

Enfermedad cardiovascular en la mujer. Cómo la perciben, qué conocen y qué conductas de prevención adoptan las mujeres

Dras. Carolina Artucio, Mónica Giambruno, Ivanna Duro, Virginia Michelis,
Daniela Korytnicki, Daniela Barranco, Anabela Fernández, Mariela Lujambio,
Elena Murguía, Andrea Simeone

Resumen

Antecedentes: las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan un importante problema de salud para las mujeres en Uruguay. De acuerdo con las últimas estadísticas publicadas, en nuestro país mueren por esta causa más mujeres (13 por día) que hombres (11 por día).

Objetivo: evaluar la percepción, conocimiento y conductas de prevención de las ECV de la mujer por la mujer.

Método y resultado: en 2013 se encuestaron en Montevideo, por teléfono fijo, 300 mujeres (con edades entre 20 y 70 años), seleccionadas al azar, con una distribución similar a la de la población general en cuanto a nivel socioeconómico y edad. El cuestionario evaluó la percepción de la ECV como problema de salud, causa de muerte y comportamientos de prevención. El cáncer fue percibido por el 52% como el principal problema de salud y por el 62% como primera causa de muerte. La ECV lo fue en 17% y 12%, respectivamente. La mayoría de las mujeres tienen conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular, síntomas de ECV y comportamientos de prevención. Sin embargo, especialmente las más jóvenes subestimaron esta enfermedad y el cáncer de mama fue percibido como el principal problema de salud y no la ECV. Las mujeres hablan poco de estos temas con sus médicos (41% sobre medidas de prevención y 32% sobre síntomas de ECV).

Conclusiones: la percepción de las mujeres encuestadas es que el cáncer es el principal problema de salud y causa de muerte; solo el 12% identificó a la ECV como la primera causa de muerte. Si bien las mujeres conocen los síntomas y los factores de riesgo, no los asocian con un problema de género.

Palabras clave: ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES
SALUD DE LA MUJER
FACTORES DE RIESGO
ENCUESTAS Y CUESTIONARIOS

Cardiovascular disease in women. How they perceive it, what they know about and what preventive behaviors women adopt

Summary

Cardiovascular diseases (CVD) represent a major health problem for women in Uruguay. More women than men die every year in our country due to heart disease and 13 women die every day, according to the latest published vital statistics.

Objective: to evaluate the perception, knowledge and preventive behaviors of CVD of women by women.

Method and results: in 2013, 300 women (age 20-70 years) were selected at random and surveyed by telephone, distributed in proportion to the population in terms socioeconomic level and age. The questionnaire assessed the perception of

Comité de Cardiopatía en la Mujer de la Sociedad Uruguaya de Cardiología

Fuentes de financiamiento del manuscrito: la encuesta telefónica fue ejecutada por la empresa Mercoplus Latin America, financiada por el laboratorio Bayer, a solicitud y bajo la supervisión del Comité de Cardiopatía en la Mujer de la Sociedad Uruguaya de Cardiología. El procesamiento de los datos se realizó sin intervención del laboratorio.

Declaración de 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.

Correspondencia: Dra. Carolina Artucio. Correo electrónico: carolinartucio@yahoo.com

Recibido Nov 1, 2016; aceptado Mar 21, 2017

CVD as a health problem, cause of death and prevention behaviors.

Cancer was perceived by 52% as the main health problem and 62% as the leading cause of death. So was CVD in 17% and 12% respectively. The vast majority of women respondents had an adequate level of knowledge about cardiovascular risk factors, symptoms of heart disease, as well as behaviors that prevent or reduce the likelihood of becoming ill. However, most women, especially the young ones underestimated this disease and perceived breast cancer as a main health concern rather than CVD. Few women talk about this with their doctors (41% of prevention measures and 32% of CVD symptoms).

Conclusion: the perception of the surveyed women was that cancer is their main health problem and cause of death. Just 12% perceived CVD as the main cause of death. Although women knew the symptoms and risk factors of this illness, they didn't associate it with a gender problem.

Key words: CARDIOVASCULAR DISEASES
WOMEN'S HEALTH
RISK FACTORS
SURVEYS AND QUESTIONNAIRES

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan el principal problema de salud de las mujeres 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)⁽¹⁾.

En Uruguay, al igual que en los países desarrollados, las enfermedades del sistema circulatorio siguen siendo la primera causa de muerte. En el año 2014, en nuestro país, fueron responsables del 27% de todas las defunciones, seguidas por tumores (25%) y causas respiratorias (10%)⁽²⁾.

Si bien en la última década en Uruguay y en los países occidentales se ha observado un descenso sostenido de la mortalidad por esta causa, este descenso ha sido menor en las mujeres que en los varones⁽³⁻⁵⁾. En Europa, por ejemplo, las ECV suponen el 49% de las muertes en mujeres, en comparación con el 40% de las muertes en hombres⁽⁵⁾.

En el año 2014 se observó en nuestro país un mayor número de defunciones por enfermedad del aparato circulatorio en el sexo femenino (n=4.615) que en el masculino (n=4.017). El ACV fue la primera causa de muerte para las mujeres uruguayas, y el número de muertes también fue superior en mujeres que en hombres (n=1.443 y n=996, respectivamente). Una de las características de esta patología crónica es el predominio de la tasa de mortalidad en las edades mayores. La mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón se caracteriza por ser más precoz en el sexo masculino, con una diferencia aproximada de diez años⁽²⁾.

A pesar de estas estadísticas, existe en la mujer de los países occidentales una identificación inadecuada acerca de cuál es su principal problema de salud y primera causa de muerte⁽⁶⁻⁹⁾. En nuestro país se realizó en el año 2011 una encuesta entre funcio-

narias de la salud de tres centros hospitalarios de Montevideo (uno público y dos privados) que mostró una brecha entre la percepción y la realidad, desconociéndose si esto correspondía a la población general femenina. En esa encuesta, el 66% de las encuestadas consideró el cáncer como primera causa de muerte, el 13% las enfermedades cardíacas y ninguna consideró el ataque cerebral⁽¹⁰⁾.

El objetivo de la encuesta de percepción, conocimiento y conducta de prevención de enfermedades cardíacas en la mujer por la mujer fue:

1. Indagar la percepción de las mujeres sobre las ECV en su género.
2. Analizar el conocimiento y la concientización de las mujeres sobre las ECV.

Material y método

Para lograr los objetivos propuestos en este estudio se implementó un diseño observacional, descriptivo, de corte transversal.

Se confeccionó un formulario con 31 preguntas tomando como base una encuesta similar realizada en otros países de América (Estados Unidos y Argentina). Dicho formulario constaba de cuatro bloques: caracterización de la encuestada, percepción y conocimiento de las ECV, conductas de prevención e información sociodemográfica. El formulario fue testeado realizándose los ajustes pertinentes, previos a su aplicación final, con la finalidad de medir con precisión el fenómeno en cuestión. La escala utilizada frente a las preguntas fue de 1 a 5, donde 1 significaba nada importante y 5 significaba muy importante. Algunas preguntas debían ser contestadas sí o no, y otras con verdadero o falso.

El tipo de encuesta fue a teléfono fijo, siendo la duración aproximada del cuestionario 20 minutos.

La encuesta fue realizada en los meses de octubre y noviembre de 2013 con una tasa de respuesta promedio de 32%.

Se consideró como unidad de análisis a mujeres residentes en Montevideo, entre 20 y 70 años, de todo el espectro socioeconómico. La selección de la muestra se hizo aleatoriamente respetando la distribución poblacional de Montevideo de acuerdo a la edad.

El mecanismo para la selección de la muestra fue el que se detalla a continuación:

- Recuento poblacional del target de estudio de acuerdo a los datos obtenidos del censo 2011 del Instituto Nacional de Estadística (INE).
- Distribución de casos por zona en función de la proporción poblacional.
- Las zonas fueron sorteadas aleatoriamente según el peso poblacional mediante un software que asigna una proporción de números telefónicos de acuerdo a la distribución de los barrios de Montevideo.

El tamaño muestral fue de 300 casos efectivos que por el método de selección utilizado, aleatorio simple en el que todas las unidades de análisis que disponen de teléfono fijo en su hogar tienen probabilidad de ser seleccionados, permite inferencias al total de la población.

Las variables de corte incluidas en el estudio fueron: edad, nivel socioeconómico (NSE) y nivel educativo. El NSE se generó a partir del modelo diseñado por el Centro de Investigaciones Económicas (CINVE)*, que se compone de 16 variables que recogen información respecto a educación, atención sanitaria, condiciones de la vivienda y tenencia de bienes.

El nivel educativo consultado refiere al máximo nivel de instrucción alcanzado por la persona encuestada; para facilitar la lectura de los resultados esta variable se operacionalizó en tres grupos: Nivel educativo medio-bajo (no tiene estudios, primaria completa o incompleta); medio: enseñanza técnica (UTU o similar, completa o incompleta, secundaria completa o incompleta); alto: estudios terciarios (completos o incompletos) (tabla 1).

Se dividió a las encuestadas en los siguientes grupos: edad de 20 a 39 y de 40 a 70 años; NSE: medio-bajo/bajo y medio-alto/alto y nivel educativo: bajo, medio y alto.

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el software Statistical Package for the Social Sci-

Tabla 1. Caracterización de la muestra: mujeres residentes en Montevideo de 20 a 70 años.

	<i>Distribución poblacional</i>	<i>Distribución de la muestra</i>
20 a 29 años	24%	24%
30 a 44 años	31%	32%
45 a 54 años	20%	19%
55 a 70 años	25%	25%

Los datos son obtenidos del Instituto Nacional de Estadística en base a los registros del Censo 2011.

ces (SPSS). Las pruebas utilizadas en general fueron promedios y frecuencias simples con aperturas por edad, NSE, nivel educativo.

La encuesta fue ejecutada por la empresa Mercoplus Latin America a solicitud de Bayer, colaborador de la Sociedad Uruguaya de Cardiología.

Resultados

Percepción y conocimiento de la enfermedad cardiovascular en la mujer

Importancia asignada a enfermedades y causas de muerte

Se les pidió a las encuestadas que seleccionaran de un listado con 12 enfermedades cuál consideraban el principal problema de salud. Los resultados se muestran en la figura 1.

Más de la mitad de las encuestadas (52%) señaló el cáncer como el problema de mayor importancia, mientras que una minoría, el 17%, planteó como principal problema de salud entre las mujeres la ECV, incluyendo enfermedades del corazón (11%) y ataque cerebral (6%). En el análisis según edad, NSE y educación, se observó una mayor prominencia en la importancia asignada a las enfermedades entre las mujeres mayores de 40 años (4,8 vs 4,5, mayores y menores de 40 años, respectivamente). Las mujeres de nivel educativo alto tienen posicionado el ataque cardíaco entre las enfermedades de mayor importancia, pero consideran al ataque cerebral menos importante (4,8 vs 4,6 respectivamente). El cáncer no solo fue considerado como el principal problema de salud, sino también el que concitó mayor acuerdo de importancia entre los distintos segmentos.

Con respecto a las causas de muerte, se les solicitó a las encuestadas que de un listado de 14 patologías posibles eligieran la que consideraban la principal causa de muerte en la mujer. Los resultados se muestran en la figura 2. La ECV aparece más rele-

* Llambi C, Piñero L. *Índice de Nivel Socioeconómico (INSE)* Revisión anual 2012. CINVE. Montevideo, noviembre de 2012

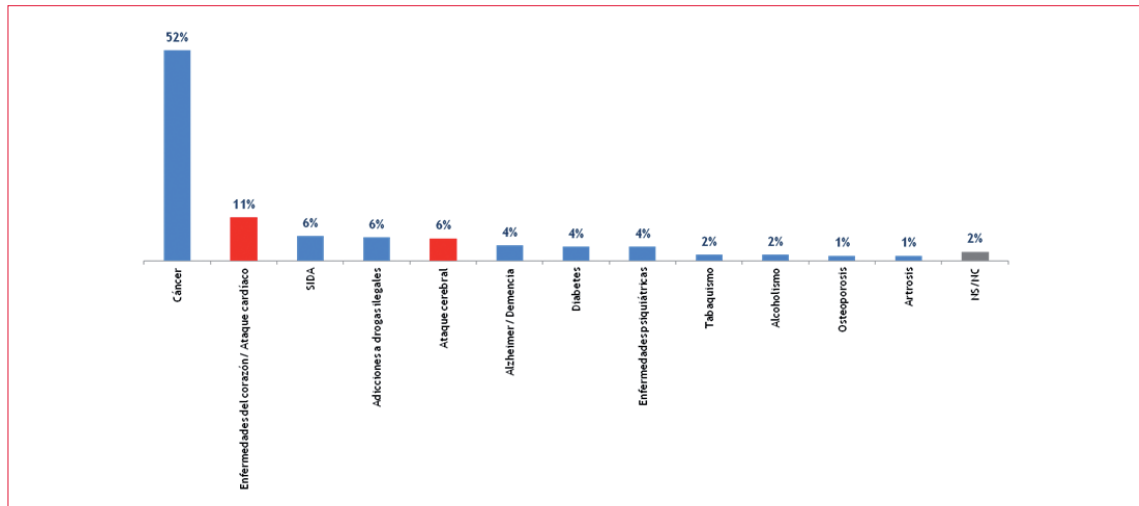


Figura 1. Percepción del principal problema de salud en la mujer por la mujer. SIDA: síndrome de inmunodeficiencia adquirida; NS/NC: No sabe, no contesta

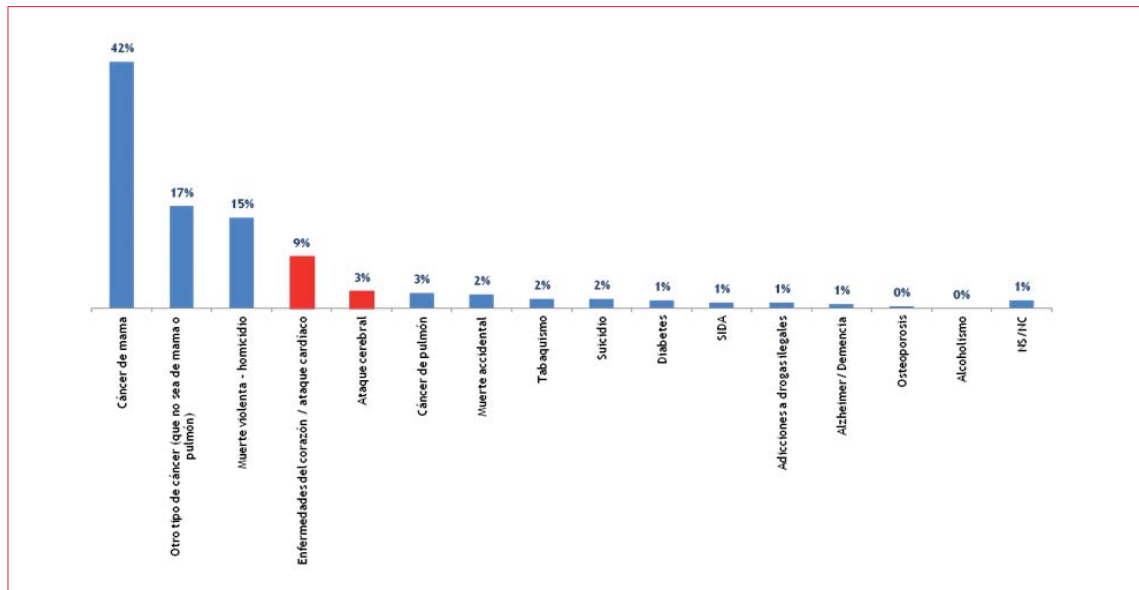


Figura 2. Percepción de principal causa de muerte en la mujer por la mujer.

gada como causa de muerte que lo que aparecía como enfermedad (12%), mientras que el cáncer en todas sus variedades asciende a casi dos tercios de las encuestadas y la muerte violenta en el 15% de los casos. En el análisis según edad, NSE y educación, se observó una mayor prominencia en la importancia asignada a las ECV entre las mujeres mayores de 40 años, de NSE y educativo medio/bajo.

Importancia asignada a los exámenes médicos

Se nombraron nueve exámenes médicos y se solicitó que los evaluaran de 1 a 5 en cuanto a su importancia. Se observó que los exámenes de detección temprana de cáncer ginecológico tuvieron mayor puntaje de importancia y el PAP fue el que tuvo mayor

coincidencia entre los diferentes grupos. Las mujeres mayores de 40 años son quienes les dan más valor a los exámenes médicos en general (figura 3).

Autopercepción de conocimientos sobre enfermedades cardíacas

Frente a la pregunta *¿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?*, las respuestas aparecen en la figura 4. La autoevaluación sobre el nivel de conocimientos de enfermedades cardíacas es mayor entre las mujeres de más de 40 años que entre las mujeres de 20 a 39 años. Las mujeres con nivel educativo alto tienden a subvalorar sus co-

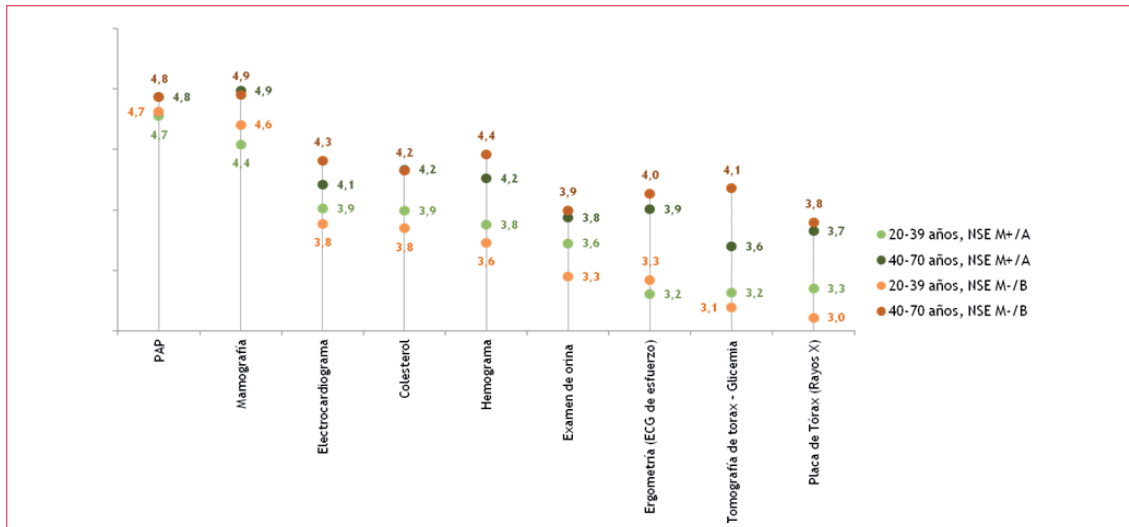


Figura 3. Importancia asignada a exámenes médicos según rangos de edad y nivel socioeconómico. M+ /A: medio alto/alto; M- /B: medio bajo/bajo.

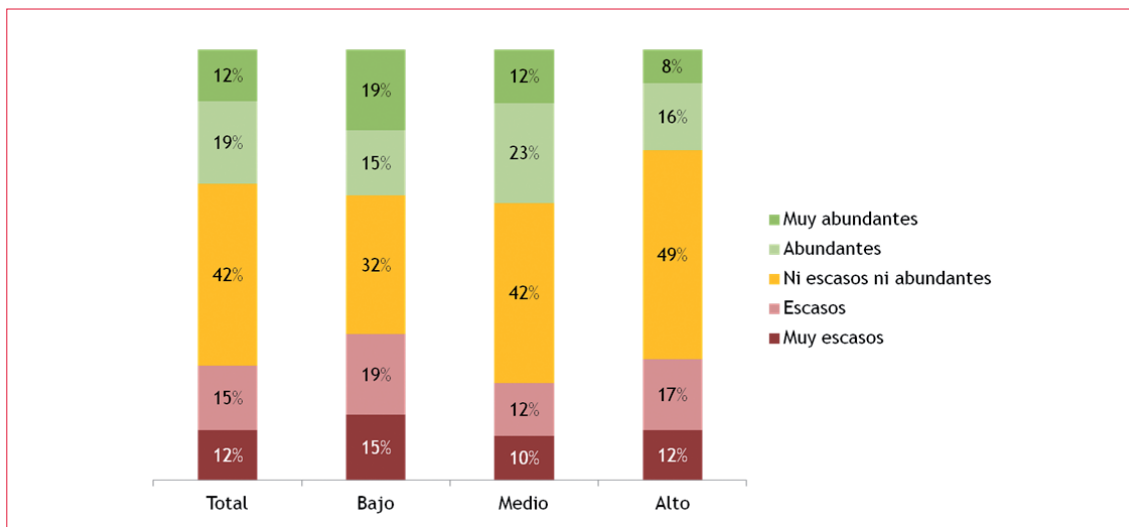


Figura 4. Autopercepción de conocimientos sobre enfermedades cardíacas, según nivel educativo.

nocimientos en comparación con quienes alcanzaron un nivel educativo medio y bajo.

Importancia asignada a factores de riesgo y medidas de prevención de enfermedades cardíacas

Las mujeres, en general, conocen la importancia de los factores de riesgo, dándoles a todos puntuaciones altas, cercanas a 5. Llama la atención que la diabetes haya sido considerada con puntuaciones más bajas (3,9 y 4,3 las mujeres menores y mayores de 40 años respectivamente).

Los principales factores de prevención son conocidos y recibieron un puntaje uniforme de alta importancia en todos los subgrupos encuestados.

Conocimientos sobre síntomas y prevalencia de enfermedades cardíacas en la mujer

Las mujeres mostraron un alto nivel de conocimiento (>90%) de los síntomas típicos (dolor precordial, disnea), siendo los síntomas atípicos de conocimiento más bajo (<70%). Los resultados fueron similares independientemente de que tuvieran o no antecedentes personales o familiares de ECV.

Conocimientos sobre prevalencia de enfermedades cardíacas entre las mujeres

Se les leyeron cuatro afirmaciones y se les pidió que dijeran cuáles consideraban verdaderas y cuáles falsas. Las respuestas se muestran en la figura 5. Ocho de cada diez mujeres asumieron que la enfermedad cardíaca en la mujer se produce de la misma forma

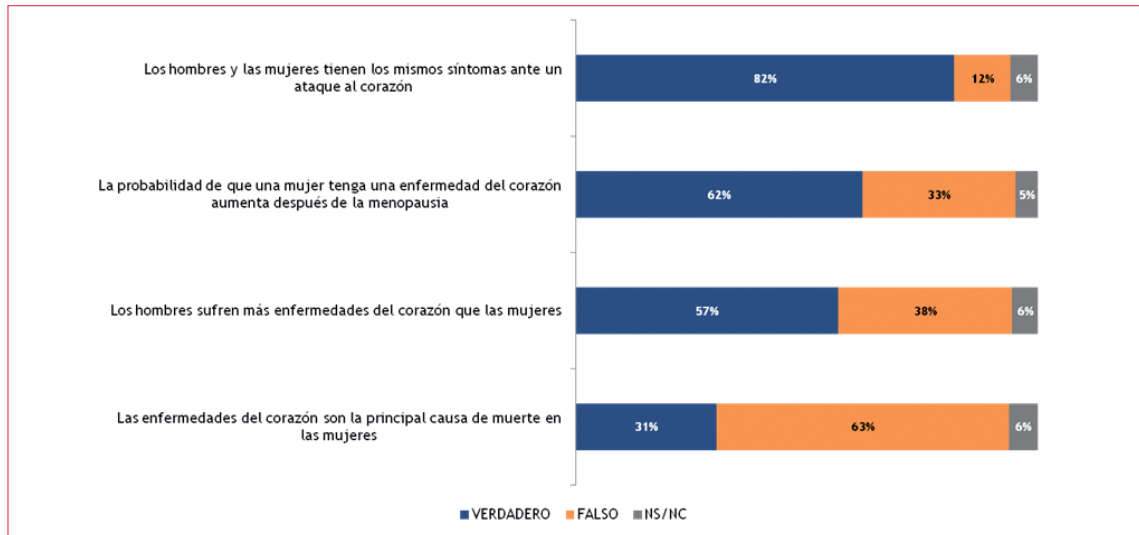


Figura 5. De las siguientes afirmaciones, ¿cuáles considera que son verdaderas y cuáles falsas?

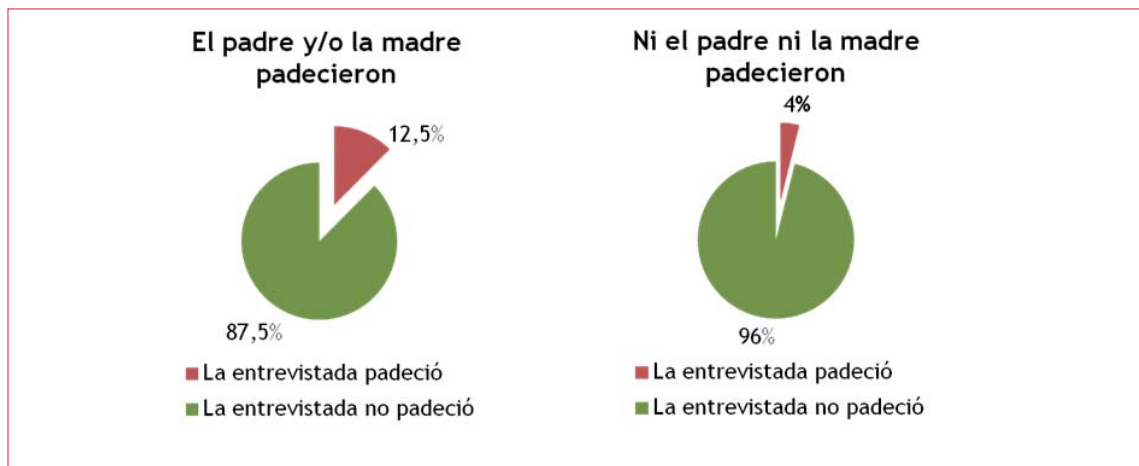


Figura 6. Prevalencia de enfermedades cardiovasculares entre entrevistadas y padres.

que en el varón, y siete de cada diez mujeres desconocieron que las enfermedades cardíacas fueran la principal causa de muerte entre ellas. Estos resultados se dieron en todos los subgrupos por igual, tuvieran o no familiares con ECV.

Conducta de prevención de enfermedades del corazón

Prevalencia de enfermedades del corazón en las entrevistadas

El 7% de las entrevistadas manifestó sufrir enfermedades cardíacas y más de 40% tenía antecedentes familiares. Hubo diferencias significativas de ECV entre hijos de mujeres con y sin ECV (9% vs 2%, $p < 0,02$). La figura 6 muestra la relación de ECV de la entrevistada y sus padres.

Preocupación por contraer enfermedades cardíacas

Se les enumeraron 11 enfermedades y se les preguntó a las encuestadas si les preocupaba la posibilidad de contraer alguna de ellas. Las respuestas se muestran en la figura 7. El cáncer ocupó el primer lugar en la preocupación de las mujeres entrevistadas. No obstante, tanto el ataque cerebral como las enfermedades del corazón o ataque cardíaco recogieron un alto nivel de preocupación (42% y 40%, respectivamente). En el análisis de subgrupos se observó que la preocupación aumentó entre las entrevistadas de 40 a 70 años, destacándose el nivel de preocupación por sufrir un ataque cerebral entre las entrevistadas mayores de 40 años de NSE medio-alto/alto (64%). Por otro lado, se observó despreocupación relativa de las menores de 40 años de NSE medio-alto/alto para todas las ECV (29% para ataque cardíaco y 22% para ataque cerebral).

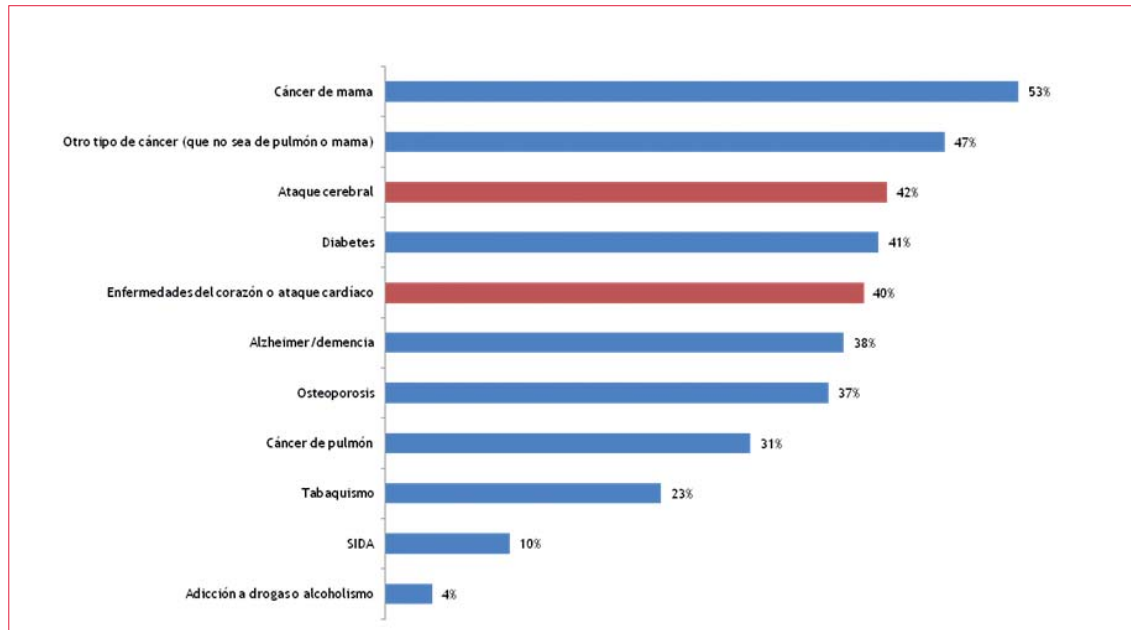


Figura 7. Respuestas afirmativas de preocupación de contraer enfermedades enumeradas

Consulta médica

El 90% de las encuestadas consultó a un médico en el último año y 96% en los últimos dos. Consultaron en medicina general 33%, ginecología 31% y cardiología (que ocupa el segundo lugar entre las especialidades) en el 8%. Menos de la mitad (44%) de las entrevistadas con ECV tuvo control con cardiólogo.

El 41% de las mujeres encuestadas conversó con el médico sobre medidas de prevención de enfermedades cardíacas, y el 32% sobre los síntomas. En el análisis de subgrupos se observó que las mujeres mayores de 40 años, sin distinción de NSE o de educación, tienen mayor inquietud sobre el tema y reciben más información de los médicos. Entre las menores de 40 años se observa una brecha en la información que brindan los médicos, favorable a quienes provienen de hogares de NSE más alto (medidas de prevención: 34% vs 22% y síntomas: 28% vs 18%, respectivamente).

Acceso a información acerca de enfermedades cardíacas

Frente a la pregunta *¿Ha visto, escuchado o leído información acerca de las enfermedades del corazón en el último año?*, el 75% respondió de manera afirmativa. El medio privilegiado para acceder a dicha información fue la televisión (76% de las encuestadas que respondieron afirmativamente). El consultorio médico es un ámbito secundario de acceso a la misma y viene precedido de otros medios masivos (folletos, internet y prensa escrita).

Discusión

Esta es la primera encuesta realizada, con una muestra distribuida proporcionalmente a la población montevideana, en términos de NSE y edad, de percepción sobre la ECV en la mujer. En esta quedó demostrado que las mujeres, y en especial las más jóvenes, perciben el cáncer como la enfermedad de mayor importancia, la principal causa de muerte y resulta ser la principal preocupación, lo que lleva a considerar como los principales exámenes médicos preventivos el PAP y la mamografía.

Esto ha tendido a invisibilizar la problemática de las enfermedades cardíacas entre las mujeres, observándose una notoria subestimación de las mismas como principal causa de muerte, atribuyéndoles baja importancia relativa a las mismas enfermedades como a los exámenes para detectarlas. Esta subestimación obedece tanto al punto anterior como a la tradicional asociación de este tipo de enfermedades con los hombres.

A pesar de que las mujeres conocen cuáles son los factores de riesgo cardiovascular, los síntomas de la enfermedad coronaria y cómo prevenirla, solo 17% planteó la ECV como el principal problema de salud y 12% de las encuestadas como la principal causa de muerte. A su vez, solo 44% de las mujeres con ECV conocida tuvo control con el cardiólogo.

Datos de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular revelan que en el año 2013 egresaron de hospitales públicos y privados un total de 14.584 mujeres por ECV, representando el 46,9% del total de egresos nacionales por dicha causa, con una mortali-

dad hospitalaria mayor que los hombres (8,67% vs 6,90%). La primera causa de egreso femenino fue la cardiopatía isquémica (2.956, 20,3%), seguida por ACV (2.644, 18,1%)⁽²⁾. La mortalidad cardiovascular continúa siendo la primera causa de muerte en Uruguay, responsable de 27% del total de muertes del año 2014 (53,46% mujeres, 46,53% hombres) y es la principal causa de muerte en la mujer. La tasa bruta y ajustada ha sido en mujeres 261,5 y 84/100.000 habitantes y en hombres de 243 y 142/100.000 habitantes, respectivamente, predominando en las mujeres la tasa de mortalidad en edades mayores. El seguimiento evolutivo de la mortalidad ha mostrado que ha descendido sistemáticamente en la última década, con la peculiaridad de que este descenso ha sido mayor en el hombre que en la mujer^(2,11).

Si bien datos similares han sido obtenidos en encuestas de otros países de América, donde se observó que la mujer desconoce la realidad de la ECV^(7,8), en nuestro país la brecha entre la percepción y la realidad de las mujeres fue la mayor de todas. En Argentina, en una encuesta realizada en el año 2006, el 20% de las encuestadas consideró que la principal causa de muerte fue cardiovascular⁽⁷⁾.

En Estados Unidos, en 1997, cuando se realizó la primera encuesta de percepción, el 30% de las encuestadas identificó la enfermedad cardíaca como principal causa de muerte en la población femenina (siendo nombrado el cáncer en el 49% de los casos). Luego de implementar campañas de concientización se repitió la encuesta cada tres años. Se observó cómo la proporción de mujeres que contestaban correctamente aumentó a 34% en el año 2000; 46% en el 2003; 55% en el 2006, y 54% en el año 2009. En el año 2012 se repitió la misma y se observó que el índice de percepción casi se duplicó con respecto a 1997 (56%), aunque se mantuvo constante desde el 2006, pero se invirtió la tendencia, ya que 24% nombró el cáncer. También se observó una brecha entre las diferentes etnias^(8,9,12-15).

Las mujeres jóvenes mostraron un nivel de percepción menor de la ECV como principal causa de muerte, principal problema de salud, así como de los exámenes médicos preventivos. A su vez hablaron menos con los médicos que sus contrapartes de más edad sobre estos temas. Esto representa una oportunidad perdida, especialmente para las mujeres en etapa reproductiva que pueden presentar factores de riesgo vinculados al género (estado hipertensivo del embarazo, preeclampsia, eclampsia y diabetes gestacional). Estas complicaciones del embarazo actualmente se aceptan como factores de riesgo propios de la mujer y fueron incluidas como tales en las recomendaciones de 2011 de la American Heart Association para la prevención de cardio-

patías en las mujeres. El identificar precozmente mujeres con mayor riesgo cardiovascular permitiría implementar esfuerzos en lograr un estilo de vida saludable en esta población joven de mayor riesgo^(16,17).

Los resultados de esta encuesta mostraron que el consultorio médico es un ámbito secundario de acceso a la información y viene precedido de otros medios masivos (televisión, folletos, Internet y prensa escrita). A su vez, cuatro de cada diez mujeres encuestadas conversaron con el médico sobre medidas de prevención de enfermedades cardíacas, y un tercio sobre los síntomas. Una encuesta nacional a médicos realizada en Estados Unidos mostró que menos de uno cada cinco sabía que más mujeres que hombres morían cada día por enfermedad cardiovascular. A su vez, era más probable que la mujer fuera asignada a un grupo de menor riesgo que el hombre a pesar de tener un riesgo calculado similar. Esto tenía como consecuencia menores recomendaciones de prevención primaria⁽¹⁸⁾.

El hecho de que la fuente de información a veces sean los médicos y que el principal acceso de la misma sean los medios podría capitalizarse como una oportunidad de mejora tanto a nivel de consultorio como de lograr que los especialistas aparezcan como comunicadores en medios de difusión masiva, generando así una fuente de conocimiento certera. Por esta razón el Comité de Cardiopatía en la Mujer incluyó en su estrategia de trabajo no solo realizar actividades con médicos de atención primaria, ginecólogos, cardiólogos y diferentes sociedades científicas nacionales, sino que también se incluyeron actividades en la comunidad, con fuerte presencia en los medios de comunicación.

El nivel de consulta del último año alcanza el 90% de las encuestadas. Esto es un activo muy importante en la capacidad de detección temprana y tratamiento de enfermedades cardíacas. Ahora bien, ese activo es valioso si y solo si desde la consulta se aumentan los niveles de proactividad y espontaneidad por parte del médico en el tratamiento de temas referidos a ECV. Es preciso aumentar el compromiso médico con la información sobre factores de riesgo, síntomas y medidas de prevención de enfermedades del corazón.

Debemos generar conciencia de esta realidad, lo cual no implica solamente brindar información desde cero, sino que *requiere realizar un esfuerzo adicional: el de interpelar a las mujeres en el nivel de conocimientos que tienen sobre la temática*. Si bien existe un reconocimiento por gran parte de las propias mujeres acerca de que sus conocimientos sobre el tema no son abundantes, estos están sólidamente orientados a la subestimación de las enfermedades

cardíacas. En este sentido es preciso trabajar tanto sobre la construcción de formas de conciencia sobre incidencia, como sobre la deconstrucción de ideas que llevan a la subvaloración de la enfermedad.

Conclusiones

La percepción de las mujeres encuestadas muestra que el cáncer es el principal problema de salud y la principal causa de muerte en el sexo femenino. Solo el 12% consideró la muerte de origen cardiovascular como la primera causa. Las mujeres jóvenes tienden a invisibilizar el problema y a su vez reciben menos información desde el colectivo médico del tema.

La mujer conoce los síntomas cardiovasculares, los factores de riesgo y las conductas que los reducen, pero los asocia al sexo masculino. Es necesario generar programas educacionales dirigidos a las mujeres para aumentar la conciencia y el conocimiento del riesgo de la ECV en su género con el fin de lograr que tengan una conducta proactiva hacia la prevención de la misma.

Agradecimientos

Queremos agradecer a la Sra. Patricia Notaro (quien forma parte del Comité) y a través de ella al laboratorio Bayer, que con su apoyo incondicional y entusiasmo ha hecho posible la realización de la encuesta y se ha comprometido con las acciones realizadas con el programa hacia la comunidad Corazón de Mujer.

Limitaciones

Esta encuesta tiene como limitaciones el hecho de que carece de representatividad nacional, ya que fue realizada en Montevideo, y el sesgo de selección por tratarse de una encuesta telefónica que restringe el universo o población estudiada al ámbito de las mujeres que tienen teléfono fijo.

Bibliografía

1. **World Heart Federation.** State of the heart cardiovascular disease report. Geneva: World Heart Federation, 2010. Disponible en: http://www.world-heart-federation.org/fileadmin/user_upload/documents/WHD2010/FINALStateoftheHeartCVDReport121010.pdf. [Consulta:]
2. **Uruguay. Comisión Honoraria Para La Salud Cardiovascular.** Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el Uruguay 2014 y morbilidad por enfermedades cardiovasculares en el Uruguay 2013. Montevideo: CHSC, 2014. Disponible en: http://www.cardiosalud.org/files/documents/morbilidad_2013_y_mortalidad_2014.pdf. [Consulta:]
3. **Curto S, Prats O, Zelarayán M.** Mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Uruguay, 2009. Rev Urug Cardiol 2011; 26(3):189-96.
4. **Zelarayán M, Curto S.** Mortalidad cardiovascular en Uruguay – Análisis de su distribución mensual y diaria. Tend Med 2012; 40(1):19-26.
5. **Townsend N, Wilson L, Bhatnagar P, Wickramasinghe K, Rayner M, Nichols M.** Cardiovascular disease in Europe 2016: an epidemiological update. Eur Heart J 2016; 37(42):3232-45
6. **Chieffo A, Hoye A, Mauri F, Mikhailid G, Ammerer M, Grines C.** Cuestiones relativas al sexo en cardiología intervencionista: declaración de consenso de la iniciativa Women in Innovation (WIN). Rev Esp Cardiol 2010; 63(2):200-8.
7. **Rolandi F, Grinfeld L, Sosa Liprandi MI, Tambussi A, Kazelian L, La Bruna MC, et al.** Encuesta de reconocimiento de la enfermedad cardiovascular en la mujer por la mujer. Rev Argent Cardiol 2013; 81(4):329-35.
8. **Mosca L, Jones WK, King KB, Ouyang P, Redberg RF, Hill MN.** 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.
9. **Mosca L, Ferris A, Fabunmi R, Robertson RM; American Heart Association.** Tracking women's awareness of heart disease: an American Heart Association national study. Circulation 2004; 109(5):573-9.
10. **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.
11. **Estragó V.** Datos de la Comisión Honoraria Para La Salud Cardiovascular, expuestos en el Día Mundial del Corazón 2016 dedicado al movimiento "Mujeres En Rojo". Montevideo: s.n, 2016.
12. **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.
13. **Mosca L, Mochari-Greenberger H, Dolor RJ, Newby LK, Robb KJ.** 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.
14. **Mochari-Greenberger H, Miller KL, Mosca L.** Racial/ethnic and age differences in women's awareness of heart disease. J Womens Health (Larchmt) 2012; 21(5):476-80.

15. **Mosca L, Hammond G, Mochari-Greenberger H, Towfighi T, Albert MA.** 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.
16. **Garcia M, Miller VM, Gulati M, Hayes SN, Manson JE, Wenger NK, et al.** Focused Cardiovascular Care for Women: The Need and Role in Clinical Practice. *Mayo Clin Proc* 2016; 91(2):226-40.
17. **Mosca L, Benjamin EJ, Berra K, Bezanson JL, Dolor RJ, Lloyd-Jones DM, et al.** Effective-
ness-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.
18. **Mosca L, Linfante AH, Benjamin EJ, Berra K, Hayes SN, Walsh BW, et al.** National study of physician awareness and adherence to cardiovascular disease prevention guidelines. *Circulation* 2005; 111(4):499-510.