

Enfermedades cardiovasculares: ¿qué perciben las mujeres de Uruguay?

Mónica Giambruno^{1,2}, Virginia Michelis^{1,3}, Anabela Fernández^{1,3},
Ivanna Duro⁴, Elena Murguía⁵, Carolina Artucio⁶,
Comité de Cardiopatía en la Mujer de la Sociedad Uruguaya de Cardiología⁷

Resumen

Antecedentes: aunque la enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte de las mujeres en Uruguay, ellas no lo perciben.

Objetivos: el propósito de este estudio fue evaluar la percepción, el conocimiento y las conductas de prevención de las ECV entre mujeres por grupos de edad, nivel socioeconómico (NSE) y región, así como su conocimiento sobre factores de riesgo, síntomas y comportamientos cardiosaludables.

Métodos: en 2020 se encuestaron vía web 700 mujeres de entre 20 y 70 años, residentes en Uruguay (Montevideo: 301, interior del país: 399). Se pautaó publicidad en redes sociales para convocar a la población objetivo a participar. Las integrantes de la muestra, que completaron una encuesta autoadministrada, presentaban distribución similar a la población general en cuanto al NSE y la edad.

Resultados: las mujeres encuestadas percibieron a la ECV como principal problema de salud (PS) en el 10% y como primera CM en el 18%. Las montevidéanas, comparadas con las del interior, tuvieron mayores niveles de percepción (PS: 13% vs. 7%-CM: 20% vs. 17%); así como las de NSE alto vs. las de medio-bajo (PS: 17% vs. 8%-CM: 29% vs. 14%). La percepción y el conocimiento sobre ECV son bajos, las jóvenes son las menos informadas (escasos/muy escasos: 62%). Los médicos advierten poco sobre síntomas (23%) y estrategias de prevención (48%).

Conclusión: la percepción de las mujeres encuestadas sobre la ECV es baja, existiendo brechas por edad, NSE y región. En la consulta, los médicos informan poco sobre el tema. Es necesario un esfuerzo continuo para mejorar la percepción de las mujeres sobre la ECV en su propio género, intentando llegar principalmente a las poblaciones de mayor riesgo.

Palabras clave: PERCEPCIÓN
MUJERES
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR
FACTORES DE RIESGO
PREVENCIÓN Y CONTROL

Cardiovascular diseases: what do women in Uruguay perceive?

Summary

Background: although cardiovascular disease (CVD) is the main cause of death for women in Uruguay, they do not perceive it.

Objectives: the purpose of this study was to evaluate the perception, knowledge, and prevention behaviors of CVD among women by age group, socioeconomic level (SEL), and region, as well as knowledge of risk factors, symptoms, and heart-healthy behaviors.

1. Asociación Española, Montevideo, Uruguay.

2. CASMU, Montevideo Uruguay.

3. Hospital Central de las FF. AA, Montevideo, Uruguay.

4. Instituto de Cardiología Integral, ICI, Montevideo, Uruguay.

5. Cirujana cardíaca retirada.

6. Instituto de Cardiología Intervencionista de Casa de Galicia, INCI, Montevideo, Uruguay

7. Integrantes del Comité de Cardiopatía en la Mujer de la Sociedad Uruguaya de Cardiología: Carolina Artucio, Daniela Barranco, Mariana Drever, Ivanna Duro, Anabela Fernández, Mónica Giambruno, Mariela Lujambio, Virginia Michelis, Elena Murguía, Soledad Murguía, Patricia Notaro, Andrea Simeone.

Conflictos de interés: varias actividades del Comité de Cardiopatía en la Mujer han sido posibles gracias a la colaboración y el financiamiento del laboratorio Bayer, con autorización previa de la Comisión Directiva de la Sociedad Uruguaya de Cardiología.

Recibido Abr 5, 2021; aceptado Mar 7, 2022

Method and result: online survey of 700 women residents of Uruguay (Montevideo: 301, interior of the country: 399), was conducted in 2020, ages between 20 and 70 years. Advertising was scheduled on social networks, calling the target population to participate in that research by completing a selfadministered survey, obtaining a set of cases with a similar distribution to the general population in terms of SEL and age. CVD was perceived in 10% as the main health problem (HP) and 18% as the first CD. Women from Montevideo vs. interior had higher levels of perception (HP: 13% vs. 7%-CD: 20% vs. 17%); as well as those of high vs. those of mediumlow SEL (HP: 17% vs. 8%-CD: 29% vs. 14%). The perception and knowledge about CVD are low, with young women being the least informed (little/very little: 62%). Doctors report little on symptoms (23%) and prevention (48%).

Conclusion: the perception of the women surveyed about CVD is low, with gaps by age, NSE and region. Doctors inform little about this topic during clinical visits. A continuous effort is necessary to improve women's perception of CVD in their own gender, trying to reach mainly the populations at greatest risk.

Key words: PERCEPTION
WOMEN
CARDIOVASCULAR DISEASE
RISK FACTORS
PREVENTION AND CONTROL

Doenças cardiovasculares: ¿o que percebem as mulheres no Uruguai?

Resumo

Antecedentes: embora a doença cardiovascular (DCV) seja a principal causa de morte das mulheres no Uruguai, elas não a percebem.

Objetivos: o objetivo deste estudo foi avaliar a percepção, conhecimento e comportamentos de prevenção de DCV entre mulheres por faixa etária, nível socioeconômico (NSE) e região, bem como o conhecimento de fatores de risco, sintomas, doenças cardíacas e comportamentos saudáveis para o coração.

Método e resultado: em 2020, 700 mulheres entre 20 e 70 anos, residentes no Uruguai, foram entrevistadas via web (Montevideu: 301, interior do país: 399). A publicidade foi agendada nas redes sociais, convocando a população alvo a participar da referida pesquisa através do preenchimento de um inquérito autoaplicável, obtendose um conjunto de casos com distribuição semelhante à população geral em termos de NSE e idade.

As mulheres pesquisadas perceberam a DCV como principal problema de saúde (PS) em 10% e como principal CM em 18%. As mulheres de Montevideu vs. interior apresentaram níveis mais elevados de percepção (PS: 13% vs. 7%-CM: 20% vs. 17%); bem como as de NSE alto vs. as de médiobaixo (PS: 17% vs. 8%-CM: 29% vs. 14%). A percepção e o conhecimento sobre DCV são baixos, sendo as mulheres jovens as menos informadas (pouco/muito pouco: 62%). Os médicos informam pouco sobre sintomas (23%) e prevenção (48%).

Conclusão: a percepção das mulheres pesquisadas sobre DCV é baixa, com diferenças por idade, NSE e região. Os médicos informam pouco sobre esse tema durante as consultas clínicas. É necessário um esforço contínuo para melhorar a percepção das mulheres sobre as DCV em seu próprio gênero, tentando atingir principalmente as populações de maior risco.

Palavras chave: PERCEPÇÃO
MULHERES
DOENÇA CARDÍACA
FATORES DE RISCO
PREVENÇÃO E CONTROLE

¿Qué aporta este estudio al conocimiento actual?

- La percepción sobre las ECV entre las mujeres, como problema de salud y causa de muerte, es baja y persiste a lo largo de los años. No es homogénea, ya que existen brechas por edad, nivel socioeconómico y región del país.
- Se interpela al colectivo médico en su rol de educador sobre estilo de vida cardiosaludable, prevención y síntomas cardiovasculares.
- La información recabada en este estudio puede servir como insumo a diversas instituciones y grupos de trabajo que coordinan y ejecutan políticas de prevención y diagnóstico específicas en la población de estudio.

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la primera causa de muerte (CM) en Uruguay y en el mundo occidental.

La Federación Mundial del Corazón informó que cada año mueren 8,6 millones de mujeres en todo el mundo de ECV y accidente cerebrovascular (ACV). La ECV es la CM de una de cada tres mujeres⁽¹⁾.

En Uruguay se registraron 8.300 muertes por ECV en 2020; esto corresponde al 25,4% del total de defunciones. Fue la primera CM en mujeres (4.402), con una tasa de 241,9/100.000 habitantes, seguida por el cáncer; y la segunda CM en los hombres (3.898), con una tasa de 227,8/100.000 habitantes, luego del cáncer⁽²⁾.

A pesar de estos números, existe en las mujeres una percepción inadecuada de cuál es su principal problema de salud (PS) y su primera CM. El bajo reconocimiento de la enfermedad cardíaca en mujeres y las diferencias en la presentación clínica, principalmente en el infarto agudo de miocardio (IAM), lleva a adoptar estrategias de tratamiento menos eficaces. De esta manera, la mujer tiene peor pronóstico^(3,4).

El Comité de Cardiopatía en la Mujer (CCM) de la Sociedad Uruguaya de Cardiología (SUC) fundado en 2013, tiene el objetivo de investigar, promover la prevención, lograr la detección precoz y el correcto tratamiento de ECV en la mujer. Dicho grupo de trabajo realizó dos encuestas para conocer la realidad de la mujer uruguaya con respecto a la percepción y conocimiento de la ECV de la mujer por la mujer. La primera (2012) a funcionarias de la salud⁽⁵⁾ y la segunda (2013) a mujeres del departamento de Montevideo^(6,7). En dicha oportunidad las mujeres plantearon al cáncer como primera CM (62%) y a la ECV en tercer lugar (12%). En 2013, Argentina publicó su encuesta de percepción⁽⁸⁾ con resultados similares. En Estados Unidos, Mosca y col. reportaron por primera vez, en 1997, baja percepción (30%), de la ECV como primera CM. Luego de la realización de fuertes campañas, esta cifra fue ascendiendo, pero con disparidades raciales⁽⁹⁻¹²⁾.

Replicando dicha experiencia, el CCM realizó durante 7 años acciones en distintos niveles: con la comunidad, buscando visibilizar el problema, poniendo el tema en la agenda pública. En 2019, se declaró por Ley N.º 19.744 al 9 de marzo Día Nacional de Concientización de la Salud Cardiovascular de la Mujer. A nivel científico se difundió y estimuló la realización de estudios con perspectiva de género en las ECV. El objetivo general de esta investigación fue evaluar la percepción, el nivel de conocimiento y las conductas de prevención de las ECV de la mujer, desde su propia perspectiva. Los objetivos específicos fueron:

1. Analizar el nivel de conocimiento de las principales enfermedades y CM en las mujeres.
2. Investigar el control y conocimiento de los factores de riesgo, condiciones específicas del embarazo, prácticas preventivas y síntomas de las ECV.
3. Relevar canales de información y el rol del consultorio médico en esta.

Material y métodos

Para lograr los objetivos propuestos en este estudio, se diseñó por parte del CCM un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. Se elaboró un formulario con 57 preguntas tomando

Tabla 1. Caracterización de la muestra, n: 700

Característica de la muestra	Sin ponderar	Ponderada
Edad (años)	%	n (%)
20 a 29	13	161 (23)
30 a 44	35	224 (32)
45 a 54	19	140 (20)
55 a 70	33	175 (25)
Zona		
Montevideo	61	301 (43)
Interior	39	399 (57)
NSE		
A+ A-	16	112 (16)
M+	20	112 (16)
M	20	203 (29)
M-B+B-	44	273 (39)

NSE: nivel socioeconómico; A: alto; M: medio; B: bajo.

* La edad se ponderó a partir de datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística del Censo 2011 y el NSE se generó a partir del modelo diseñado por el Centro de Investigaciones Económicas (CINVE).

como base la encuesta realizada en el año 2013 (ver anexo 1). Fueron agregadas nuevas preguntas que incluyeron las patologías cerebrovasculares y del embarazo (vinculados a los factores de riesgos [FR] sexo-específicos de la mujer). Dicho formulario constaba de 6 bloques: caracterización de la encuestada, percepción y conocimiento de las ECV, conocimiento de FR y conductas de prevención, conocimiento y percepción del accidente cerebrovascular (ACV), información sobre desórdenes vinculados al embarazo e información sociodemográfica con el fin de clasificar a la encuestada. La escala utilizada frente a las preguntas fue de 1 a 5, donde 1 significaba nada importante y 5 muy importante. Algunas preguntas debían ser contestadas con sí o no, verdadero o falso y en otras debían seleccionar una opción entre un listado. El formulario fue testeado realizando los ajustes pertinentes previos a su aplicación final, para medir con precisión el fenómeno en cuestión. Los datos que apoyan los hallazgos de esta encuesta están disponibles por la autora responsable de la correspondencia.

La encuesta fue *web based* (muestreo online no probabilístico). El campo se hizo a través de las redes sociales, donde se invitaba a participar realizando campañas de difusión masiva, contra-

Tabla 2. Enfermedades cardiovasculares: importancia como problema de salud y causa de muerte entre las mujeres, n: 700.

<i>Importancia de la ECV como problema de salud en las mujeres. n: 700</i>											
	Total n (%)	Edad n (%)				NSE n (%)				Región n (%)	
		20 a 29 n: 161	30 a 44 n: 224	45 a 54 n: 140	55 a 70 n: 175	A+ A- n: 112	M+ n: 112	M n: 203	M-B+B- n: 273	Montevideo n: 301	Interior n: 399
Enfermedades del corazón	57 (8)	14 (9)	15 (7)	14 (10)	14 (8)	17 (15)	12 (11)	12 (6)	16 (6)	33 (11)	24 (6)
ACV	11 (2)	0	5 (2)	1 (1)	5 (3)	2 (2)	1 (1)	2 (1)	6 (2)	7 (2)	4 (1)
<i>Importancia de la ECV como primera causa de muerte. n: 700</i>											
	Total n (%)	Edad n (%)				NSE n (%)				Región n (%)	
		20 a 29 n: 161	30 a 44 n: 224	45 a 54 n: 140	55 a 70 n: 175	A+ A- n: 112	M+ n: 112	M n: 203	M-B+B- n: 273	Montevideo n: 301	Interior n: 399
Enfermedades del corazón	105 (15)	17 (11)	31 (14)	31 (22)	26 (15)	22 (20)	20 (18)	30 (15)	33 (12)	49 (16)	56 (14)
ACV	21 (3)	0	3 (1)	8 (6)	10 (6)	8 (7)	2 (2)	6 (3)	5 (2)	11 (4)	10 (3)

Valor total y según segmentaciones. ECV: enfermedad cardiovascular; ACV: accidente cerebrovascular; NSE: nivel socioeconómico; A: alto; M: medio; B: bajo. Las edades de los grupos se expresan en años.

tadas en Facebook, Instagram y Google. Las personas se autoseleccionaron (sin mediación de un encuestador). Al entrar al cuerpo de la encuesta se especificó que las respuestas eran confidenciales y que serían analizadas en forma grupal, para garantizar el anonimato.

La base se ponderó teniendo en cuenta los pesos en la población que tienen las variables clave de segmentación (edad, nivel socioeconómico [NSE] y zona de residencia). La edad se obtuvo a partir de los datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística del Censo 2011 y el NSE se generó a partir del modelo diseñado por el Centro de Investigaciones Económicas (CINVE)⁽¹³⁾. Esta dimensión se compone a partir de 16 variables que recogen información respecto a educación, salud, vivienda y tenencia de bienes. La caracterización de la muestra se presenta en la tabla 1.

La encuesta era adaptable a múltiples plataformas (era “ajustable” a múltiples resoluciones, sistemas operativos y dispositivos como computadoras, celulares y tablets). Implicó una dedicación de 15 minutos, incluyendo variables de clasificación socioeconómica (ver anexo 1).

El tamaño muestral fue de 700 mujeres efectivas (301 de Montevideo y 399 del interior del país). El cuestionario se aplicó en el período entre el 17 de febrero de 2020 y el 3 de marzo de 2020 (prepandemia COVID19 en Uruguay).

Los datos se expresan como promedios y frecuencias simples con aperturas por edad, NSE, nivel educativo (NE) y zona de residencia. Se dividieron las encuestadas en los siguientes grupos: edad de 20 a 29, 30 a 44, 45 a 54 y 55 a 70 años; NSE: alto (A+, A), medio (M+, M), medibajo/bajo (M-, B+, B-); NE: bajo, medio y alto; región: Mon-

tevideo e interior (resto del país). El NE consultado se refiere al máximo nivel de instrucción alcanzado por la persona encuestada. Se dividió en tres grupos: NE medibajo (no tiene estudios, primaria completa o incompleta), medio (enseñanza técnica, UTU, secundaria o similar completa o incompleta), alto (estudios terciarios, completos o incompletos).

La encuesta fue ejecutada por la empresa Mercoplus Latin America a solicitud de Bayer, colaborador de la SUC. Mercoplus Latin America adhiere al código de ética que regula la Cámara de Empresas de Investigación Social y de Mercado⁽¹⁴⁾.

Resultados

Percepción y conocimiento de la ECV en la mujer. Principal PS y CM

Se les solicitó a las mujeres que seleccionaran, de un listado de 12 patologías, cuál consideraba que era el principal PS. El cáncer fue la enfermedad que lideró el ranking (51%) declarado por las encuestadas. Lo siguieron —con una significativa distancia (40% por debajo)—, las enfermedades psiquiátricas (11%) y las ECV + ACV (10%: 8% y 2%, respectivamente).

Con respecto a la principal CM en la mujer, debían elegirla de un listado de 15 patologías. El cáncer también se posicionó en primer lugar (46%). Sin embargo, quien se “adueña” del segundo lugar —desplazando a las ECV/ACV al tercer lugar (18%)— fue la muerte violenta/homicidio, alcanzando un guarismo del 30% (figura 1).

El análisis de las ECV como PS y CM por segmentación según edad, NSE y región se presentan en la tabla 2 y en la figura 2.



Figura 1. Distribución de las respuestas con respecto a la percepción de la importancia de enfermedades como problema de salud y principal causa de muerte entre las mujeres. **a)** ¿Cuál cree que es el problema de salud más importante que afecta a la mujer hoy en día? Se indican los cuatro principales. **b)** ¿Cuál cree que es la principal causa de muerte de la mujer hoy en día? Se indican las tres principales. Base de datos: total de encuestadas, n=700. ECV: enfermedad cardiovascular. ACV: accidente cerebrovascular.

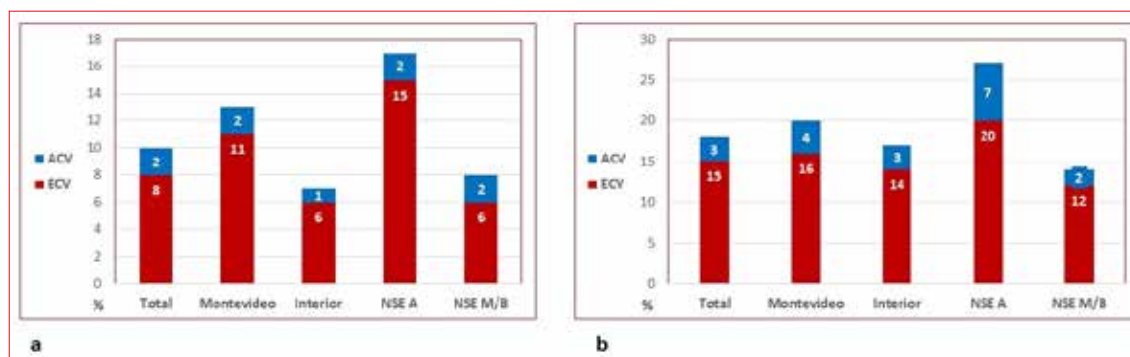


Figura 2. Distribución de las respuestas con respecto a la percepción de la ECV y ACV como problema de salud y causa de muerte entre las mujeres. **a)** Distribución de las respuestas con respecto a las ECV y ACV como problema de salud, total y según segmentaciones. **b)** Distribución de las respuestas con respecto a la ECV y ACV como principal causa de muerte, total y según segmentaciones. Base de datos: total de encuestadas n=700. ECV: enfermedad cardiovascular; ACV: accidente cerebrovascular; NSE: nivel socioeconómico; A: alto; M: medio; B: bajo.

Consulta y chequeos médicos

En el último año, 80% de las mujeres han ido al médico. Medicina general y ginecología son las especialidades más consultadas (31% y 28%, respectivamente). Las demás especialidades —entre ellas cardiología (5%)— alcanzan porcentajes menores a 6%. En el análisis por segmentación, el menor resultado se observó en las mujeres de entre 30 y 44 años (71%); teniendo los mayores valores las encuestadas entre las de 55 a 70 años (89%), de NSE y NE alto (87% y 86%, respectivamente).

Existe una incorporación de hábitos responsables respecto a la sistematización de los controles médicos. Las tres cuartas partes del conjunto de encuestadas se realizó chequeo de presión arterial y más de la mitad lo hizo respecto a medición del colesterol y azúcar en sangre.

Chequeo del pulso y su vínculo con la fibrilación auricular

El 70% de las encuestadas declararon realizarse

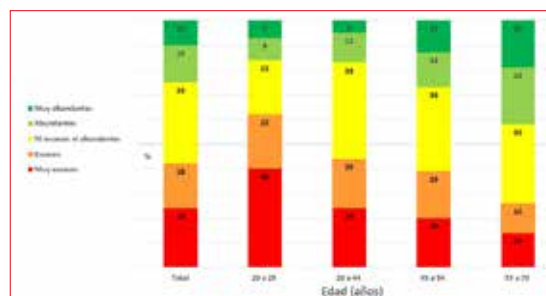


Figura 3. Autopercepción del nivel de conocimiento sobre las enfermedades cardiovasculares. Valor total y según grupo etario. Base de datos: total de encuestadas n=700.

chequeo del pulso, así como tener conocimiento y hábito de hacerlo, esta proporción es mayor a medida que aumenta el NE (61%, 71% y 77%, respectivamente). No se observaron diferencias importantes por edad, NSE ni región.

Frente a la pregunta: “¿Conoce la relación entre la fibrilación auricular (FA) y el ACV?”, con-

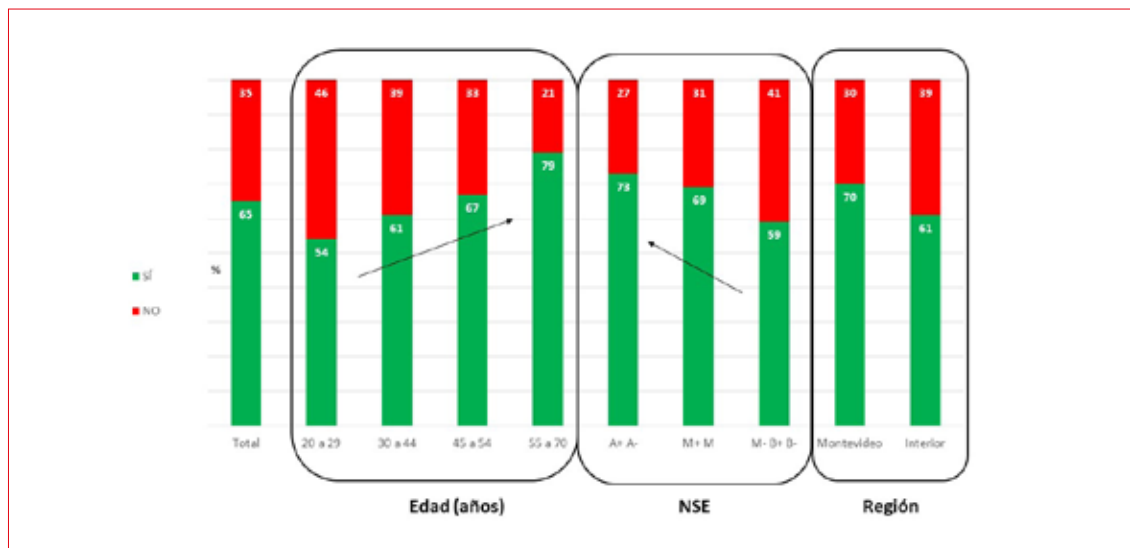


Figura 4. Conocimiento del colesterol “bueno” y “malo”. Total y según segmentación de edad, NSE y región. NSE: nivel socioeconómico; A: alto; M: medio; B: bajo. Base de datos: total de encuestadas, n: 700.

testaron afirmativamente el 36%. Este guarismo aumenta en relación directa con el aumento de la edad (desde 31% en el grupo de mujeres jóvenes a 43% el grupo etario de 55 a 70 años); y puntualmente en aquellas mujeres de mayores NSE (A+ y A-). Solo un 9% de quienes se controlaron constataron arritmia o fibrilación auricular (8% y 1%, respectivamente). De ellas, el 22% recibió tratamiento anticoagulante.

Nivel de conocimiento sobre enfermedades cardíacas

Del análisis de datos emerge un bajo nivel de conocimiento sobre las ECV. No hubo diferencias según el NSE ni región. Se constató que el nivel de conocimiento mejora con la edad. La figura 3 muestra los valores totales y según la edad de las encuestadas.

Prevalencia de enfermedades cardíacas

La prevalencia de enfermedades cardíacas entre las entrevistadas fue del 8%. Se observó una predisposición a sufrir estas enfermedades en aquellas mujeres que tienen un padre o madre con dicho antecedente, a diferencia de quienes no lo tienen (18% vs. 4%, respectivamente).

Factores de riesgo de ataques cardíacos y sus síntomas

Se enumeraron los diferentes factores de riesgo (FR) y se solicitó que indicaran según su criterio el nivel de importancia asignado. El conocimiento de estos fue alto, oscilando su media entre 4,2 y 4,8 puntos.

Se enumeraron 6 síntomas del ataque cardíaco.

La opresión o dolor precordial fueron reconocidos como los síntomas principales (76% y 71%, respectivamente), seguidos por la falta de aire (50%).

Prevención de las enfermedades cardiovasculares

Las mujeres encuestadas tuvieron un alto conocimiento sobre las actividades preventivas de la ECV. Consideraron muy importante realizar ejercicio físico (90%), dejar de fumar (83%), reducir el consumo de sal (78%), controlar el colesterol (75%), perder peso (75%) y reducir el estrés (72%). Con respecto al análisis por segmentos, se observó que más de 8 de cada 10 mujeres encuestadas entre 45 y 54 años reconocieron la importancia de estas. La percepción del estrés fue mayor en Montevideo que en el interior (78% vs. 68%, respectivamente).

Con respecto a los hábitos, la mitad de las encuestadas declararon realizar actividades físicas con una frecuencia por lo menos semanal y el 55% nunca fumó (esto se acentúa en el rango de 20 a 29 años [65%] y de mayor NE [60%]).

El 65% de las mujeres conocen las diferencias entre el colesterol “bueno” y el “malo”. El análisis por segmentación se observa en la figura 4.

Acceso a información de las enfermedades cardiovasculares

El 52% de las mujeres encuestadas manifestaron haber tenido acceso a información sobre la ECV. El consultorio se encuentra en cuarto lugar (21%), luego de la televisión (44%), las redes sociales (37%) e internet (33%); pero baja al séptimo lugar (6%) en las mujeres jóvenes de 20 a 29 años.

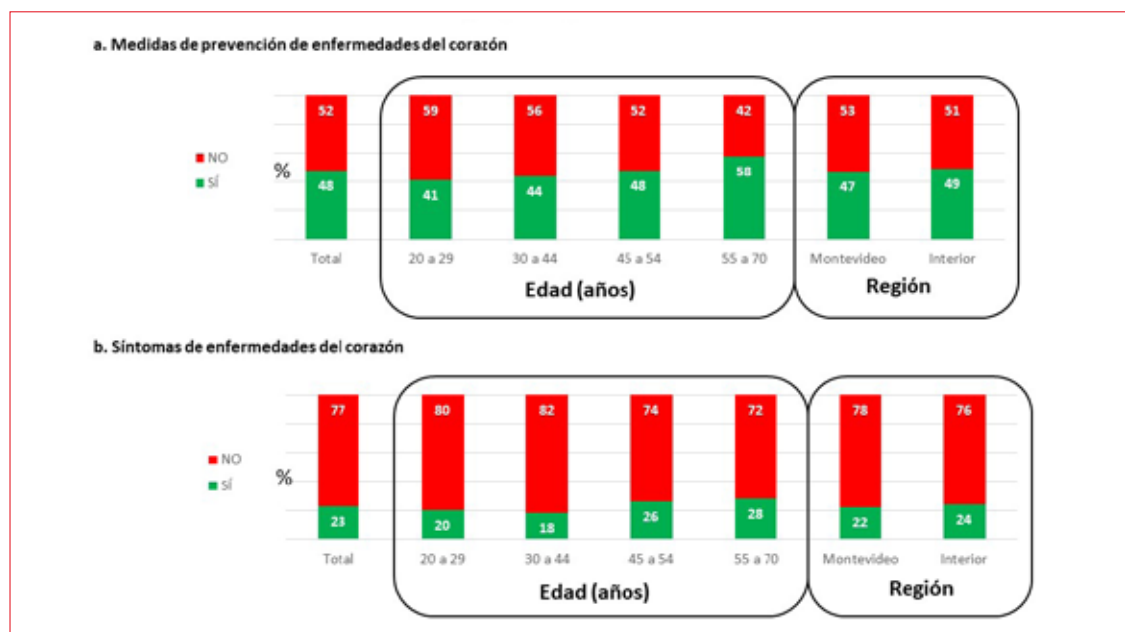


Figura 5. Información del médico a encuestadas sobre ECV. Total y según segmentación por edad y región. Base de datos: total de mujeres encuestadas que consultaron al médico en los últimos 12 meses, n: 560. a. ¿Alguno de sus médicos ha conversado con usted, en los últimos 12 meses, sobre medidas de prevención de las enfermedades del corazón? b. ¿Alguno de sus médicos ha conversado con usted, en los últimos 12 meses, sobre síntomas de enfermedades del corazón? ECV: enfermedades cardiovasculares.

Casi la mitad de las encuestadas habló con su médico sobre medidas de prevención, aunque solamente una de cada 4 mujeres fue informada sobre síntomas cardíacos. Los resultados obtenidos sobre la información proporcionada por los médicos a las encuestadas se muestra en la figura 5.

Embarazo y aborto

En este bloque de preguntas se investigó sobre el número de embarazos, la presencia de abortos, desórdenes del embarazo y parto prematuro, considerados estos últimos como FR propios de la mujer.

La prevalencia o tasa de gestación en las mujeres encuestadas fue del 75%, la tasa media de fecundidad fue de 2,7 hijos por mujer, con un máximo de 10. El desorden más prevalente en el embarazo fue el aumento de peso mayor al 20% de su peso basal (55%), seguido por los estados hipertensivos del embarazo (24%) y la diabetes gestacional (14%). Una de cada cuatro mujeres declaró haber tenido parto pretérmino: 18% antes de las 37 semanas y 8% antes de las 34.

El 32% de las mujeres encuestadas (n: 123) declaró haber sufrido algún aborto. Debían elegir entre 7 causas posibles (incluida “no sé”). Lideraron las respuestas el aborto espontáneo (36%) y la voluntad propia de interrumpir el embarazo (33%). La causa cardíaca lo fue en el 2%.

Discusión

Esta segunda encuesta realizada por el CCM de percepción y conocimiento de la ECV en la mujer demuestra que las mujeres continúan percibiendo al cáncer como su mayor preocupación, la enfermedad de mayor importancia, al igual que la primera CM. La percepción de la ECV como primera CM se mantiene muy baja, en tercer lugar, elegida por el 18% de las encuestadas. Sin duda existe una subestimación de las mujeres sobre la principal CM y desconocimiento sobre la ECV como PS. Si bien las encuestadas conocen los síntomas y los elementos de prevención, no los asocian con un problema de su género.

Al comparar las respuestas de las mujeres encuestadas en Montevideo con la encuesta realizada en 2013⁽⁵⁾, la cual debe realizarse con mucha cautela, ya que se realizó con metodología diferente (muestreo probabilístico, telefónico, con encuestador que podía guiar a la encuestada), vemos que hubo un leve descenso de la percepción como PS (17% vs. 13%, respectivamente) a expensas del ACV. Con respecto a la percepción de CM, se observó un aumento de 8% (de 12% a 20%), aunque muy lejano a la realidad. Resultados similares de baja percepción de la ECV como primera CM han sido reportados en el Cono Sur. En Chile, una encuesta realizada a mujeres de la ciudad de Santiago (723 mujeres de 35 a 70 años)

mostró que el 14,4% de las encuestadas consideraron a la ECV como principal CM⁽¹⁵⁾ y en Argentina el 20%⁽⁸⁾.

Cabe destacar que las campañas y acciones publicitarias, así como también las intervenciones de los líderes de opinión, impactan de forma positiva en la visibilización de las enfermedades que generan la muerte en las mujeres. Esto está demostrado con las campañas nacionales, como la que realizó la Asociación Americana del Corazón (AHA), *Go Red for Women*, en Estados Unidos, que luego de 15 años de campaña lograron mejorar la percepción de las ECV como CM en las mujeres, pasando de un 30% a 56%⁽⁹⁻¹²⁾.

En Uruguay, el CCM de la SUC ha trabajado desde 2013 con la comunidad de mujeres, poniendo especial énfasis en transmitir información en diferentes medios de comunicación, logrando un ascenso insuficiente. Por otra parte, el segmento de mujeres más jóvenes, de menor NSE y del interior han mostrado menores niveles de conocimiento y percepción. Los hallazgos de este estudio pueden permitir redirigir la estrategia según los distintos segmentos de la población, haciendo énfasis en políticas públicas de comunicación.

Con respecto a la consulta y el chequeo médico, no nos llama la atención que la gran mayoría de las mujeres encuestadas consulten principalmente a medicina general y ginecología. Pero si bien estas declaran una prevalencia de ECV del 8%, solo el 5% visitó a un cardiólogo en el último año. Por otra parte, se observó que menos de la mitad de las pacientes habló con sus médicos tratantes sobre medidas de prevención y menos aún sobre los síntomas del ataque cardíaco. Estos hallazgos sugieren que se está perdiendo la oportunidad de proveer información de calidad sobre la salud CV durante la consulta clínica. Las encuestadas han tenido un alto nivel de realización de chequeos, sobre todo el control de la presión arterial. Esto fue más acentuado en las mujeres de mayor edad.

Los antecedentes familiares de ECV son un predictor independiente y tienen un efecto sinérgico con otros FR, mejorando la precisión de la evaluación de riesgo⁽¹⁶⁾. Esto es especialmente valioso en las mujeres, que son tradicionalmente clasificadas de bajo riesgo cuando se utilizan los factores tradicionales^(17, 18). Concientizar a las mujeres de que tienen estos antecedentes sobre la importancia de la intervención temprana con prevención primaria CV es crítico, ya que la ECV se desarrolla durante décadas y la intervención es más eficaz cuando se aplica lo antes posible en la cascada de eventos.

Las actividades preventivas de las ECV fueron

identificadas correctamente, teniendo las encuestadas un alto nivel de conocimiento al respecto, al igual que la importancia de los FR cardiovasculares.

En cuanto al pulso, si bien el 70% se chequea el pulso, solo el 36% tiene el conocimiento de la relación entre la FA y el ACV. Este conocimiento aumentó con la edad de las encuestadas. La FA es la arritmia más frecuente, cuya prevalencia aumenta con la edad y tiene como complicación más temida el ACV⁽¹⁹⁾. Por esta razón es muy importante trabajar en una maniobra tan sencilla como el auto-control del pulso y la detección de su irregularidad, que luego deberá confirmarse mediante un ECG.

En la valoración de la autopercepción del nivel de conocimiento sobre las ECV, vemos que ella es menor al 50% y disminuye más a medida que desciende la edad de las mujeres encuestadas. Por otra parte, el consultorio no tiene protagonismo como fuente de información de calidad, ya que fue considerada en 1 de cada 5 de estas. Si comparamos las percepciones de las mujeres montevideanas que participaron en esta encuesta con las de la encuesta realizada en 2013 vemos que hubo un descenso claro (41% en 2013 vs. 21% en 2020). Estos datos debemos interpretarlos con mesura, dado que las mujeres de la encuesta actual son afines a las redes sociales, por lo que es lógico pensar que sus medios de información sean los elegidos.

De todas maneras, debemos interpelar al colectivo médico sobre su rol en la prevención y alerta de los síntomas de la ECV. Una encuesta realizada por Bairey Mertz y col. para Women's Heart Alliance, sobre conocimiento, actitudes y creencias respecto a la ECV en las mujeres, realizada a 1.011 mujeres, 200 médicos de atención primaria y 100 cardiólogos, mostró baja concientización de la ECV en las mujeres y en los médicos. Aunque la mayoría de los galenos estaban al tanto de las recomendaciones de evaluación de riesgo, relativamente pocos utilizaban las pautas de forma integral⁽²⁰⁾.

Resulta necesario generar un compromiso de los médicos tratantes de las mujeres, sin importar su especialidad y aprovechar la instancia de la consulta anual, como plantean Brown y col., para lograr un *healthcare team for women*⁽²¹⁾. El médico tratante debe ser responsable de educar a sus pacientes en las medidas de prevención de la salud CV, pero también sobre los síntomas del IAM. Numerosos estudios han demostrado que el desconocimiento de los síntomas lleva a no reconocerlos cuando se presentan, consultas tardías y peores pronósticos⁽²²⁻²⁴⁾.

En el análisis de FR sexo-específicos vincula-

dos al embarazo, encontramos que más de la mitad de las encuestadas declaró aumento del peso mayor al 20% del basal, lo cual se asocia a síndrome metabólico, 1 de cada 4 tuvo estado hipertensivo del embarazo, así como embarazo prematuro y 14% diabetes gestacional. Desde el año 2011, la AHA incluyó estos FR en su guía de prevención sobre ECV en mujeres⁽²⁵⁾. Existe evidencia de que la hipertensión gestacional aumenta el riesgo de desarrollo de hipertensión arterial, diabetes e insuficiencia cardíaca. La preeclampsia cuadruplica el riesgo de desarrollo de insuficiencia cardíaca y duplica el de ECV de forma independiente. La diabetes gestacional octuplica el riesgo de desarrollo de diabetes y aumenta el riesgo de ECV en forma independiente al desarrollo futuro de diabetes. El parto prematuro predispone a desarrollar hipertensión arterial, diabetes tipo II, dislipemia y ECV⁽²⁶⁾. Por lo tanto, es imprescindible reconocer al grupo de mujeres jóvenes de alto riesgo para que se involucren en su salud CV y tomen medidas preventivas.

Por otra parte, el 62% de las jóvenes se autopercepcionaron con conocimientos escasos/muy escasos sobre la ECV. Dos estudios realizados por Gooding y col. a adolescentes y mujeres jóvenes mostraron que solo el 10% sabía que la ECV era la primera CM en la mujer norteamericana. La baja percepción estaba relacionada al género, la edad, las normas sociales y otras prioridades en salud^(4, 27). La transición a la edad adulta es un momento clave para la pérdida de la salud CV⁽²⁸⁾. Se debe incluir entre el público objetivo a las mujeres jóvenes, para conseguir que un mayor porcentaje incorpore el hábito de realizar chequeos preventivos y adquieran hábitos cardiosaludables.

Es necesario un esfuerzo continuo para llegar a las poblaciones en riesgo. Estos datos deben informar a las campañas de salud pública, centrarse en estrategias basadas en la evidencia para prevenir las ECV y ayudar a dirigir los mensajes que resuenen y motiven a las mujeres a tomar acción. Se debe trabajar a nivel de las sociedades científicas, con el fin de abatir la disparidad vinculada al sexo/género, asegurando la prevención, el diagnóstico oportuno, adecuados tratamientos de las ECV en la mujer, con un abordaje integral⁽²⁹⁾. Por último, estos esfuerzos tienen el potencial de reducir la clasificación de las ECV como la principal CM en las mujeres uruguayas.

Limitaciones

Las limitaciones de esta encuesta merecen discusión. Esta se llevó a cabo completamente en línea a mujeres que de forma voluntaria participaron

de la encuesta *online*, por lo que la generalización a las poblaciones reacias a la participación en encuestas por internet o sin acceso debe ser considerada. Si bien en Uruguay los niveles de penetración de las redes sociales e internet son elevados, el acceso potencialmente limitado a internet entre las mujeres con ingresos familiares más bajos puede haber resultado en una representación limitada de aquellas que experimentan las mayores disparidades socioeconómicas. Para disminuir este sesgo y acercarnos a las características de la población general, realizamos una ponderación según NSE y educativo.

Si bien en la discusión se comparó con la muestra de la encuesta anterior del año 2013 para establecer tendencias, las comparaciones deben tomarse con cautela, ya que estas encuestas tuvieron metodologías diferentes. Mientras que la actual es no probabilística, la realizada en 2013 sí lo fue.

Además, las características no medidas de las personas que tienen tendencia a responder encuestas puede diferir en el tiempo y con el tipo de encuesta (autorrespondiente o con encuestador), introduciendo otro posible sesgo.

Las encuestas *online* están ampliamente validadas a nivel internacional en distintos tipos de investigación social, por su mayor potencialidad de generar datos ponderados para reflejar la composición de toda la población en menor tiempo y a un costo más accesible. Sin embargo, existen todavía limitaciones con respecto a qué tan bien estos enfoques permiten una generalización de los resultados a la población general uruguaya. Estos resultados pueden alentar a las autoridades de Salud Pública a realizar una encuesta nacional.

Conclusiones

La percepción de las mujeres encuestadas sobre la ECV como principal PS y CM es baja. Existen brechas de percepción y conocimiento con respecto al tema por edad, NSE y región. Las mujeres jóvenes tienden a invisibilizar el problema. Además, el colectivo médico informa poco sobre el tema durante las consultas clínicas. Es necesario intensificar esfuerzos con campañas nacionales para educar a las mujeres sobre la ECV, realizar el cribado de grupos de riesgo y efectuar el asesoramiento correspondiente.

Agradecimientos

A la Comisión Directiva de la SUC, que nos ha apoyado en todos los proyectos y autorizado los planteos realizados en todos estos años.

A la Sra. Patricia Notaro y a través de ella

al laboratorio Bayer, por su apoyo y entusiasmo. Nos han apoyado en las acciones realizadas desde el Comité de Cardiopatía en la Mujer desde sus inicios y han hecho posible la realización de la encuesta.

Mónica Giambruno, ORCID 0000-0002-9664-9247
Virginia Michelis, ORCID0000-0003-1879-987X
Anabela Fernández, ORCID 0000-0001-8362-1846
Ivanna Duro, ORCID0000-0002-3357-0937
Elena Murguía, ORCID0000-0002-7309-2378
Carolina Artucio, ORCID 0000-0001-9945-7171

Bibliografía

1. World Heart Federation. State of the heart cardiovascular disease report. Geneva: World Heart Federation, 2017. Disponible en: <https://www.world-heart-federation.org/resources/state-heart-cvd-report/>. [Consulta: 12 octubre 2021].
2. Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en el Uruguay, 2019. Montevideo: CHSC, 2019. Disponible en: <http://informe-mortalidad-2019.cardiosalud.org/>. [Consulta: 12 octubre 2021].
3. Barranco D, Artucio C, Perna A, Mayol J. Angioplastia primaria en el infarto agudo de miocardio: diferencias según el género. Subestudio de la casuística uruguaya (2004-2012). *Rev Urug Cardiol* 2017; 32(2):141-9.
4. Gooding H, Brown C, Revette A, Vaccarino V, Liu J, Patterson S, et al. Young women's perceptions of heart disease risk. *J Adolesc Health* 2020; 67(5):708-13. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.05.010.
5. Artucio C, Duro I. Encuesta de percepción de la enfermedad cardiovascular de la mujer por la mujer. *Rev Urug Cardiol* 2012; 27(3):304-12.
6. Artucio C, Giambruno M, Duro I, Michelis V, Korytnicki D, Barranco D, et al. Enfermedad cardiovascular en la mujer: cómo la perciben, que conocen y qué conductas de prevención adoptan las mujeres. *Rev Urug Cardiol* 2017; 32(1):13-22.
7. Romero C. Enfermedad cardiovascular en la mujer: percepciones, mitos y realidades. *Rev Urug Cardiol* 2017; 32(2):105-8.
8. Rolandi F, Grinfeld L, Sosa Liprandi M, Tambussi A, Kazelian L, La Bruna M, et al. Encuesta de reconocimiento de la enfermedad cardiovascular en la mujer por la mujer. *Rev Argent Cardiol* 2013; 81(4):329-35. doi: 10.7775/rac.es.v81.i4.1076.
9. Mosca L, Jones W, King K, Ouyang P, Redberg R, Hill M. Awareness, perception, and knowledge of heart disease risk and prevention among women in the United States. American Heart Association Women's Heart Disease and Stroke Campaign Task Force. *Arch Fam Med* 2000; 9(6):506-15. doi: 10.1001/archfam.9.6.506.
10. Mosca L, Mochari H, Christian A, Berra K, Taubert K, Mills T, et al. National study of women's awareness, preventive action, and barriers to cardiovascular health. *Circulation* 2006; 113(4):525-34. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.588103.
11. Mosca L, Mochari-Greenberger H, Dolor R, Newby L, Robb K. Twelve-year follow-up of American women's awareness of cardiovascular disease risk and barriers to heart health. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010; 3(2):120-7. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.109.915538.
12. Mosca L, Hammond G, Mochari-Greenberger H, Towfighi A, Albert M; American Heart Association Cardiovascular Disease and Stroke in Women and Special Populations Committee of the Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular Nursing, Council on High Blood. Fifteen-year trends in awareness of heart disease in women: results of a 2012 American Heart Association national survey. *Circulation* 2013; 127(11):1254-63. doi: 10.1161/CIR.0b013e318287cf2f.
13. Llambí C, Piñeyro L. índice de nivel socioeconómico (INSE). Revisión anual 2012 [Internet]. Montevideo: CEISMO; 2012 [consulta: 21 Mar 2022]. Disponible en: <https://docplayer.es/18341448-Cinve-indice-de-nivel-socioeconomico-inse-revision-anual-2012.html>
14. Cámara de Empresas de Investigación Social y de Mercado del Uruguay. Código de ética [Internet]. Montevideo: CEISMO; 2012 [consulta: 21 Mar 2022]. Disponible en: <https://www.ceismu.org/site/quienes-somos/codigo-de-etica/>
15. Varleta P, Acevedo M, Casas-Cordero C, Berríos A, Navarrete C. Low Cardiovascular Disease Awareness in Chilean Women: Insights from the ESCI Project. *Glob Heart* 2020; 15(1):55. doi: 10.5334/gh.534.
16. Kashani M, Eliasson A, Vernalis M, Costa L, Terhaar M. Improving assessment of cardiovascular disease risk by using family history: an integrative literature review. *J Cardiovasc Nurs* 2013; 28(6):E18-27. doi: 10.1097/JCN.0b013e318294b206.
17. Michos E, Nasir K, Braunstein J, Rumberger J, Budoff M, Post W, et al. Framingham risk equation underestimates subclinical atherosclerosis risk in asymptomatic women. *Atherosclerosis* 2006; 184(1):201-6. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2005.04.004.
18. Michos E, Vasamreddy C, Becker D, Yanek L, Moy T, Fishman E, et al. Women with a low Framingham risk score and a family history of premature coronary heart disease have a high prevalence of subclinical coronary atherosclerosis. *Am Heart J* 2005; 150(6):1276-81. doi: 10.1016/j.ahj.2005.02.037.
19. Benjamin E, Muntner P, Alonso A, Bittencourt M, Callaway C, Carson A, et al; American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics-2019 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2019; 139(10):e56-e528. doi: 10.1161/CIR.0000000000000659.

20. Bairey Merz C, Andersen H, Sprague E, Burns A, Keida M, Walsh M, et al. Knowledge, attitudes, and beliefs regarding cardiovascular disease in women: The Women's Heart Alliance. *J Am Coll Cardiol* 2017; 70(2):123-32. doi: 10.1016/j.jacc.2017.05.024.
21. Brown H, Warner J, Gianos E, Gulati M, Hill A, Hollier L, et al; American Heart Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. Promoting risk identification and reduction of cardiovascular disease in women through collaboration with obstetricians and gynecologists: a presidential advisory from the American Heart Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Circulation* 2018; 137(24):e843-52. doi: 10.1161/CIR.0000000000000582.
22. D'Onofrio G, Safdar B, Lichtman J, Strait K, Dreyer R, Geda M, et al. Sex differences in reperfusion in young patients with ST-segment-elevation myocardial infarction: results from the VIRGO study. *Circulation* 2015; 131(15):1324-32. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.012293.
23. Canto J, Rogers W, Goldberg R, Peterson E, Wenger N, Vaccarino V, et al; NRMI Investigators. Association of age and sex with myocardial infarction symptom presentation and in-hospital mortality. *JAMA* 2012; 307(8):813-22. doi: 10.1001/jama.2012.199.
24. Jneid H, Fonarow G, Cannon C, Hernandez A, Palacios I, Maree A, et al; Get With the Guidelines Steering Committee and Investigators. Sex differences in medical care and early death after acute myocardial infarction. *Circulation* 2008; 118(25):2803-10. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.789800.
25. Mosca L, Benjamin E, Berra K, Bezanson J, Dolor R, Lloyd-Jones D, et al. Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women--2011 update: a guideline from the American heart association. *Circulation* 2011; 123(11):1243-62. doi: 10.1161/CIR.0b013e31820faaf8.
26. Arnott C, Patel S, Hyett J, Jennings G, Woodward M, Celermajer D. Women and cardiovascular disease: pregnancy, the forgotten risk factor. *Heart Lung Circ* 2020; 29(5):662-7. doi: 10.1016/j.hlc.2019.09.011.
27. Gooding H, Brown C, Liu J, Revette A, Stamoulis C, de Ferranti S. Will teens go red? Low cardiovascular disease awareness among young women. *J Am Heart Assoc* 2019; 8(6):e011195. doi: 10.1161/JAHA.118.011195.
28. Benjamin E, Virani S, Callaway C, Chamberlain A, Chang A, Cheng S, et al; American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics-2018 Update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2018; 137(12):e67-e492. doi: 10.1161/CIR.0000000000000558.
29. Isakadze N, Mehta P, Law K, Dolan M, Lundberg G. Addressing the gap in physician preparedness to assess cardiovascular risk in women: a comprehensive approach to cardiovascular risk assessment in women. *Curr Treat Options Cardiovasc Med* 2019; 21(9):47. doi: 10.1007/s11936-019-0753-0.

Contribución de los autores

Mónica Giambruno: participación principal en ejecución, análisis, redacción y respuesta a editores.

Virginia Michelis: redacción de la encuesta. Análisis.

Anabela Fernández: redacción de la encuesta. Análisis.

Ivanna Duro: redacción de la encuesta. Análisis.

Elena Murguía: redacción de la encuesta. Análisis.

Carolina Artucio: redacción de la encuesta. Análisis, redacción y respuesta a editores. Supervisión general del trabajo.

Anexo 1. Encuesta de percepción de las mujeres sobre las enfermedades cardiovasculares 2020. Comité de Cardiopatía en la Mujer - SUC

Le invitamos a participar de una encuesta de salud. Sus respuestas son completamente confidenciales y anónimas. Al responder la misma está consintiendo a utilizar los datos de la encuesta. ¡Desde ya agradecemos su colaboración!

¿Me podría decir su nombre de pila, por favor? Nombre:

Introducción

P1. ¿Cuál es su edad? [RU-ESP] []

Si tiene menos de 20 o más de 70 años finaliza la encuesta

P2. ¿En qué departamento vive? [RU-GUI] []

P3. **Si es de Montevideo**

¿En qué barrio? [RU-GUI] []

P4. Sexo

1 Masculino

2 Femenino

Si es masculino finaliza la encuesta

P5. ¿Cuál es su estado civil actual? [RU-GUI]

1 Soltera

2 Casada

3 Divorciada

4 Viuda

98 NS/NC

P6. ¿Es Ud. la jefa de familia en su hogar? [RU-GUI]

1 Sí

2 No

P7. ¿Cuántos hijos tiene actualmente? (si no tiene hijos escriba 0) [RU-ESP] []

P8. Si tiene hijos:

¿Cuántos hijos tienen menos de 18 años? [RU-ESP] []

P9. ¿Tiene cobertura de salud a través de FONASA o de otra institución? [RU-GUI]

1 FONASA

2 Otra institución

98 NS/NC

P10. Nacionalidad [RU-GUI]

1 Uruguaya

2 Extranjera

P11. ¿Cuál es su ascendencia racial predominante? [RU-GUI]

1 Afro o negra

2 Asiática o amarilla

3 Blanca

4 Indígena

5 Otra

P12. ¿Cuál es el máximo nivel educativo que alcanzó? [RU-GUI]

1 Primaria

2 Educación Media incompleta (Secundaria o Educación Técnica)

3 Educación Media completa (Secundaria o Educación Técnica)

4 Educación Terciaria

5 Postgrado

P13. ¿Tuvo algún embarazo? [RU-GUI]

1 Sí

2 No

P14. ¿Ha tenido algún hijo? [RU-GUI]

1 Sí

2 No

Problema de salud más importante y principal causa de muerte

A1. ¿Cuál cree que es el problema de salud más importante que afecta a la mujer hoy en día? [RU-GUI] (rotar listado).

1 SIDA

2 Alzheimer/Demencia

3 Cáncer

4 Diabetes

5 Adicciones a drogas ilegales

6 Enfermedades del corazón/ataque cardíaco

7 Osteoporosis

8 Ataque cerebral

9 Tabaquismo

10 Artrosis

11 Enfermedades psiquiátricas

12 Alcoholismo

A2. ¿Cuál cree que es la principal causa de muerte de la mujer hoy en día? [RU-GUI] (rotar listado).

1 Muerte accidental

2 SIDA

3 Alzheimer/ Demencia

4 Cáncer de mama

5 Cáncer de pulmón

6 Otro tipo de cáncer

7 Diabetes

8 Adicciones a drogas ilegales

9 Enfermedades del corazón / ataque cardíaco

10 Osteoporosis

11 Tabaquismo

12 Ataque cerebral

13 Suicidio

14 Muerte violenta - homicidio

15 Alcoholismo

Información obtenida sobre enfermedades cardiovasculares

B1. ¿Ha visto o escuchado información sobre enfermedades cardíacas en las mujeres durante los últimos 12 meses? [RU-GUI]

1 Sí

2 No

3 No recuerda

B2 A los que vieron o escucharon información

¿Dónde vio, escuchó o leyó esa información? [RU-GUI] (rotar listado).

	Sí	No
1 Prensa escrita	1	2
2 Radio	1	2
3 Libros	1	2
4 TV	1	2
5 Folletos de divulgación	1	2
6 En consultorio médico, con profesionales de la salud	1	2
7 Internet	1	2
8 Redes sociales	1	2
9 Otro	1	2
10 NS/NC	1	2

B3. ¿Cuándo fue la última vez que Ud. consultó a un médico? (ESP-RU)

- 1 Menos de 1 año
- 2 Entre 1 y 2 años
- 3 Más de 2 años
- 98 NS/NC

B4. ¿Qué especialidad médica consultó en esa ocasión? (ESP-RU). Rotar listado utilizado en 2013. [] C2

B5. Si consultó a un médico en el último año:

¿Alguno de sus médicos ha conversado con usted, en los últimos 12 meses, sobre? [RU-GUI]

Sí No

Medidas de prevención en enfermedades del corazón

1 2

Síntomas de enfermedades del corazón

1 2

B6. ¿Cómo diría que son sus conocimientos sobre las enfermedades del corazón en la mujer, en una escala de 1 a 5, donde 1 significa Muy escasos y 5 significa Muy abundantes? [RU-GUI] []

Hábito de hacerse chequeos

C1. ¿En los últimos 12 meses se ha chequeado la presión arterial? [RU-GUI]

- 1 Sí
- 2 No

C2. A los que se chequearon la presión

Cuando se chequeó la última vez su presión arterial ¿era normal, alta o baja? [RU-GUI]

- 1 Normal
- 2 Alta
- 3 Baja
- 4 No sabe/No recuerda

C3. ¿En los últimos 12 meses ha chequeado su nivel de azúcar en sangre? [RU-GUI]

- 1 Sí
- 2 No

C4. A los que se chequeron el nivel de azúcar en sangre Cuando se chequeó por última vez su nivel de azúcar en sangre ¿era normal, alto o bajo? [RU- GUI]

- 1 Normal
- 2 Alto
- 3 Bajo
- 4 No sabe / No recuerda

C5. ¿En los últimos 12 meses ha chequeado su nivel de colesterol? [RU-GUI]

- 1 Sí
- 2 No

C6. A los que se chequearon el colesterol

Cuando se chequeó por última vez su nivel de colesterol ¿era normal, alto o bajo? [RU- GUI]

- 1 Normal
- 2 Alto
- 3 Bajo
- 4 No sabe / No recuerda

Conocimiento asociado al colesterol

D1. ¿Sabe usted cuál es la diferencia entre colesterol “malo” y “bueno”? [RU-GUI]

- 1 Sí
- 2 No

D2. ¿Sabe usted cuál es su nivel de colesterol “bueno”? [RU-GUI]

- 1 Sí
- 2 No

D3. ¿Sabe usted cuál es su nivel de colesterol “malo”? [RU-GUI]

- 1 Sí
- 2 No

D4. ¿Sabe chequearse el pulso? [RU-GUI]

- 1 Sí
- 2 No

D5. ¿En los últimos 12 meses se ha chequeado el pulso? [RU-GUI]

- 1 Sí
- 2 No

D6. A los que se chequearon el pulso

Cuando se chequeó el pulso ¿era normal o tenía alteraciones? [RU-GUI]

- 1 Normal
- 2 Arritmia
- 3 Fibrilación auricular
- 4 No sabe / No recuerda

D7 Si le diagnosticaron arritmia o fibrilación auricular, ¿recibió tratamiento anticoagulante? [RU-GUI]

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No sabe / No contesta

D8. ¿Conoce la relación entre fibrilación auricular y el accidente cerebrovascular (ACV)? [RU-GUI]

- 1 Sí
- 2 No

Información sobre infarto cardiovascular

E1 Usted ha sufrido una enfermedad cardíaca? [RU-GUI]

- 1 Sí
- 2 No

E2 ¿Algún familiar directo, como abuelos, padres, hermanos o hijos, sufrió un enfermedad cardíaca?, ¿quiénes? [RU-GUI]

Sí No

- | | |
|-------------------|-----|
| 1 Abuelo/Abuela | 1 2 |
| 2 Padre/Madre | 1 2 |
| 3 Hermano/Hermana | 1 2 |
| 4 Hijo/Hija | 1 2 |

Información sobre hábitos

F1. A continuación voy a leer un listado de afirmaciones sobre el hábito de fumar cigarrillos. Elija la que describe mejor su experiencia [RU-GUI]

- 1 Nunca he fumado
- 2 He dejado de fumar (hace menos de 6 meses)
- 3 He dejado de fumar (hace 6 meses o más)
- 4 Fumo, pero no todos los días
- 5 Fumo entre 1 y 9 cigarrillos al día
- 6 Fumo 10 o más cigarrillos al día

F2. ¿Qué tan a menudo sale a caminar (como actividad deportiva), andar en bicicleta, nadar o hacer algún otro tipo de actividad física por más de 30 minutos? [RU-GUI]

- 1 Nunca
- 2 Algunos días en el mes pero no todas las semanas
- 3 1 o 2 veces por semana
- 4 3 o 4 veces por semana
- 5 Entre 5 y 7 días de la semana

Medidas antropométricas

G1. ¿Cuál es su estatura en metros? [RU-ESP] []

G2. ¿Cuál es su peso en kilos? [RU-ESP] []

Evaluación de reactivos

H1. De las siguientes afirmaciones, ¿cuáles considera que son verdaderas y cuáles falsas? [RU-GUI]

Verdadera Falsa

La enfermedad cardiovascular se desarrolla gradualmente a lo largo de muchos años y puede pasar fácilmente desapercibida 1 2
Las mujeres son más propensas a sufrir de enfermedad cardiovascular después de la menopausia 1 2
La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en las mujeres 1 2
Las mujeres son más propensas a sufrir de enfermedad cardiovascular que los hombres 1 2

Percepción de factores de riesgo / conocimiento sobre síntomas de infarto

I1. Voy a pedirle que me indique cuán importante considera que es cada uno de los siguientes elementos en el desarrollo de una enfermedad del corazón, en una escala de 1 a 5 donde 1 significa Nada importante y 5 significa Muy importante. [RU-GUI] (rotar listado).

- 1 Diabetes []
- 2 Presión arterial alta []
- 3 Sobrepeso u obesidad []
- 4 No hacer actividad física []
- 5 Colesterol elevado en sangre []
- 6 Padecer depresión o estrés []
- 7 Beber alcohol en exceso []
- 8 Fumar []
- 9 Tener una historia familiar de enfermedades del corazón []
- 10 Tener más de 55 años []

I2. ¿Cuáles de los siguientes síntomas considera que pueden estar relacionados con un infarto cardíaco? [RU-GUI] (rotar listado).

- | | Sí | No |
|-------------------------------------|----|----|
| 1 Dolor en el pecho | 1 | 2 |
| 2 Dolor en cuello, hombros y brazos | 1 | 2 |
| 3 Falta de aire | 1 | 2 |
| 4 Náuseas | 1 | 2 |
| 5 Cansancio/ debilidad extrema | 1 | 2 |
| 6 Opresión en el pecho | 1 | 2 |

Prevención

L1. ¿Cuáles de las siguientes actividades cree usted que pueden prevenir o reducir el riesgo de tener enfermedad cardíaca? Marque las que considere correctas. [RM-GUI] (rotar listado).

- 1 Dejar de fumar
- 2 Realizar ejercicio físico
- 3 Reducir el colesterol
- 4 Perder peso
- 5 Reducir el estrés
- 6 Reducir el consumo de sal
- 7 Tomar vitaminas
- 8 Reducir el consumo de carne y productos lácteos

Información relacionada a hormonas y embarazo

K1. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación? [RU-GUI] []

K4. ¿En la actualidad ha dejado de menstruar? [RU-GUI]

- 1 Sí
- 2 No

K2. Solo las que dejaron de menstruar
¿A qué edad dejó de menstruar? [RU-GUI] []

K3. Solo las que estuvieron embarazadas (P13)
¿Cuántos embarazos ha tenido? [RU-GUI] []

K4. ¿Tuvo algún aborto? [RU-GUI]

- 1 Sí
- 2 No

K5. Solo las que tuvieron un aborto
¿Conoce la causa de ese aborto? [RU-GUI]

- 1 Sí
- 2 No

K6. Sólo a las que conocen las causas
Podría describir las causas de ese aborto [RU-GUI]

- 1 Espontáneo
- 2 Voluntad propia
- 3 Accidente / falta de cuidados
- 4 Embarazo ectópico
- 5 Problemas cardíacos
- 6 Otros problemas de salud de la embarazada o el feto
- 7 No sabe / NC

K7. ¿Le diagnosticaron diabetes (sin saberse diabética) durante alguno de sus embarazos? [RU-GUI]

- 1 Sí
- 2 No

K8. En alguno de sus embarazos, usted presentó hipertensión arterial (y no se sabía hipertensa) [RU-GUI]

- 1 Sí
- 2 No

K9. ¿Durante el embarazo aumentó más del 20% del peso que tenía al inicio del embarazo? [RU-GUI]

- 1 Sí
- 2 No

K10. Sólo las que tuvieron hijos (P14)
¿Tuvo algún parto pre término? [RU-GUI]

- 1 No
- 2 Sí, antes de 34 semanas
- 3 Sí, entre 35 y 37 semanas

Datos de clasificación

Para ir finalizando vamos a realizarte algunas preguntas que sólo tienen fines de clasificación. Recuerda que esta información es totalmente confidencial.

SD1. ¿Cuántas personas viven en forma permanente en tu hogar? (No se incluye: personal doméstico ni otros trabajadores, personas que estén de visita o viviendo provisoriamente ej. estudio, u otro motivo). [RU-GUI]

- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 o + | |
|-----|----|----|----|-------|---|
| SD4 | 21 | 15 | 10 | 6 | 3 |

Si vive solo ir A E3

SD2. ¿En el hogar hay al menos un integrante menor de 18 años? [RU-GUI]

- Si No SD5
0 1

SD3. ¿Cuántas personas perciben ingresos / ganan dinero en el hogar? (Incluye: remuneración por trabajo, rentas: por ejemplo alquiler de propiedades, transferencias del Estado, asignación familiar, seguro de desempleo). [RU-GUI]

1 perceptor 2
perceptores 3
perceptores 4
perceptores 5 o + perceptores

SD6

0 puntos 5 8 11 13

SD4. ¿En cuál de las siguientes instituciones atiende su salud la persona que aporta los mayores ingresos (que gana más dinero) al hogar? [RU-GUI]

Salud pública: ASSE, Hospital de Clínicas, área de salud de BPS, policlínicas municipales, Seguro de Anda o similar IAMC (Mutualistas) / Hospital Policial / Hospital Militar, Seguro privado (MP, SUMMUN, Hospital Británico, Seguro Americano, BLUE CROSS & BLUE SHIELD)

SD7

0 5 8

SD5. ¿Hay algún integrante del hogar que se atienda en salud pública? [RU-GUI]

Sí No SD8

0 3

SD6. ¿Hay algún integrante del hogar que posea título universitario-profesional? Es decir que haya terminado una carrera de grado. [RU-GUI]

Sí No SD9

6 0

SD7. ¿El hogar es propietario de la vivienda (aunque la esté pagando todavía)? [RU-GUI]

Sí No SD10

2 0

SD8. ¿Qué tipo de techo tiene esta vivienda? [RU-GUI]

Techo de planchada o liviano con cielo raso
Techo precario chapa de fibrocemento, zinc o tejas apoyadas sobre tirantería de madera sin recubrimiento interno, techo de quincho o material de desecho

4 0 SD11

SD9. ¿Cuántos baños posee la vivienda? [RU-GUI]

0-1 baño 2 baños 3 o + baños

0 3 7 SD12

SD10. ¿El hogar cuenta con servicio doméstico? Nos referimos a una persona que no pertenece al núcleo familiar, realiza tareas del hogar como limpieza y cocina, y recibe a cambio un salario o remuneración. [RU-GUI]

No Sin cama Con cama

0 5 9 SD13

SD11. ¿Cuentan con automóvil para uso exclusivo familiar (se excluyen taxi, camiones, camionetas para uso de trabajo)? ¿Cuántos? [RU-GUI]

No 1 auto 2 o + autos

0 4 7 SD14

SD12. ¿Poseen ...? [RU-GUI]

Aire acondicionado computadora personal (no ceibal) lavarropa

SD15A SD15B SD15C

Sí No Sí No Sí No

3 0 4 0 3 0

Muchas gracias por su tiempo, hemos finalizado