secundaria de los factores de riesgo cardiovascular en la vida antes de la menopausia. Esto elevará a una reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular, de los años vividos con discapacidad y de la mortalidad cardiovascular.

Es fundamental entender la menopausia como un punto más en el continuo de las etapas vitales. El hecho de que la mujer pierde su menstruación en un momento determinado de la vida es algo perfectamente conocido desde la más remota antigüedad, sin embargo, esto no quiere decir que cada mujer sea consciente de aquellos factores que conllevan a un mayor riesgo cardiovascular (OMS 2022).

En estudios realizados con mujeres, se reconoce la variabilidad y dispersión en la percepción y experiencia de la menopausia con relación a los significados socioculturales adscriptos a esta. Llaman la atención respecto al lugar que ocupa el cuerpo en este proceso, que no es siempre central ni prioritario para la mujer (6), también es posible que las mujeres no sepan que los síntomas que experimentan están relacionados con la menopausia, o que existen opciones de asesoramiento y tratamiento que pueden ayudar a aliviar las molestias. Algunas mujeres con síntomas menopáusicos se sienten incómodas o avergonzadas exponiendo su experiencia y evitan solicitar ayuda (OMS, 2022).

Expresa Kunstamann S. (2015), que la enfermedad cardiovascular de la mujer, especialmente en la posmenopausia, debe ser sospechada y tratada a tiempo, sin embargo, para que ello ocurra, se requiere de mayor educación y toma de conciencia de la enfermedad, lo que lleva a establecer el grado de importancia en describir y determinar la presencia de dichos factores de riesgo en la comunidad de Buena Vista.

La morbimortalidad cardiovascular es rara en mujeres premenopáusicas, sobre todo en ausencia de otros factores de riesgo. La incidencia de eventos cardiovasculares, que durante la edad fértil es significativamente menor en mujeres que en hombres, se iguala tras la menopausia. Así, la menopausia es considerada por sí misma un factor de riesgo cardiovascular (Pavón I., 2006). La identificación de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, en atención primaria, en mujeres menopaúsicas es factible, y fácil de implementar con variables sencillas de aplicar (Soca P., 2014). Considerando lo antes expuesto, y tomando en cuenta la menopausia como un proceso fisiológico, que con el pasar de los años toda la población femenina se verá afectada por el mismo, se plantea la siguiente interrogante:

¿Existe alguna relación entre riesgo cardiovascular y la menopausia en la comunidad de Buena Vista, municipio Falcón, estado Falcón?

En relación a los antecedentes de la presente investigación, se tienen los siguientes:

González E., y cols. (México 2018) en un estudio transversal que incluyó a 408 mujeres de 40 a 60 años clasificadas en premenopáusicas y posmenopáusicas, basado en evaluar diferencias del riesgo cardiovascular en mujeres pre y posmenopáusicas mediante la escala de riesgo Globorisk, el índice triglicéridos/c-HDL (Tg/c-HDL) y los criterios de síndrome metabólico (SM) arrojó como resultados que las mujeres en etapa posmenopáusica presentaron incremento significativo en la circunferencia de cintura, de colesterol total y triglicéridos, en comparación con las mujeres premenopáusicos.

Así mismo, Garmendia F., Ronceros G., Pando R. (Perú 2019) realizaron un estudio analítico, observacional, transversal en 95 pacientes obesas de 30 a 75 años de edad, 48 fueron menopáusicas (MENO) y un grupo control de 47 premenopáusicas (PREMENO). Se determinó que de las 95 mujeres, 45,3% tenía obesidad grado I, 28,4% grado II y 26,3% grado III. Las MENO tuvieron mayor edad, talla, PA, que las PREMENO. Por lo que se concluye que las mujeres obesas menopáusicas tienen mayor riesgo cardiovascular que las mujeres premenopáusicas obesas.

Siguiendo el contexto, Castro, J., y cols. (Venezuela 2023) desarrollaron un estudio descriptivo, observacional y transversal, con una muestra de 31 pacientes posmenopáusicas y sin antecedentes de enfermedades cardiometabólicas, se determinó que las pacientes se encontraron con sobrepeso, triglicéridos normales, colesterol total y LDL aumentado y las HDL bajas. Se observó, a partir del valor de triglicéridos de 100 mg/dl, un alto riesgo cardiovascular.

METODOLOGIA

Como Objetivo general de esta investigación se busca Comparar el riesgo cardiovascular entre las mujeres menopáusicas y no menopáusicas de la comunidad de “Buena Vista”, municipio Falcón, estado Falcón, marzo – septiembre 2024. Dentro de los objetivos específicos se tienen: 1. Conocer los factores de riesgo cardiovasculares de la población de estudio de la población de **‘‘**Buena Vista’’. 2. Estimar el riesgo cardiovascular en pacientes menopáusicas y no menopáusicas de la población de **‘‘**Buena Vista’’ y 3. Relacionar el riesgo cardiovascular en pacientes menopáusicas y no menopáusicas de la población de **‘‘**Buena Vista’’.

Con la finalidad de dar respuesta a las interrogantes planteadas y a los objetivos propuestos se realizó un estudio correlacional, transversal, de campo, no experimental. la población estuvo conformada por un total de 52 mujeres mayores de 40 años y menores de 65 años distribuidas en dos grupos: grupo A (Control): dado por 26 mujeres no menopáusicas y grupo B (Estudio): conformado por 26 mujeres

menopáusicas que habitan en la comunidad de ‘‘Buena Vista’’, municipio Falcón, estado Falcón. A través de un muestreo no probabilístico e intencional se seleccionó aquellas mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión por lo que se trabajó con pacientes menopáusicas y no menopáusicas mayores de 40 años de la localidad de ‘‘Buena Vista’’, que firmaron el consentimiento informado (anexo1) aceptando su participación en el estudio, excluyendo aquellas mujeres menopáusicas que reciben terapia hormonal, con antecedentes de enfermedades cerebrovasculares, infarto y procedimientos cardiovasculares invasivos.

Técnica e Instrumento: La técnica constó con 2 fases: entrevista y observación científica constituida de tres partes: I parte factores de riesgo cardiovasculares y biológicos, II parte: riesgo cardiovascular y III parte: relación del riesgo cardiovascular. La escala de riesgo que se utilizó fue la tabla de predicción del riesgo AMR B de la OMS/ISHL (por subregiones epidemiológicas) para los contextos en que se puede medir colesterol sanguíneo. Midió el riesgo de padecer un episodio cardiovascular mortal o no en un periodo de 10 años, según el sexo, edad, presión arterial sistólica, colesterol total en sangre, consumo de tabaco y la presencia o ausencia de Diabetes Mellitus. Dicha escala clasificó el riesgo en 5 niveles: riesgo bajo <10%**,** riesgo moderado 10% - <20%**,** riesgo alto 20% - <30%, riesgo muy alto 30% - <40%, riesgo muy alto >40% (anexo 2)

Procedimiento: la recolección de los datos se realizó en dos fases, a través de la entrevista en la que se llenó un formulario con datos de identificación, factores de riesgo cardiovasculares y biológicos; y por otro lado, la observación científica en la cual se realizó examen físico en búsqueda de valores de tensión arterial e índice de masa corporal; a todas las pacientes se les tomó una muestra sanguínea en ayunas para obtener los valores de colesterol total. Dichos datos fueron empleados en las tablas de predicción del riesgo cardiovascular de la OMS/ISH. (ver Anexo 3)

RESULTADOS

Tras la aplicación de los instrumentos a la muestra incluida en el estudio, se realizó la organización y codificación de los datos, aplicando la estadística descriptiva, siendo calculados promedios, desviaciones estándar, valores máximos y mínimos, así como las frecuencias absolutas, relativas y presentadas en cuadros. Asimismo, se aplicó la estadística inferencial utilizándose chi cuadrado para una significancia estadística con una P<0,05 y se utilizaron tablas o gráficos obtenidos de manera computarizada a través de Microsoft Excel.

En el presente estudio fueron evaluadas un total de 52 mujeres, divididas en dos grupos, un grupo A no menopáusicas y un grupo B menopáusicas, la edad mínima en la muestra es de 40 años y la edad máxima es de 64 años. La edad promedio de los individuos es de 49,27 años. En la investigación de Garmendia F. y col, (2019), el resultado fue similar respecto a la edad. (Tabla 1).

Con respeto al diagnóstico nutricional, revela que 65,38% del grupo de no menopáusicas tuvo alteración de IMC en exceso, así como también el 88,46% del grupo de menopáusicas, lo cual se puede comparar con el estudio de Blanco J. y col, (2020), alteraciones del peso, composición corporal y prevalencia del síndrome metabólico en una cohorte de mujeres menopáusicas residentes en Mallorca. Con respecto a comorbilidades y hábitos hubo predominio de las mismas, en pacientes menopáusicas, HTA con 61,54%, DM 38,46%; hábito tabáquico 26,92% en contraste al grupo de no menopáusicas, HTA con 19,23%, DM con 11,54% y hábito tabáquico con 7,69% Igualmente lo expresan Garmendia F. y col., (2019) (Tabla 1).

Tabla 1. Factores de riesgo cardiovascular de mujeres en estudio, comunidad de Buena Vista, municipio Falcón, estado Falcón, 2024.

	No Menopaúsicas		**Menopaúsicas**	
Edad (años)	Frecuencia (N26)	Porcentaje (%)	Frecuencia (N26)	Porcentaje (%)
40 a 44	19	70,08	0	0
45 a 49	7	29,92	3	11,54
50 a 54	0	0	7	26,93
55 a 59	0	0	10	38,46
60 y mas	0	0	6	23,07
Edad X No menopaúsicas 42,81 años (min 40, máx.47) DE: 2,263				
Edad X menopaúsicas 55,73 años (min 47, máx.64) DE: 4,441				
Edad X de la muestra 49,27 años (min 40, máx.47) DE: 7,399				
Diagnóstico Nutricional (IMC)				
Normal	9	34,62	3	11,54
Sobrepeso	5	19,23	12	46,15
Obesidad Grado I	7	26,92	10	38,46
Obesidad Grado II	4	15,38	1	3,85
Obesidad Grado III	1	3,85	0	0
Comorbilidad y Hábitos				
Diabetes Mellitus	3	11,54	10	38,46
HTA	5	19,23	16	61,54
Hábito Tabáquico	2	7,69	7	26,92

Fuente: Goncalves, Márquez, Quevedo, Sánchez. 2024

Los grupos de mujeres menopáusicas y no menopáusicas revelan diferencias significativas en los niveles de riesgo cardiovascular. Los datos indican que las mujeres no menopáusicas presentan un perfil de riesgo cardiovascular favorable, ya que ninguna de ellas presenta niveles de riesgo igual o superior al 10%, mientras que, del grupo de mujeres menopáusicas, un 42,31% tuvieron riesgo cardiovascular igual o mayor al 10%, hallazgos semejantes a los de González E., y cols. México (2018) en el cual la prevalencia de este riesgo en el grupo de mujeres premenopáusicas fue de 1,2% y en el de posmenopáusicas de 2,3.

Tabla 2. Riesgo cardiovascular en mujeres menopaúsicas y no menopaúsicas en estudio de la comunidad de Buena Vista, municipio Falcón, estado Falcón, 2024.

Nivel de Riesgo Cardiovascular	No menopaúsicas		Menopaúsica	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
<10%	26	100	15	57,69
10% a <20%	0		4	15,38
20% a <30%	0		5	19,23
30% a <40%	0		1	3,85
≥40%	0		1	3,85
Total	26	100	26	100

Fuente: Goncalves, Márquez, Quevedo, Sánchez. 2024

El análisis llevado a cabo en el grupo de estudio sobre el riesgo cardiovascular en mujeres menopaúsicas ha revelado hallazgos estadísticamente significativos, con un valor de chi-cuadrado de 13.951 y 4 grados de libertad, seguido de una significación de .007, por lo que se establece una relación importante entre las variables estudiadas, lo que indica que hay una asociación real entre el estado menopáusico y el riesgo cardiovascular en las mujeres del grupo analizado, igual expresaron González E., y col. (México 2018), el cual demostró que las mujeres durante la etapa posmenopáusica presentan incremento del riesgo cardiovascular, obteniendo relaciones significativas del estado hormonal con el riesgo cardiovascular (RM = 2.50, IC 95 % = 1.67-3.74) (Tabla 3).

Tabla 3: Relación del riego cardiovascular en mujeres menopaúsicas y no menopaúsicas en estudio. Comunidad de Buena Vista, municipio Falcón, estado Falcón. Marzo – septiembre 2024.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,951[a]	4	,007
Razón de verosimilitudes	18,237	4	,001
Asociación lineal por lineal	10,674	1	,001
N de casos válidos	52		

Fuente: Goncalves, Márquez, Quevedo, Sánchez. 2024

Los datos analizados no solo confirman la existencia de una relación entre el estado de menopausia y el riesgo cardiovascular en mujeres, sino que también destacan la necesidad de prestar especial atención a la salud cardiovascular de este grupo, propiciando un cambio en la forma en que se gestionan estos riesgos en la práctica clínica.

CONCLUSIONES

Los factores de riesgo cardiovasculares de la población de estudio fueron la hipertensión arterial presentándose en mayor proporción, seguido de sobrepeso y obesidad grado I en igual proporción, continuando con diabetes mellitus, luego tabaquismo, y en menor proporción obesidad grado II y III.

Al estimar el riesgo cardiovascular en los grupos de estudio y control de la población de ‘‘Buena Vista’’ se demostró que las pacientes menopáusicas presentan un mediano, alto y muy alto riesgo cardiovascular, y las no menopáusicas en su totalidad se encuentran dentro de la categoría de bajo riesgo cardiovascular.

Al establecer la relación estadística entre la menopausia y el riesgo cardiovascular se obtiene a través de la prueba chi cuadrado un valor de $P<0,05$ lo que descarta la hipótesis nula y se acepta que existe una relación estadísticamente significativa entre las dos variables.

Se plantea entonces una clara comparación con respecto al riesgo cardiovascular, ya que las mujeres durante la menopausia presentan mayor riesgo cardiovascular, con respecto a aquellas que no han presentado la misma.

RECOMENDACIONES

A través de la atención primaria de salud, emplear estrategias educativas, con el fin de informar a las mujeres, acerca los cambios hormonales fisiológicos a lo largo de su vida y su implicación en el estado de salud en general.

Promover la actividad física, consumo de una dieta baja en grasas, carbohidratos, alta en verduras y proteínas, abandonar el consumo de tabaco, y evitar el consumo de alcohol en exceso.

Realizar seguimiento a todas aquellas pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus, y antecedentes cardiovasculares, con el fin de disminuir la incidencia de complicaciones y asegurar el cumplimiento de tratamiento farmacológico y recomendaciones.

Efectuar una consulta especializada para aquellas mujeres menopaúsicas, para su evaluación, diagnóstico ginecológico y cardiovascular, que garantice un abordaje integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alemañy M. y col. (2016). *Riesgo cardiovascular global y edad vascular: herramientas claves en la prevención de enfermedades cardiovasculares*. Rev médica electrón [Internet]. 2016 [citado el 4 de septiembre de 2024]; 38(2):211–26. Disponible en URL: https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1641/html_103

Álvarez A. (2001) *Las tablas de riesgo cardiovascular: Una revisión crítica.* Medifam [Internet]. 2001 Mar [citado 2024 Sep 04] ; 11(3): 20-51. Disponible en: Disponible en URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000300002&lng=es

Blanco J. y col. (2020). *Alteraciones del peso, composición corporal y prevalencia del síndrome metabólico en una cohorte de mujeres menopáusicas residentes en Mallorca.* Nutr Hosp 2020;37(3):506-513 Disponible en URL: https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v37n3/0212-1611-nh-37-3-506.pdf.

Bolaños B. y Ortega E. (2021). *Riesgo cardiovascular asociado a menopausia.* Revista Médica Sinergia Vol.6. 2021. [citado 2024 Abr 16] Disponible en URL: https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/629

Capote M., (2011) *Climaterio y menopausia.* Revista Cubana Medicina General Integral [Internet]. 2011 Dic [citado 2024 Abr 16]; 27(4): 543-557. Disponible en URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400013&lng=es.

Castro J. (2023) *Relación de triglicéridos y estimación de riesgo cardiovasculares en mujeres posmenopáusicas*. Rev. Digit Postgrado.2023;12(1):e351 doi:10.37910/RDP.2023.12.1.e351. Disponible en URL: http://portal.amelica.org/ameli/journal/101/1013831001/1013831001.pdf

Fung L. y Uzcátegui L (2018). *Alteraciones metabólicas asociadas a la menopausia.* SOGV, 2018. 78 (Supl 1): S40 - S55. [citado 2024 Abr 02] Disponible en URL: https://sogvzla.org/wp-content/uploads/2022/04/8Capitulo4.pdf

Garmendia F. y col (2019) *Factores de riesgo cardiovascular en mujeres obesas menopáusicas y premenopáusicas de Lima Metropolitana*. Rev Peru Ginecol Obstet. 2019;65(1) Disponible en URL: https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2144

González E. y col (2018) *Asociación del estado hormonal con el riesgo cardiovascular evaluado por Globorisk en mujeres mexicanas*. Med Mex 2018; 154:638-644. Disponible en URL: https://www.anmm.org.mx/GMM/2018/n6/GMM_6_18_638-644.pdf

Kunstmann S. y Gainza D. (2015) Enfermedad cardiovascular en la mujer: fisiopatología, presentación clínica, factores de riesgo, terapia hormonal y pruebas diagnósticas. [REV. MED. CLIN. CONDES - 2015; 26(2) 127-132]. [citado 2024 Abr 17] Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864015000334

Lugo F. (2023) Comentario Editorial: Decodificando la enfermedad cardiovascular en la mujer [Internet]. Revista Costarricense de Cardiología. 2023 [citado 2024 Apr 27]. Disponible en: https://revcostcardio.com/comentario-editorial-decodificando-la-enfermedad-cardiovascular-en-la-mujer/

Maiques A. (2003) *Valoración del riesgo cardiovascular. ¿Qué tabla utilizar?*. Aten Primaria [Internet]. 2003 [citado el 4 de septiembre de 2024]; 32 (10):586–9. Disponible en URL: https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-valoracion-del-riesgo-cardiovascular-que-13055447

Miguel P. (2009) *Dislipidemias*. ACIMED [Internet]. 2009 Dic [citado 2024 Abr 16]; 20(6): 265-273. Disponible en URL:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009001200012&lng=es

Organización Mundial de la Salud. OMS. "*Menopausia*" (2022). [citado 2024 Abr 02] Disponible en URL: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/menopause

Organización Mundial de la Salud. (2008). Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Guía de Bolsillo para la estimación y manejo del riesgo cardiovascular. Ginebra, 2008. [citado 2024 Sep 04] Disponible en URL: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43847/9789243547282_spa.pdf?s

Pavón I. y col (2006) *Obesidad y menopausia*. Nutr. Hosp. [Internet]. 2006 Dic [citado 2024 Abr 16]; 21 (6): 633-637. Disponible en URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000900001&lng=es.

Soca P. y col (2014) *Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en mujeres con menopausia.* Rev Fed Arg Cardiol. 2014; 43(2): 90-96. [citado 2024 Abr 16] Disponible en URL:https://www.researchgate.net/profile/Pedro-Enrique-Miguel-Soca/publication/286156215_Risk_factors_of_cardiovascular_disease_in_menopausal_women/links/5674556208aebcdda0de22fe/Risk-factors-of-cardiovascular-disease-in-menopausal-women.pdf

Pizzi R. y col. (2018) *Consideraciones Generales. SOGV*, 2018. 78 (Supl 1): S4 - S12. [citado 2024 Abr 02] Disponible en URL: https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2023/03/2018_vol78_num1_4.pdf

Torres A. y Torres R (2018). Climaterio y menopausia. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, *61*(2), 51-58. Recuperado en 19 de junio de 2025, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000200051&lng=es&tlng=es

Vega J. y col (2011) *Cardiovascular risk, a useful tool for prevention of cardiovascular diseases.* Revista Cubana Medicina General Integral [Internet]. 2011 Mar [citado 2024 Abr 16]; 27(1): 91-97. Disponible en URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100010&lng=es.

ANEXO 1.

Riesgo cardiovascular en mujeres menopáusicas y no menopáusicas de ‘‘Buena Vista’’, municipio Falcón, estado Falcón.

Autores: Goncalves, María, Márquez Marianyely,
Quevedo Wileydis, Sánchez Alvary.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo he sido invitado a participar en el estudio sobre la comparar la relación entre riesgo cardiovascular y menopausia realizado por: Maria Goncalves C.I: V-
Márquez, Marianyely C.I.: V- -
Quevedo, Wileydis C.I.: V-
probabilidad de enfermar del corazón en los próximos años. Los riesgos son mínimos, ninguno de los procederes 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 ayudaran a disminuir este riesgo y me indicaran otros estudios si fuese necesario.

Mi participación es totalmente voluntaria, gratuita, y puedo retirarme del estudio en el momento que lo desee, sin que esto afecte el beneficio de una consulta especializada, referencia o tratamiento.
Para ello firmo el presente documento:

NOMBRE Y APELLIDO

FECHA: ____ / ____ / ____

ANEXO 2.

Riesgo cardiovascular en mujeres menopáusicas y no menopáusicas de ‘‘Buena Vista’’, municipio Falcón, estado Falcón.

Autores: Goncalves, María, Márquez Marianyely,
Quevedo Wileydis, Sánchez Alvary.

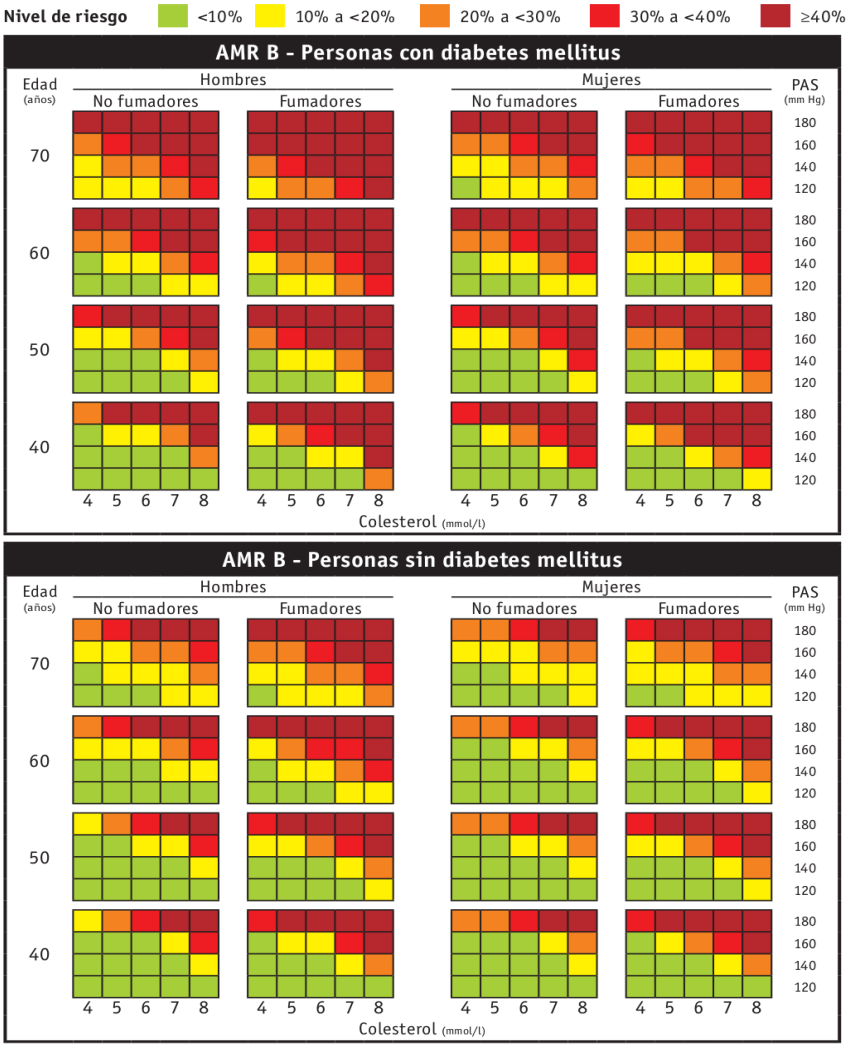
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS PERSONALES			
NOMBRES Y APELLIDOS:			
EDAD:	C.I:	NO. DE TELÉFONO:	
I PARTE: FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES Y BIOLÓGICOS			
1. **Menopausia:** NO ____ SI ____ **2.** **Edad de la menopausia:** PRECOZ _____ NORMAL _____ TARDÍA _____ **3.** **Tipo de menopausia:** FISIOLÓGICA _____ QUIRÚRGICA _____			
4. Antecedentes de Diabetes Mellitus		NO _____	SI _____
5. Antecedentes de Hipertensión Arterial		NO _____	SI _____
6. Hábito tabáquico		NO _____	SI _____
7. Colesterol total (mmol/l)			
EXAMEN FÍSICO			
8. TA	**9.** PESO	**10.** TALLA	**11.** IMC
BAJO PESO ____ NORMAL ____ SOBREPESO _____ GRADO DE OBESIDAD _____			
II PARTE: RIESGO CARDIOVASCULAR			
1. Porcentaje de riesgo cardiovascular del paciente: <10% ____ 10% a <20% ____ 20% a <30% ____ 30% a <40% ____ 40 ≥40% ____			
III PARTE: RELACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR			
1. Relación cardiovascular en paciente menopáusica **p <0.05** SI ____ NO ____ **2.** Relación cardiovascular en paciente no menopáusica SI ____ NO ____			

ANEXO 3.

PORCENTAJE DE RIESGO DEL PACIENTE

Figura 2. Tabla de predicción del riesgo AMR B de la OMS/ISH, para los contextos en que se puede medir el colesterol sanguíneo. Riesgo de padecer un episodio cardiovascular, mortal o no, en un periodo de 10 años, según el sexo, la edad, la presión arterial sistólica, el colesterol total en sangre, el consumo de tabaco y la presencia o ausencia de diabetes mellitus.



Esta tabla sólo debe usarse en los países de la subregión B de la Región de las Américas de la OMS. (véase el cuadro 1).