

# Encuesta sobre factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en la mujer, su percepción, conocimiento y conducta de prevención

## Survey on Women's Perception and Awareness of Cardiovascular Risk Factors and How They Are Managed

VERÓNICA LÍA CROSA<sup>1</sup>, ALEJANDRA ÁVALOS ODDI<sup>1</sup>, LEONARDO CÁCERES<sup>2</sup>, YANINA CASTILLO COSTA<sup>2</sup>, ROBERTO AGÜERO<sup>1</sup>, BIBIANA RUBILAR<sup>1</sup>

### RESUMEN

**Introducción:** La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte en la mujer. A pesar de esto, las mujeres reciben menos frecuentemente que los hombres asesoramiento y/o tratamiento preventivo con el objetivo de disminuir la ECV.

**Objetivo:** Detectar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRC) y pesquisar el nivel de percepción y conocimiento de la mujer sobre FRC y ECV.

**Material y métodos:** Estudio observacional, de corte transversal realizado en julio 2021, mediante una encuesta en formato digital de participación anónima y voluntaria. Se recabó información sobre edad, FRC, ECV, percepción de riesgo, implementación de hábitos y conductas saludables.

**Resultados:** Participaron 3338 mujeres. El 50,1% tenía entre 46 y 65 años. El 34,1% tenía sobrepeso, el 43,6% perímetro de cintura mayor que 80 cm, el 24,2% hipertensión (HTA), el 19,6% colesterol mayor que 200 mg/dL, el 5,4% diabetes (DBT); 44,3% eran sedentarias, 11,3% fumaban y 34,5% eran exfumadoras. El 82,1% tuvo al menos un embarazo y el 26,9% refirió alguna complicación. Entre las pacientes con antecedentes de complicaciones del embarazo fueron significativamente más frecuentes la HTA (34% vs 24%,  $p < 0,01$ ), la DBT (7% vs 5%,  $p = 0,04$ ) y la ECV (14% vs 11%,  $p < 0,01$ ). Del total de encuestadas 10,9% refirió ECV, el antecedente de infarto de miocardio fue el más frecuente (51,1%). El 62% de las encuestadas consideró que la principal causa de muerte en la mujer es el cáncer, particularmente de mama (53,4%).

**Conclusiones:** Se encontró una alta prevalencia de FRC modificables con baja percepción del riesgo cardiovascular. El antecedente de complicaciones del embarazo se asoció con mayor prevalencia de FRC.

**Palabras clave:** Mujer - Percepción - Riesgo - Hábitos - Embarazo

### ABSTRACT

**Background:** Cardiovascular disease (CVD) is the leading cause of death in women. Nevertheless, women are less likely than men to receive guidance or preventive treatment to reduce it.

**Objective:** The aim of this study was to detect the prevalence of cardiovascular risk factors (CRF) and detect the level of women's perception and awareness of CRF and CVD.

**Methods:** We conducted an observational, cross-sectional study in July 2021 using a voluntary, anonymous, and online survey. The information collected included age range, CRF, CVD, risk perception and implementation of healthy habits and behaviors.

**Results:** A total of 3888 women participated (with age range between 46 and 65 years in 50.1%); 34.1% had excess weight and 43.6% had a waist circumference  $> 80$  cm. Hypertension (HTN) was reported by 24.2%; total cholesterol was  $> 200$  mg/dL in 19.6%; 5.4% were diabetics (DM); 44.3% had sedentary lifestyle; 11.3% were current smokers and 34.5% were former smokers; 82.1% had been pregnant at least once and 26.9% reported a complication during pregnancy. A bad obstetric history was more commonly associated with HTN (34% vs. 24%,  $p < 0.01$ ), DM (7% vs. 5%,  $p = 0.04$ ) and CVD (14% vs. 11%,  $p < 0.01$ ). Among the 10.9% who reported a history of CVD, myocardial infarction was the most common condition (51.1%). Sixty-two percent of survey respondents considered that cancer, and particularly breast cancer (53.4%), is the main cause of death in women (53.4%).

**Conclusions:** We found a high prevalence of modifiable CRFs with low perception of cardiovascular risk. A bad obstetric history was associated with higher prevalence of CRF.

**Key words:** Woman - Perception - Risk - Habits - Pregnancy

REV ARGENT CARDIOL 2023;91:212-220. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v91.i3.20633>

Recibido: 04/01/2023 - Aceptado: 15/05/2023

**Dirección para separatas:** Verónica Lía Crossa. Área Investigación de la Sociedad Argentina de Cardiología, Buenos Aires, Argentina. E-mail: [investigacion@rac.org.ar](mailto:investigacion@rac.org.ar)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

©Revista Argentina de Cardiología

<sup>1</sup>Área Corazón y Mujer "Dra. Liliana Grinfeld" de la Sociedad Argentina De Cardiología, Buenos Aires, Argentina.

<sup>2</sup>Área Investigación de la Sociedad Argentina De Cardiología, Buenos Aires, Argentina.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte en la mujer y su prevalencia se ha incrementado en las últimas décadas. A pesar de esta realidad, la mujer recibe menos asesoramiento y tratamiento preventivo para disminuirla. (1)

Es conocido el efecto sobre la salud cardiovascular de los factores de riesgo cardiovascular (FRC) como la hipertensión arterial (HTA), la diabetes (DBT), el colesterol total (CT) elevado, el tabaquismo (TBQ), el sobrepeso y el sedentarismo, pero la evidencia muestra que existen variaciones ligadas al sexo en la magnitud del impacto. (2) Además, la mujer se ve expuesta a FRC únicos ligados al sexo y a FRC vinculados al género, como el bajo nivel socioeconómico, ciertos factores psicosociales, la violencia de género, el bajo nivel educativo y la contaminación medioambiental. (3-6)

Actualmente, mucha de la información respecto de los FRC y la ECV en la mujer proviene de casuísticas internacionales y, si bien la encuesta nacional de factores de riesgo (ENFR) recabó información local, (7) y contamos con el estudio publicado en el año 2006 por el Área Corazón y Mujer de la SAC (8) no hay datos actuales de percepción del riesgo de la mujer por la propia mujer.

A través de esta encuesta de percepción, conocimiento y conducta en las mujeres, el Área Corazón y Mujer de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC) buscó establecer un diagnóstico de situación respecto de la autopercepción de FRC y ECV, detectar su prevalencia y pesquisar el nivel de percepción y conocimiento de la mujer sobre FRC y ECV, con el objetivo de definir grupos de mayor vulnerabilidad que permitan orientar acciones específicas.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, de corte transversal, realizado en julio 2021, mediante una encuesta en formato digital de participación voluntaria, anónima y autorreferencial distribuida en redes sociales y WhatsApp mediante un formulario realizado en la plataforma de RedCap, disponible *online* mediante un enlace. El mismo fue distribuido por integrantes del Área Corazón y Mujer con amplia participación de los distritos regionales SAC. Se recabó información sobre rango de edad, FRC, ECV y percepción de riesgo. (Anexo 1). Se trató de una encuesta donde los datos se obtuvieron por autorreporte de las mujeres que participaron voluntariamente, y respondieron quiénes se percibían con HTA, DBT, DLP o con antecedentes de ECV (infarto, angioplastia, cirugía coronaria, prueba de esfuerzo positiva). Se interrogó sobre el colesterol elevado sin tener en cuenta el plazo del último analítico. Del mismo modo se indagó sobre embarazos e historia obstétrica adversa (aborto, muerte fetal, hipertensión en el embarazo, DBT gestacional, parto prematuro antes de las 37 semanas). Se consideró sedentarismo cuando el tiempo de ejercicio referido fue menor que 150 min semanales y ex TBQ al cese del consumo por más de un año. Se brindó un rango de opciones para los datos sobre peso y perímetro de cintura en categorías predefinidas.

Se incluyeron mujeres a partir de los 18 años, de diferentes ubicaciones geográficas de Argentina, y se excluyó a las mujeres médicas.

## Análisis estadístico

Se dividió a la población en dos grupos según la edad, el primero con 45 años o menos, el segundo mayor de 45 años, para explorar diferencias en las variables principales en dos generaciones diferentes.

Las variables cualitativas se presentan como frecuencias y porcentajes. Para variables discretas se realizó test de Chi cuadrado o de Fisher y, para continuas la prueba de t o la de Mann Whitney. En caso de 3 o más grupos se empleó ANOVA o la prueba de Kruskal Wallis. Se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ .

## Consideraciones éticas

La encuesta fue aprobada por el comité de ética de la Sociedad Argentina de Cardiología, dado las características del formato se presidió de consentimiento informado.

## RESULTADOS

### Factores de riesgo convencionales

Participaron de la encuesta 3338 mujeres. En la Tabla 1 se resumen las características basales de las mujeres encuestadas. El 34,8% eran menores de 45 años y la mitad (50,1%) pertenecía al rango de 46-65 años.

Entre los datos físicos, refirió peso mayor que 70 kg el 34,1%. Las mujeres mayores de 45 años presentaron con mayor frecuencia peso  $> 70$  kg en comparación con las más jóvenes (38% vs 29%,  $p < 0,01$ ). Respecto del perímetro abdominal, el 43,6% refirió un valor mayor que 80 cm, y ello fue más frecuente en las mayores de 45 años (48% vs 35%,  $p < 0,01$ ). (Figura 1)

En cuanto a los FRC convencionales, el 12,1% desconocía sus valores de tensión arterial (TA) y el 24,2% se consideraban hipertensas. Al interrogar las cifras, el 6,1% refirió tensión arterial sistólica habitual mayor que 140 mmHg (el 1,4% correspondió al grupo que no se percibía hipertensa). Considerando ambos criterios (hipertensión referida y cifras elevadas) el 25,6% del total de las encuestadas resultaron ser hipertensas y el segmento etario más frecuente fue el de las mayores de 65 años (37,6%). Figura 1

Respecto del CT elevado (CTE), el 19,6% refirió un CT  $> 200$  mg/dL y el 29,2% de las encuestadas desconocía su valor. De las pacientes con CT elevado, el 16,7% recibía hipolipemiantes y el 10,1% cumplía dieta y ejercicio. De las mujeres que indicaron que hacían algún tipo de control sobre el CTE (dieta, ejercicio o medicación), el 37% tenían valores  $> 200$  mg/dL a pesar de ello. Por otra parte, un 23% de las mujeres con CT  $> 200$  mg/dl no realizaba ningún tipo de control. El CTE fue más frecuente en las mayores de 45 años (31%) mientras que en las de 45 años o menos solo lo refirió el 18% ( $p < 0,01$ ).

El 5,4% se reconocía con diabetes, y la mayoría de las encuestadas conocía sus valores de glucemia (solo lo desconocía el 2,6%).

Un perímetro de cintura  $> 80$  cm fue más frecuente en mujeres con HTA (33,3% vs 16,7%), CTE (22,2% vs 17,6%) y DBT (8,6% vs 3,0%). El exceso de peso se asoció con HTA (35,6% vs 18%) y DBT (10,6% vs 2,8%).

**Tabla 1.** Características de la población encuestada (n = 3338)

Características	n (%)
EDAD	
Hasta 45 años	1160 (34,8)
46 a 55 años	983 (29,5)
56 a 65 años	690 (20,6)
Más de 65 años	505 (15,1)
FRC CONVENCIONALES	
HTA (n = 3301)	799 (24,2)
Diabetes (n = 3314)	179 (5,4)
Tabaquismo (n = 3333)	370 (11,1)
Ex Tabaquismo (n = 3333)	1023 (30,7)
Colesterol elevado (n = 3280)	643 (19,6)
Antecedente familiar de ECV (n = 3303)	1827 (55,3)
PESO (n = 3296)	
Hasta 60 kg	1009 (30,6)
61 a 70 kg	1162 (35,3)
71 a 80 kg	640 (19,4)
Más de 80 kg	485 (14,7)
PERÍMETRO ABDOMINAL (n = 3265)	
Hasta 70 cm	593 (18,2)
71 a 80 cm	1248 (38,2)
81 a 90 cm	784 (24)
Más de 90 cm	640 (19,6)
ALTURA (n = 3322)	
Hasta 150 cm	124 (3,7)
151 a 160 cm	1384 (41,7)
161 a 170 cm	1542 (46,4)
Más de 170 cm	272 (8,2)
Sedentarismo (n=3300)	1462 (44,3)
CONTROL Y ANTECEDENTE DE ECV	
Realizó examen cardiológico (n = 3316)	2885 (87)
Antecedente de EC (n = 2902)	359 (10,9)
Antecedente de ACV (n = 3306)	324 (9,8)
FRC no convencionales	
Alcohol > 4 días/semana (n = 3291)	260 (7,9)
Embarazo (n = 3309)	2717 (82,1)
Complicaciones de embarazo	731 (26,9)
Menopausia precoz (n = 3305)	443 (13,4)
Anticoncepción/TH (n = 3289)	500 (15,2)
Trastorno tiroideo (n = 3307)	1032 (31,2)
Antecedente oncológico (n = 3316)	262 (7,9)
Dieta saludable > 4 días/sem. (n = 3315)	1903 (57,4)
Trastornos sueño > 4 días/sem. (n = 3314)	464 (14)
Irritabilidad > 4 días/sem. (n = 3288)	365 (11,1)

ACV: accidente cerebrovascular EC: enfermedad coronaria ECV: enfermedad cardiovascular; FRC: factores de riesgo cardiovascular; HTA: hipertensión arterial; sem: semana TH: terapia hormonal

Para cada variable se señala el total de encuestadas que respondieron.

Las mujeres con tensión arterial sistólica >140 mmHg presentaron más frecuentemente DBT (16,5% vs 5,2%), perímetro de cintura >80cm (68,3% vs 43,2%), y peso >70 kg (60% vs 33,5%).

También se halló que las mujeres con diabetes tenían más HTA (57% vs 22,7%), perímetro de cintura >80 cm (68% vs 41,8%) y peso >70 kg (65% vs 32%). Todas las diferencias citadas fueron estadísticamente significativas, con  $p < 0,01$  en todos los casos.

### Factores de riesgo ligados al sexo

Se interrogó la historia obstétrica. El 82,1% de las mujeres había cursado al menos un embarazo, y un 26,9% de ellas refirió haber tenido una o más de las siguientes complicaciones: hipertensión arterial (8,2%), parto prematuro (7,9%), aborto espontáneo (7,4%) y diabetes gestacional (4,9%). Sólo el 37% realizó control cardiológico al año del parto índice (vs no control  $p < 0,01$ ). Las mujeres que tenían antecedentes de historia obstétrica adversa tuvieron más HTA (34% vs 24%,  $p < 0,01$ ), DBT (7% vs 5%,  $p = 0,04$ ) y ECV actual (14% vs 11%,  $p < 0,01$ ).

El 15,2% tomaban anticonceptivos orales o terapia hormonal y en su mayoría (65%) pertenecían al grupo más joven. Recibían menos hormonoterapia las mujeres con HTA (11,8% vs 26,2), CTE (13,5% vs 21%), perímetro de cintura >80 cm (35% vs 45%), y peso >70 kg (26% vs 35%). Todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas, con  $p < 0,01$ .

El 7,9% padeció cáncer y el 91,4% de ellas no fue evaluada por un cardiólogo durante o después del tratamiento oncológico. El antecedente oncológico se encontró en el 11% de las mujeres mayores de 45 años, mientras que sólo el 2% de las jóvenes refirió cáncer ( $p < 0,01$ ). La HTA fue más frecuente entre las pacientes con antecedentes oncológicos (35% vs 23%).

### Hábitos, factores conductuales y esfera emocional

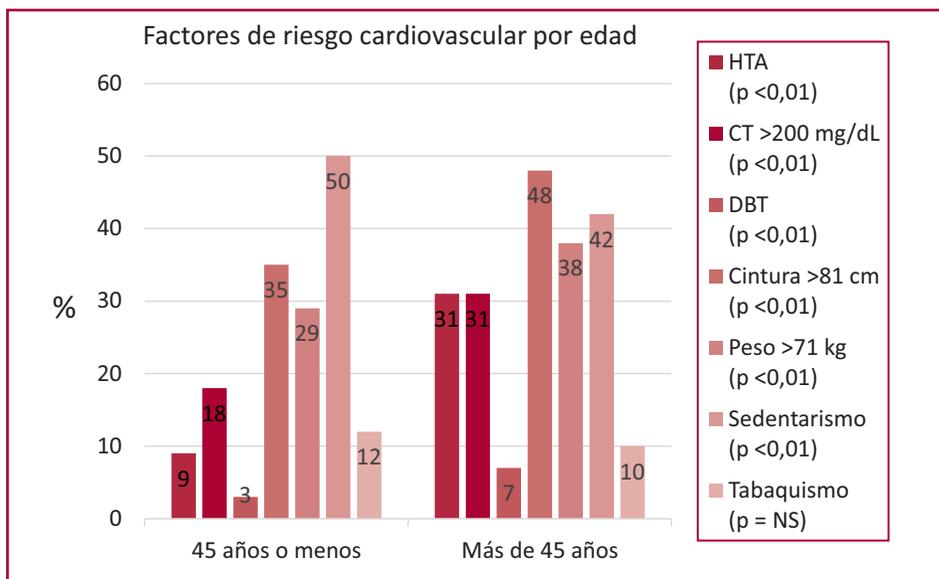
La exposición actual o pasada al tabaco estuvo presente en 45,8% y eran fumadoras actuales el 11,3%. Las fumadoras mostraron una asociación significativa con cintura >80 cm y, también, fueron más sedentarias; además, presentaban mayor consumo de alcohol (13% vs 7%).

Dentro de los hábitos se interrogó ejercicio, dieta y chequeos médicos. El 44,3% eran sedentarias; el 57,4% reconoció falta de adherencia a una dieta saludable y equilibrada. El sedentarismo fue más frecuente en mujeres de 45 años o menos (42% vs 50%,  $p < 0,01$ ). Las mujeres que hacían ejercicio tenían significativamente menor prevalencia de HTA (21,7% vs 26,8%), DBT (4,4% vs 7%), tabaquismo (9% vs 13,3%), perímetro de cintura >80 cm (38% vs 50,1%) y peso >70 kg (27% vs 42,5%).

La mayoría reconoció tener un control cardiológico (87%) pero éste fue menos frecuente en las más jóvenes.

En la esfera emocional y conductual se interrogaron datos sobre irritabilidad, consumo de alcohol y sueño. El 62,6% se irritaba fácilmente, en su mayoría las mujeres de hasta 55 años (74%), y cerca de la mitad

**Fig. 1.** Comparación de los factores de riesgo cardiovascular según edad



CT: colesterol total; DBT: diabetes; HTA: hipertensión arterial

consumía alcohol regularmente (48,6%). Entre las consumidoras habituales de alcohol fue más frecuente la dificultad para dormir (19% vs 13,5%  $p < 0,01$ ). Los trastornos de sueño fueron referidos por el 49,5% y se halló una asociación significativa con el CTE y el peso  $> 70$  kg. Los trastornos del sueño fueron más frecuentes en las mayores de 45 años.

### Conocimiento y percepción de enfermedad cardiovascular

El 10,9% refirió ECV propia y esto fue más frecuente en las mayores de 55 años (16% vs 8%,  $p < 0,01$ ). El infarto fue el antecedente más consignado (51,1%) seguido por los procedimientos de revascularización (30,4%) y la prueba ergométrica con posterior tratamiento médico (28,6%). El 9,8% refirió antecedente de accidente cerebrovascular.

Con respecto de la dimensión del conocimiento sobre el riesgo cardiovascular, más de la mitad de las encuestadas considera que la principal causa de muerte en la mujer es el cáncer (62%); los tumores ginecológicos son los más frecuentemente consignados (mama 53,9% y ovario 7,5%), y solo el 34,9% consideró a la ECV. No hubo diferencias por edad respecto de este punto.

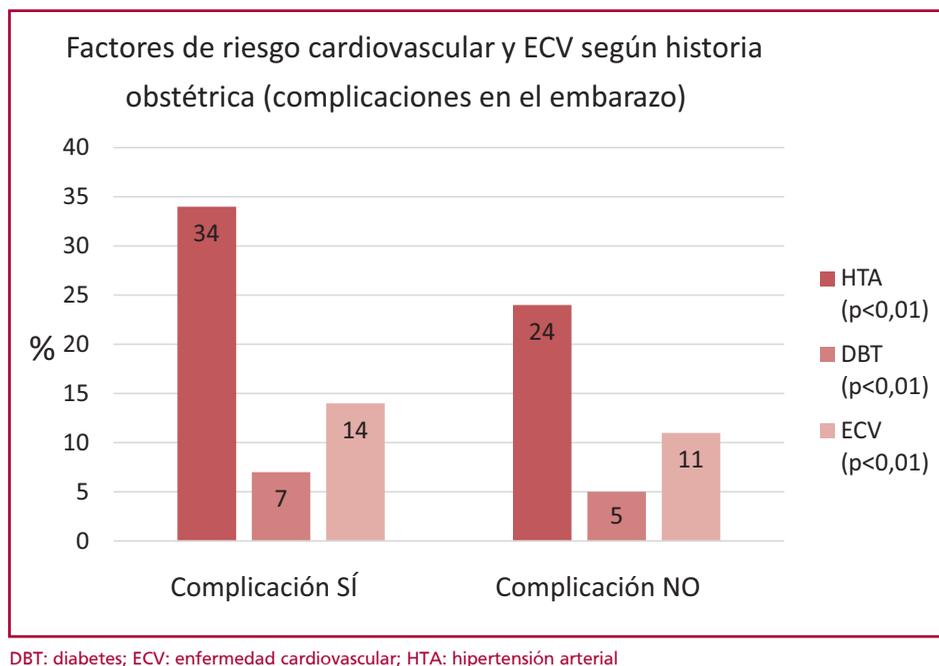
### DISCUSIÓN

La presente encuesta muestra un incremento en los FRC autorreportados respecto de los datos obtenidos en la encuesta previa realizada por el Área Corazón y Mujer en el año 2006; (8) estos hallazgos son coincidentes con los resultados de la cuarta ENFR. (7) Resulta preocupante el incremento de los FRC en la población femenina en el período de 15 años, en particular a expensas del exceso de peso, la HTA, la DBT y el CTE. Fue evidente no sólo la presencia de

varios FRC particularmente en las mujeres mayores de 45 años, sino también su presencia en mujeres con ECV conocida y también la asociación combinada de FRC en las que no tenían ECV conocida, potenciando el riesgo cardiovascular (Figura 1). En el análisis de HTA, algunas mujeres desconocían sus cifras tensionales (12%) y otro grupo (4,7%) que no se consideraban hipertensas, tenían valores elevados ( $> 140$  mmHg) lo cual pone en evidencia el desconocimiento respecto de este importante FRC. Algo semejante ocurrió con el colesterol: un 29,2% desconocía sus valores, e incluso entre quienes reconocían tener CTE, un 37% no alcanzada los objetivos terapéuticos ( $< 200$  mg/dL) a pesar del tratamiento farmacológico o higiénico-dietético.

La población que participó tenía una elevada prevalencia de antecedente de embarazo (81,2%), con un 26,9% de complicaciones. En coincidencia con otras casuísticas, la historia obstétrica adversa se asoció con HTA, DBT y ECV futura (Figura 2) (3, 5, 9-11). Las guías de prevención cardiovascular en la mujer remarcan la necesidad de establecer controles cardiológicos periódicos en mujeres con historia obstétrica adversa, dado que este antecedente se asocia a ECV aterosclerótica y muerte por ECV; en particular se indica reevaluar el perfil cardiometabólico al año del embarazo índice (12-15) en la pesquisa de HTA, DBT y CTE, e incentivar a la mujer para que recupere el peso pregestacional. En la población encuestada sólo el 37% de las mujeres con complicaciones del embarazo realizaron control cardiológico en el año siguiente, lo cual pone en evidencia la falta de registro de la mujer y probablemente del profesional de salud a cargo respecto de este riesgo. Algo semejante ocurrió en las pacientes con antecedentes de enfermedad neoplásica, donde la mayoría (91,4%) no recibió evaluación cardiológica durante o después del tratamiento oncológico.

**Fig. 2.** Factores de riesgo cardiovascular (FRC) y enfermedad cardiovascular (ECV) en el seguimiento según la historia obstétrica adversa.



El uso de anticonceptivos orales fue más frecuente en las mujeres jóvenes (65% menores de 45 años) y las que usaban anticoncepción oral tenían menor proporción de HTA, CTE y exceso de peso. Dado que esta terapéutica es indicada por toco-ginecólogos, estos resultados podrían deberse a una selección del método anticonceptivo basada en el perfil de riesgo cardiometabólico de la mujer por parte de estos especialistas.

Con respecto al tabaquismo, resulta evidente el impacto favorable que ha tenido la implementación en 2011 de la ley antitabaco 26687 en la reducción del hábito. (16) En la encuesta actual el 11,3% fumaba versus el 29,3% de la encuesta previa del año 2006 y estos datos coinciden con la cuarta ENFR, donde se registró un descenso del tabaquismo. (7)

La mujer tiende a ser más sedentaria, y probablemente por cuestiones culturales las niñas son menos incentivadas a iniciarse en el deporte; en la población encuestada hubo una alta proporción de sedentarismo en particular en las menores de 45 años. Esto podría vincularse con la sobredemanda de roles y actividades que cumple la mujer más joven en el cuidado de los hijos, las tareas del hogar y las actividades laborales con menor disponibilidad de tiempo para adherir a pautas saludables. Las mujeres que hacían ejercicio regular tenían menos exceso de peso, HTA, DBT e irritabilidad y mejor calidad de sueño. La irritabilidad (62,6%) y el consumo regular de alcohol (56,5%) también fueron más frecuentes en mujeres jóvenes.

Recientemente se ha reconocido la importancia del sueño en la prevención de la ECV. (17-19) El sueño fragmentado o de corta duración (<7 horas) se ha asociado con ateromatosis subclínica en múltiples territorios y

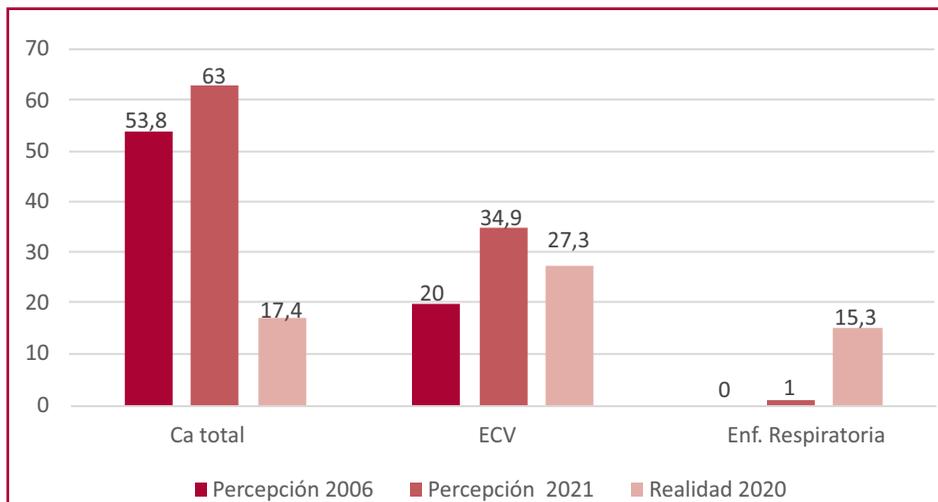
aumento de la **morbimortalidad por ECV**. (20) En la población encuestada el 49,5% refirió trastornos de sueño, más frecuentes en las que consumían alcohol; y en las que presentaban CTE y exceso de peso.

La ECV fue referida en 10,9% y fue más frecuente en las mayores de 55 años, y el infarto de miocardio fue el antecedente más consignado; las mujeres con ECV presentaron, además, más comorbilidades asociadas (HTA, DBT) y exceso de peso.

Respecto de la causa de muerte, persiste aun en la mujer la percepción errónea del cáncer como principal etiología. En la encuesta previa del año 2006, el 53,8% de las mujeres consideraba a los tumores como principal causa de muerte y sólo el 20% consideraba a la ECV; luego de 15 años la discrepancia entre percepción y realidad persiste, dado que el 62% consideró al cáncer y el 34,9% a la ECV, cuando de acuerdo con las estadísticas vitales publicadas por el Ministerio de Salud, en el año 2020 (21) la enfermedad oncológica fue la causa de muerte en el 17,4% y la ECV en el 27,3% de la población (Figura 3). Esta discrepancia entre percepción y realidad podría vincularse con las campañas de prevención de tumores ginecológicos llevadas a cabo por las Sociedades de Ginecología de nuestro país y de alguna manera expone la falencia en la comunicación efectiva por parte de la comunidad cardiológica respecto de los FRC que impactan en la salud cardiovascular y la ECV.

## CONCLUSIÓN

Resulta evidente que existe una baja percepción del riesgo de la mujer por la propia mujer y a partir de



Ca: cáncer; ECV: enfermedad cardiovascular; Enf: enfermedad

**Fig. 3.** Comparación de la percepción de causa de muerte en 2006 y 2021 versus la realidad en 2020

los datos recabados en la población que participó de la encuesta, se infiere un pobre control de los FRC. Las mujeres más jóvenes son las que muestran más dificultad para adherir a conductas saludables y reciben menor asesoramiento respecto de su riesgo, son por lo tanto la población más vulnerable. Es necesario implementar acciones de difusión tendientes a disminuir la brecha entre percepción y realidad respecto de la ECV en la mujer.

### Limitaciones

La forma de muestreo no probabilístico (redes/WhatsApp/contacto de conocidas) genera un sesgo de respuesta, con menor probabilidad de participación de aquellas mujeres con menor acceso a esos recursos y fuera del contacto de los médicos del área SAC. Si bien la encuesta es nacional y fue distribuida por referentes de distritos regionales SAC, al no contar con datos de residencia no puede saberse la representatividad de todas las regiones de Argentina. La distribución por redes sociales no permitió corroborar sexo y edad de las participantes. Respecto de los datos físicos, fueron recabados por rangos, por lo que no se pudo calcular el exceso de peso por índice de masa corporal.

### Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses (Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web/Material suplementario).

### BIBLIOGRAFÍA

1. Vogel B, Acevedo M, Appelman, Y, Bairey Merz CN, Chieffo A, Figtree GA, et al. The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. *Lancet* 2021;397:2385-438. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00684-X).

2. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364:937-52. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17018-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17018-9)

3. Maas AH, Rosano G, Cifkova R, Chieffo A, van Dijken D, Hamoda H, et al. Cardiovascular health after menopause transition, pregnancy disorders, and other gynaecologic conditions: a consensus document from European cardiologists, gynaecologists, and endocrinologists. *Eur Heart J* 2021;42:967-84. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa1044>

4. Norris CM, Yip CY, Nerenberg KA, Clavel M, Pacheco C, Foulds HJ, et al. State of the Science in Women's Cardiovascular Disease: A Canadian Perspective on the Influence of Sex and Gender. *J Am Heart Assoc*. 2020;9:e015634. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.015634>

5. Parikh NI, Gonzalez JM, Anderson CA, Judd SE, Rexrode KM, Hlatky MA, et al. Adverse Pregnancy Outcomes and Cardiovascular Disease Risk: Unique Opportunities for Cardiovascular Disease Prevention in Women: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2021;143:e902-e916. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000961>

6. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease. *Circulation* [Internet]. 2019;140. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000677>

7. INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina [Internet]. [www.indec.gov.ar](http://www.indec.gov.ar). [cited 2022 Aug 18]. Available from: [https://www.indec.gov.ar/.../enfr\\_2018\\_resultados\\_definitivos.pdf](https://www.indec.gov.ar/.../enfr_2018_resultados_definitivos.pdf)

8. 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; 81:329-35. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v81.i4.1076>

9. Agarwala A, Michos ED, Samad Z, Ballantyne CM, Virani SS. The Use of Sex-Specific Factors in the Assessment of Women's Cardiovascular Risk. *Circulation*. 2020; 141:592-9. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.119.043429>

10. Young L, Cho L. Unique cardiovascular risk factors in women. *Heart*. 2019;105:1656-60. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2018-314268>

11. Parikh NI, Gonzalez JM, Anderson CAM, Judd SE, Rexrode KM,

Hlatky MA, et al. Adverse Pregnancy Outcomes and Cardiovascular Disease Risk: Unique Opportunities for Cardiovascular Disease Prevention in Women: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2021;143:e902–e916. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000961>

12. Cho L, Davis M, Elgendy I, Epps K, Lindley KJ, Mehta PK, et al. Summary of Updated Recommendations for Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Women. *J Am Coll Cardiol* 2020;75:2602–18. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.03.060>

13. Agarwala A, Michos ED, Samad Z, Ballantyne CM, Virani SS. The Use of Sex-Specific Factors in the Assessment of Women's Cardiovascular Risk. *Circulation* 2020;141:592–9. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.119.043429>

14. Volberg VI, et al. Consenso de Enfermedad Cardiovascular en la Mujer Área "Corazón y Mujer" Sociedad Argentina de Cardiología. *Rev Argent Cardiol* 2021;89(Suplemento 5). <https://doi.org/10.31533/pubsau5.a111>

15. Del-Sueldo MA, Mendonça-Rivera MA, Sánchez-Zambrano MB, Zilberman J, Múnica-Echeverri AG, Paniagua M, et al. Guía de práctica clínica de la Sociedad Interamericana de Cardiología sobre prevención primaria de enfermedad cardiovascular en la mujer. *Arch Cardiol Méx* 2022;92(2). <https://doi.org/10.24875/ACM.22000071>

16. Ley Nacional 26687: Regulación de la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco. *Legislación en Salud*

Argentina [Internet]. e-legis-ar.msal.gov.ar. <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/17971.html>

17. Lloyd-Jones DM, Allen NB, Anderson CAM, Black T, Brewer LC, Foraker RE, et al. Life's Essential 8: Updating and Enhancing the American Heart Association's Construct of Cardiovascular Health: A Presidential Advisory from the American Heart Association. *Circulation*. 2022;145:e18–e43. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001078>

18. Watson NF, Badr MS, Belenky G, Bliwise DL, Buxton OM, Buysse D, et al. Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society on the Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: Methodology and Discussion. *J Clin Sleep Med* [Internet]. 2015;15:931–52. <https://doi.org/10.5664/jcsm.4950>

19. Levine GN, Cohen BE, Commodore-Mensah Y, Fleury J, Huffman JC, Khalid U, et al. Psychological Health, Well-Being, and the Mind-Heart-Body Connection: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2021;143:e763–e783. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000947>

20. Domínguez F, Fuster V, Fernández-Alvira JM, Fernández-Friera L, López-Melgar B, Blanco-Rojo R, et al. Association of Sleep Duration and Quality With Subclinical Atherosclerosis. *Journal of the American College of Cardiology* [Internet]. 2019;73:134–44. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.10.060>

21. Estadísticas vitales [Internet]. Available from: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5numero64\\_web.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5numero64_web.pdf)

Encuesta de percepción, conocimiento y conducta de prevención de enfermedades cardiovasculares en la mujer  
 Todos los datos (Todos los registros y archivos)

**¿Qué edad tiene?**

- Menos de 45 años
- Entre 46 y 55 años
- Entre 56 y 65 años
- Más de 65 años

**Peso**

- Menos de 60 kg
- Entre 61 y 70 Kg
- Entre 71 y 80 kg
- Más de 80 Kg

**Altura**

- Menos de 150 cm
- Entre 151 y 160 cm
- Entre 161 y 170 cm
- Más de 170 cm

**Cintura**

- Menos de 70 cm
- Entre 71 y 80 cm
- Entre 81 y 90 cm
- Más de 90 cm

**¿Es hipertensa o toma medicación para controlar la presión?**

- Sí
- No

**¿Cuál es su valor de tensión arterial máxima?**

- Menos de 120 mmHg
- Entre 121 y 140 mmHg
- Entre 141 y 160 mmHg
- Más de 160 mmHg
- Desconoce

**¿Conoce el valor de su colesterol en sangre?**

- No
- Menos de 160 mg/dl
- Entre 161 y 200 mg/dl
- Entre 201 y 240 mg/dl
- Más de 240 mg/dl

**¿Toma medicación para controlar su colesterol?**

- No
- Sí
- Hago dieta y ejercicio

**¿Es diabética?**

- Sí
- No
- Desconoce

**¿Fuma?**

- Sí
- No, nunca
- Ahora no, pero he fumado

**¿Hace ejercicio físico al menos 150 minutos por semana?**

- Sí
- No

**¿Hizo alguna vez un chequeo cardiológico?**

- Sí
- No

**¿Tiene usted antecedentes de enfermedad cardiovascular?**

- Sí
- No

**¿Cuál?**

- Infarto
- Angioplastia
- Cirugía coronaria
- Me hicieron una prueba de esfuerzo y me dieron medicación

**¿Considera que ha tenido o tiene enfermedad cardiovascular?**

- Sí
- No
- Desconoce

**¿Tiene antecedentes de accidente cerebrovascular (ACV)?**

- Sí
- No

**¿Consume bebidas alcohólicas?**

- Ningún día
- 4 días o menos
- Más de 4 días
- Todos los días de la semana

**¿Tuvo embarazos?**

- Sí
- No

**¿Tuvo complicaciones durante alguno de sus embarazos?**

- No
- No, pero necesité tratamiento de fertilidad
- Lo/los perdí

- Hipertensión
- Diabetes gestacional
- Parto antes de la semana 37 de gestación

**¿Tuvo una menopausia precoz? (antes de los 45 años)**

- Sí
- No

**¿Tuvo control cardiológico al año del parto?**

- Sí
- No

**¿Toma anticonceptivos orales o terapia de reemplazo hormonal?**

- Sí
- No

**¿Tiene algún trastorno de la glándula tiroides?**

- Sí
- No

**¿Existen antecedentes en su entorno familiar cercano de enfermedad cardiovascular?**

- No
- Sí, antes de los 40 años
- Sí, entre los 40 y 49 años
- Sí, entre los 50 y 70 años
- Sí, más de 70 años

**¿Cuál considera que es la enfermedad más frecuente que causa la muerte en las mujeres?**

- Cáncer de mama
- Cáncer de ovario
- Cáncer de pulmón
- Enfermedad cardiovascular
- EPOC
- Enfermedad de Alzheimer

**¿Considera tener una dieta equilibrada y saludable?**

- Ningún día
- 4 días o menos
- Más de 4 días
- Todos los días de la semana

**¿Ha tenido dificultades para quedarse o permanecer dormida?**

- Ningún día
- 4 días o menos
- Más de 4 días
- Todos los días de la semana

**¿Se molesta o se irrita fácilmente?**

- Ningún día
- 4 días o menos
- Más de 4 días
- Todos los días de la semana

**¿Padece o padeció alguna patología oncológica que requirió tratamiento?**

- No
- Sí, quimioterapia
- Sí, radioterapia
- Sí, cirugía
- Sí, inmunoterapia: anticuerpos monoclonales.  
ej: Trastuzumab (Herceptin NR), otros
- Sí, quimio y radioterapia

**¿Fue evaluada por un cardiólogo durante o después del tratamiento oncológico para saber si su corazón sufrió daño por el tratamiento?**

- No
- Sí, con electrocardiograma
- Sí, con ecocardiograma (ecografía cardíaca)
- Sí, con ambos