Conciencia de Enfermedad Cardiovascular y Conocimiento sobre Factores de Riesgo y Prevención Cardiovascular: Resultados Chilenos de Encuesta SIAC Cono Sur

Paola Varleta[*1,2], *Mónica Acevedo*[*1,3], *Giovanna Valentino*[1,4], *Silvina Brienza*[5,6], *Mildren del Sueldo*[7,8].

1. Mujeres en Rojo, Fundación SOCHICAR de la Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Santiago, Chile
2. Unidad de Prevención Cardiovascular y Rehabilitación Cardíaca, Centro Cardiovascular, Hospital DIPRECA, Santiago, Chile.
3. Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
4. Unidad Ciencias de la Salud, Nutrición y Dietética, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
5. Departamento de Clínica Médica, Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina.
6. Directora Médica Consumer Health Bayer Cono Sur.
7. Directora Mujeres en Rojo, Comité de Cardiopatía en la Mujer, Federación Argentina de Cardiología.
8. Certus. Centro de Rehabilitación y entrenamiento. Villa María, Córdoba, Argentina.

Financiamiento: Proyecto financiado por Laboratorio Bayer a través de grant al Comité de la Mujer de la SIAC
En el procesamiento y análisis de los datos, y en la redacción del manuscrito no participó el Laboratorio Bayer.

Recibido el 2 de junio 2022 / Aceptado el 26 de julio 2022 *Rev Chil Cardiol 2022; 41: 82-91*

La conciencia de la enfermedad cardiovascular (ECV) en mujeres es crucial para prevenir futuros eventos cardiovasculares. En Chile, la percepción sobre ECV es baja.

Objetivo: Actualizar el grado de conocimiento de las chilenas sobre ECV.

Método: Estudio de corte transversal realizado a través de encuesta online a mujeres entre 20 y 70 años de edad, residentes en Chile durante marzo 2020. La invitación se efectuó a través de redes sociales. La muestra fue no probabilística, ponderándose por edad, nivel socioeconómico y región de residencia (Región Metropolitana, Coquimbo, Valparaíso, Bío-Bío).

Resultados: Se obtuvieron 1227 cuestionarios validados. La muestra ponderada correspondió a 900 mujeres. La percepción de ECV como principal causa de muerte fue de 8%, menor que las correspondientes a cáncer de mama (44%) y muerte violenta / homicidio (20%). Como principal problema de salud, la opción más percibida fue cáncer general (39%), seguido de diabetes (18%). Sólo 6 % refirió la ECV como el principal problema. Los principales accesos a la información sobre ECV fueron la internet y las redes sociales (64%, mayor en <30 años), y en el consultorio (32%). La opresión o dolor en el pecho fueron los síntomas más reconocidos asociados al infarto, siendo más seleccionado por mujeres con nivel educacional alto ($p< 0.05$).

Conclusión: Persiste una baja percepción del riesgo de la ECV como principal causa de muerte y problema de salud en mujeres chilenas, aunque tienen acceso a la información y reconocen síntomas de infarto. Es necesario adaptar las estrategias comunicacionales para incrementar la percepción de riesgo CV.

Correspondencia:
Dra. Paola Varleta y Dra. Mónica Acevedo.
Fundación SOCHICAR
pvarleta@manquehue.
macevedo@med.puc

Awareness of Risk factors and Prevention of Cardiovascular Disease in Chile: SIAC Cono Sur survey.

Awareness of cardiovascular disease (CVD) in women is crucial to prevent cardiovascular events. According to prior information the perception and knowledge about CVD in Chile is extremely low. The aim of this study was to update the information about awareness of CVD in Chilean women.

Method: Cross-sectional study carried out through an online survey. Data was obtained from women between 20 and 70 years old during March 2020. Social networks were used to recruit participants. The sample was non-probabilistic, weighted by age, socio-economic level and region of residence (Metropolitan Region, Coquimbo, Valparaíso, Bío-Bío).

Results: 1227 validated surveys were obtained. The weighted sample corresponded to 900 women. CVD was perceived as the main cause of death in 8% of women, compared to higher degrees of perception for breast cancer (44%) and violent death/homicide (20%). CVD was perceived as the main health problem by only 6% of women, compared to cancer (39%) and diabetes (18%). The primary source of information about CVD were the internet and social networks (64%,higher in women <30 years old), and the doctor's office (32%). Chest tightness or pain as symptoms associated with a heart attack were significantly more recognized by respondents with a high educational level ($p<0.05$).

Conclusion: An extremely low awareness about CVD as the main cause of death and health problem is persistent in Chilean women, notwithstanding that they have access to information and recognize symptoms of a heart attack. It is necessary to modify our communication strategies to increase the perception of CV risk in Chilean women.

Introducción:

La Enfermedad Cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte en mujeres en el mundo. En USA, 1 de cada 5 muertes en mujeres son secundarias a ECV[1]. En Chile, el año 2017, el Departamento de Estadística de Salud posicionó la ECV como la principal causa de muerte en chilenas[2] con 27,9%, seguido por el cáncer (24,8%). A pesar de disponer de esta información, las mujeres no reconocen este riesgo. En Chile, un estudio de la Fundación SOCHICAR (Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular) realizado el 2015 con apoyo de la American Heart Association (AHA), objetivó que sólo 14.4 % de mujeres de la Región Metropolitana (RM) consideraban la ECV como la principal causa de muerte[3]. Este porcentaje traduce un desconocimiento importante de la realidad sobre salud cardiovascular (CV) en la mujer chilena. Prevalencias parecidas reportan Artucio y cols.[4] en Uruguay, con 12% de las mujeres el 2012 reconociendo la ECV como su principal asesino. En Argentina, en el 2006, la respuesta fue 54% y 20% para cáncer general y ECV respectivamente[5].

La importancia de tener un buen nivel de conciencia de ECV y de Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) en las mujeres chilenas radica en que éste podría incidir en menores tasas de eventos y morbimortalidad CV. Cushman y cols.[6] sugieren que las mujeres con alta carga de FRCV, jóvenes, y de minorías étnicas, serían en parte responsables del incremento en la prevalencia de infarto al miocardio en las mujeres menores de 55 años en USA en las últimas dos décadas. Koniak-Griffin y cols.[7] coinciden en que un bajo conocimiento sobre la ECV en la mujer latina puede influir en la no adopción de comportamientos saludables y retrasar la búsqueda de tratamiento. El conocimiento de los FRCV sería muy importante, ya que podría mejorar la adopción de conductas preventivas.

Durante estos años, el Consejo de Cardiopatías en la Mujer de la Sociedad Interamericana de Cardiología (SIAC) ha realizado esfuerzos para difundir información sobre el riesgo CV que presentan las mujeres y educar a toda la comunidad en relación a ello. Por esto nos propusimos actualizar la información referente al conocimiento de la ECV por parte de las mujeres del Cono Sur (Argentina, Chile y Uruguay). En este manuscrito sólo se reportan los resultados de la encuesta en las mujeres chilenas.

El objetivo principal del estudio fue evaluar el grado de conocimiento acerca del principal problema de salud y la principal causa de muerte que afecta a la mujer chilena. Como objetivos secundarios, evaluamos la información en relación al conocimiento sobre los síntomas, FRCV y conductas que previenen o reducen la ECV.

Métodos:

Estudio de corte transversal realizado simultáneamente en mujeres de Argentina, Chile y Uruguay, a través de una encuesta vía online en marzo de 2020.

Diseño y Participantes

Se realizó una encuesta ajustable a multiplataformas (celular, computador y tablet) a mujeres entre 20 a 70 años de edad entre el 20 de marzo al 5 de abril del 2020. La encuesta fue realizada por la empresa Mercoplus Latin America con patrocinio del Laboratorio Bayer Cono Sur. El muestreo fue online no-probabilístico. La muestra en línea se obtuvo por Mercoplus Latin America, e incluyó miles de sujetos reclutados a través de una invitación a participar de la encuesta por redes sociales. La fuente de reclutamiento fue examinada a través de un riguroso proceso, monitorizándose la calidad de la respuesta de forma continua. En Chile se incluyeron 2264 sujetos, y se excluyeron 1037, quedando 1227 participantes con respuestas validadas. Los sujetos fueron excluidos por: ser hombres (N=14), estar fuera del rango de edad (N=63), residir en otra región (N=127) o por entregar respuestas incompletas o inválidas (N=833). La muestra se ponderó en base a tres variables de segmentación: edad, nivel socioeconómico (NSE) y región de residencia.

Definición de Variables

- **Edad:** se definieron 4 grupos etarios: 20 a 29, 30 a 44, 45 a 54, y 55 a 70 años.
- **NSE:** se clasificó en cuatro niveles decrecientes: ABC 1, C2, C3 y D, según la Asociación de Investigadores de Mercado de Chile[8]. Esta clasificación considera cuatro condiciones: el nivel educacional (NE) máximo alcanzado por el principal sostenedor del hogar, la ocupación laboral de ese sostenedor, el número de personas que habitan en el hogar y el ingreso promedio familiar mensual (en 2019, ≥ $2.072.853 para el nivel ABC1, $1.500.774 (nivel C2), $1.003.426 (nivel C3), y $640.667 para el D).
- **Región de residencia:** Coquimbo, Valparaíso, RM y del Biobío.
- **Nivel educacional (NE):** se definió en base al máximo nivel de instrucción alcanzado por la encuestada, clasificándose en tres grupos: 1. NE bajo, correspondiente a ausencia de estudio, o tener educación primaria com-

pleta o incompleta (0-8 años de estudio) 2. NE medio, equivalente a educación secundaria completa o incompleta (9 a 12 años) y 3. NE alto, tener educación universitaria o técnica completa o incompleta (>12 años).
• **Raza:** se preguntó por la ascendencia racial predominante autoidentificada[9].

Encuesta

El instrumento se basó en la encuesta utilizada en el estudio sobre conocimiento de ECV en mujeres de Montevideo el 2012[4]. La encuesta se separó en once secciones, de las cuales las más importantes fueron: datos demográficos, principal problema de salud, causa de muerte, e información sobre conocimiento de ECV y sus FR (el cuestionario puede ser solicitado a los autores).

Las preguntas: ¿Cuál cree que es el problema de salud más importante que afecta a la mujer hoy en día? y ¿Cuál cree que es la principal causa de muerte de la mujer hoy en día? permitían una alternativa dentro de un listado predeterminado de 12 y 15 opciones, respectivamente[10]. Se utilizó una formulación similar a la usada por Lori Mosca y cols.[11]. En cambio, otras preguntas eran de opción múltiple, como la pregunta sobre medidas de prevención para ECV. En la indagación sobre dónde vio, escuchó o leyó información, o sobre los síntomas relacionados con infarto cardíaco, debía darse respuesta afirmativa o negativa ante cada opción. Finalmente, para las preguntas relacionadas a conocimiento sobre ECV y la importancia de los FRCV se utilizó una escala de percepción con puntuación de 1 a 5, siendo 5 el de mayor y 1 el de menor importancia.
Todas las participantes fueron informadas sobre el objetivo académico de la encuesta y de la confidencialidad de su identidad y datos sensibles. Todas dieron su consentimiento informado a través de la plataforma web. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética para la Investigación de SIAC. El laboratorio patrocinador no participó en el procesamiento y análisis de los datos, como tampoco en la redacción del manuscrito.

Análisis estadístico

Los datos estadísticos descriptivos para los parámetros sociodemográficos y de la encuesta se presentan como proporciones (%). Debido a que se utilizó una encuesta online, se realizó la corrección de los potenciales sesgos producidos por desequilibrios en la composición de la muestra. De este modo, todos los datos fueron ponderados por edad, NSE y región correspondiente, para compensar la falta de representatividad en algunos grupos de la muestra (ej.: extremos en grupos etarios y NSE). La significancia estadística se evaluó con pruebas ANOVA y Chi-cuadrado, según correspondiese. Para los análisis se usó SPSS versión 24.

Resultados:

Características de las encuestadas.

Un total de 1227 mujeres completaron la encuesta on-

Tabla 1. Características de las participantes de la Encuesta sobre Conciencia de Enfermedad Cardiovascular

	n= 1227
Edad promedio (DS), años	47 ±11
Grupos de edad, %	
20-29 años	13
30-44 años	30
45-54 años	21
55-70 años	36
Región de residencia, %	
Coquimbo	9
Valparaíso	19
Región Metropolitana	59
Biobío	13
Estado civil, %	
Casada	41
Soltera	37
Divorciada	16
Viuda	4
No contesta	2
Nivel Educacional, %	
Bajo (Primario)	5
Medio (Secundaria completa o incompleta)	51
Alto (Universitaria o técnica completa o incompleta)	44
Raza, %	
Blanca	72
Indigena	10
Negro	< 1
Asiática	< 1
Otra	17
Nivel socioeconómico ,%	
ABC1	20
C2	14
C3	30
D	37
Sistema de Salud, %	
Público (Fonasa)	81
Privado (Isapre)	12
Otro	7
Antecedente de historia de enfermedad cardíaca,%	9

La información representa a todas las mujeres que dieron respuesta completa a cuestionario online, muestra no ponderada

Tabla 2. Distribución de las participantes en muestra ponderada

	n= 900,(%)
Grupos de edad, n y %	
20-29 años	198 (22.0)
30-44 años	284 (31.5)
45-54 años	162 (18.0)
55-70 años	256 (28.5)
Región de residencia, n y %	
Coquimbo	54 (6.0)
Valparaíso	144 (16.0)
Región Metropolitana	576 (64.0)
Biobío	126 (14.0)
Nivel socioeconómico , n y %	
ABC1	306 (34)
C2	144 (16)
C3	180 (20)
D	270 (30)

Datos ponderados por edad, nivel socioeconómico y región de residencia para reflejar la composición de mujeres chilenas ≥ 20 años de acuerdo a la distribución del ultimo Censo de Chile 2017

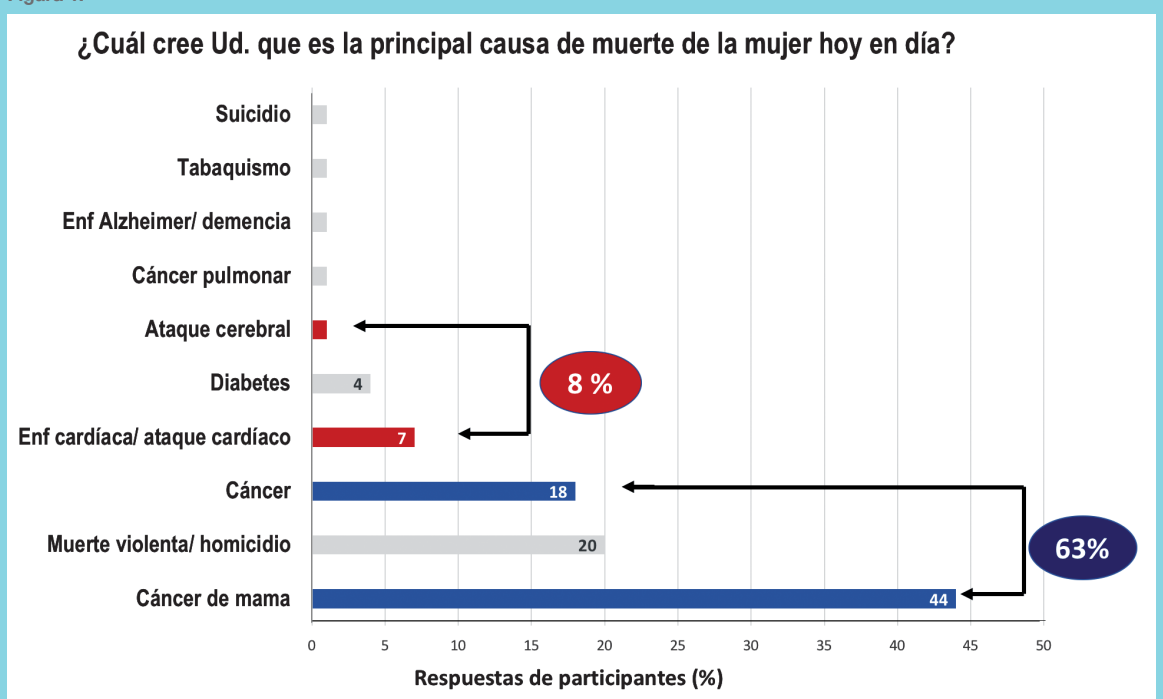
line. La edad promedio fue 47 ± 11 años. La mayoría eran residentes de Santiago (59%). Sólo 5% tenía ≤ 8 años de educación, y 44 % tenía >12 años; 9% reportó antecedente de ECV. Las características de la población estudiada se muestran en la Tabla 1. En la Tabla 2 se muestra la distribución de la muestra luego de efectuar la ponderación por las variables ya descritas, incluyendo finalmente a 900 mujeres.

Principal causa de muerte y problema de salud en la mujer

La percepción de ECV como principal causa de muerte fue identificada por 8% de las participantes (7% enfermedad cardíaca /ataque cardíaco, y 1% a accidente cerebrovascular). La causa de muerte más seleccionada fue el cáncer de mama (44%), seguida por muerte violenta-homicidio (20%) (Figura 1). No se observó diferencia por grupo etario en las respuestas asociadas a ECV y cáncer, pero sí en la mención de muerte violenta, la cual fue más escogida por mujeres < 30 años (p< 0.0001). La percepción de la ECV como principal causa de muerte fue mayor en la RM que en las otras regiones (p=0,049). No hubo diferencia por NSE y NE.

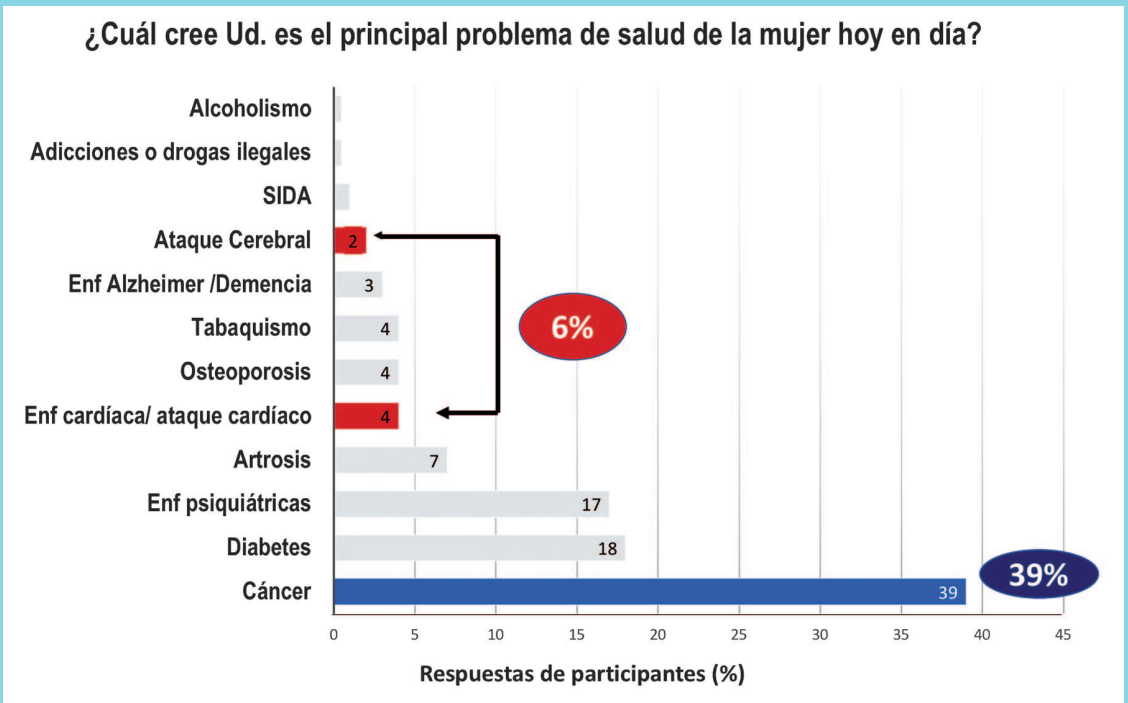
Frente a la pregunta de cuál era el principal problema de salud que afecta a la mujer, la opción más seleccionada fue cáncer (39%), seguido de diabetes (18%). Sólo 6%

Figura 1.



Distribución de las respuestas sobre la principal causa de muerte en la mujer hoy en día. Las opciones muerte accidental, sindrome de inmunodeficiencia adquirida, adicciones a drogas ilegales, osteoporosis y alcoholismo, no fueron seleccionadas por las participantes.
Enf: enfermedad.

Figura 2.



Distribución de las respuestas sobre el principal problema de salud de la mujer hoy en día.
Enf: enfermedad, SIDA: sindrome de inmunodeficiencia adquirida

refirió que era la ECV. Se observó diferencia significativa en el grupo más joven, que identificó con mayor frecuencia a la ECV como principal problema de salud (Figura 2). No hubo otras diferencias entre las respuestas de los diferentes grupos.

Información sobre ECV

Ante la interrogante "¿cómo diría que son sus conocimientos sobre las ECV?", 7% y 13% refirió que eran muy abundantes o abundantes, respectivamente, siendo mayor en mujeres ≥55 años (p<0.001); 27% respondió que su conocimiento no era ni abundante ni escaso, y 20% y 33% contestaron que eran escasos o muy escasos, respectivamente.

Frente a la pregunta "haber visto, escuchado o leído información sobre ECV en las mujeres durante los últimos 12 meses", 45% respondió afirmativamente, 38% negativamente, y 16% no recordaba. Los accesos a la información más reportados fueron: internet (34%), redes sociales (30%) y en el consultorio médico (32%). La televisión fue seleccionada por 19% (Figura 3). Sólo la fuente internet presentó diferencia significativa por edad, siendo más mencionado en mujeres <30 años (p =0.012).

Consulta médica y hábitos de chequeo médico

77% de las mujeres respondió que su última consulta a médico había sido durante el último año. Se observó mayor frecuencia de consulta en mujeres ≥55 años y en aquellas con NE medio o alto. Los médicos más consultados fueron no especialistas (41%) y ginecólogos (29%). Sólo 3% fueron cardiólogos. 54% de las mujeres afirmó que sus médicos habían conversado sobre medidas de prevención de ECV, con mayor frecuencia en mujeres ≥55 años (p=0.05).

En relación a información sobre síntomas de ECV, 19% reportó que alguno de sus médicos había conversado con ellas al respecto, sin existir una diferencia por edad.

Ante la pregunta de si en los últimos 12 meses había chequeado su presión arterial (PA), 72% respondió afirmativamente (más en ≥55 años, p<0.0001) y 30% refirió haberla tenido alta. El 61% respondió que se había chequeado su nivel de glicemia y 60% el nivel de colesterol, con mayor frecuencia en ambos casos en mujeres ≥55 años (p<0.0001).

Percepción de factores de riesgo y síntomas relacionados a infarto

Las participantes consideraron que todos los FR men-

Tabla 3: Conocimiento de los síntomas relacionados con un infarto cardíaco según edad y características socio-demográficas.

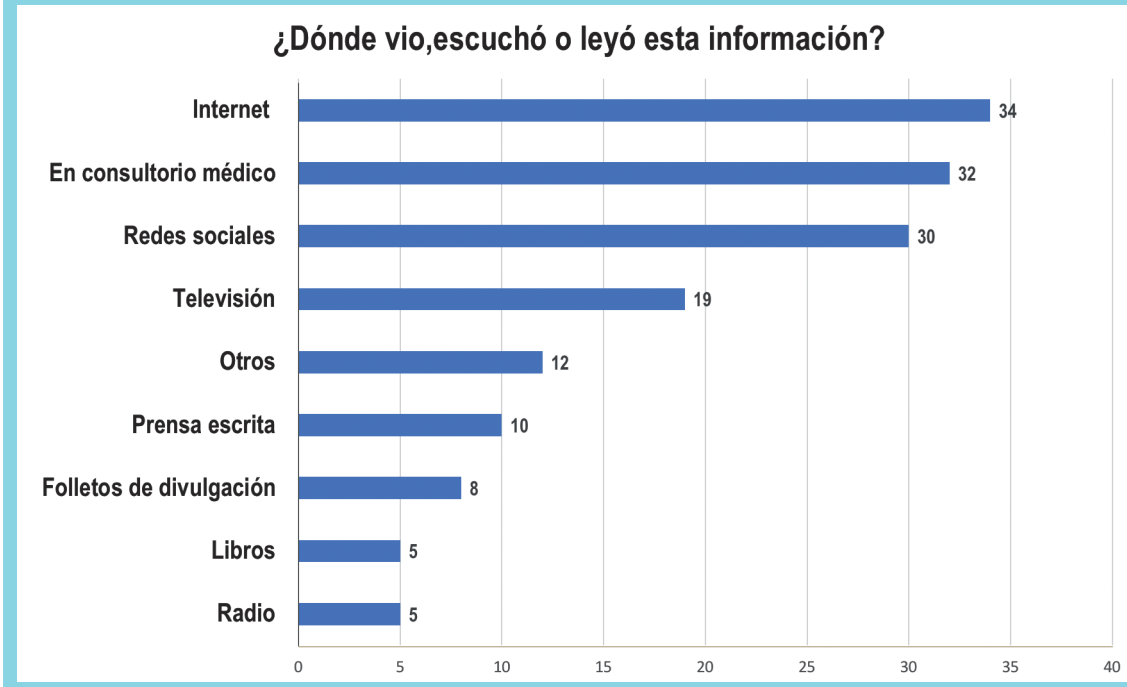
	Total	Edad, años					Región			Nivel Socio-económico					Nivel Educativo			
		20-29	30-44	45-54	55-70	P	RM	Otras	P	ABC1	C2	C3	D1	P	Bajo	Medio	Alto	P
Síntomas,%	n=900	n=198	n=284	n=162	n=356		n=576	n=324		n=306	n=144	n=180	n=270		n=214	n=364	n=322	
Opresión en el pecho	68	75	65	71	65	0,08	66	73	0,02†	75	68	71	63	0,02†	62	69	72	0,042†
Dolor en el pecho	65	68	67	62	62	0,39	67	62	0,10	69	71	70	56	0,001†	56	66	70	0,003†
Dolor en cuello, hombros y brazos	46	52	48	40	43	0,09	46	45	0,63	53	38	52	40	0,002†	45	42	51	0,084
Falta de aire	37	44	38	37	29	0,008†	37	35	0,44	40	44	40	29	0,003†	31	33	45	0,001†
Cansancio/ debilidad extrema	31	37	30	29	30	0,32	32	30	0,66	38	30	35	26%	0,019†	24	28	39	0,001†
Náuseas	14	16	14	12	12	0,54	14	13	0,58	19	13	19	6%	0,001†	6	12	20	0,001†

Datos ponderados por edad, nivel socioeconómico y región de residencia para reflejar la composición de mujeres chilenas ≥20 años de acuerdo a la distribución del ultimo Censo de Chile 2017. † diferencia significativa, p < 0,05

cionados en la encuesta eran importantes en el desarrollo de la ECV, con valores promedio >4 en la escala predefinida. Los FR más importantes fueron la PA alta y el sobrepeso/obesidad con puntaje de 4.8 ambos factores. Ante la pregunta de si sabía cuál era la diferencia entre el colesterol malo y bueno, 62% respondió afirmativamente, en especial las ≥55 años (P<0.05) y con NE alto (p<0.0001).

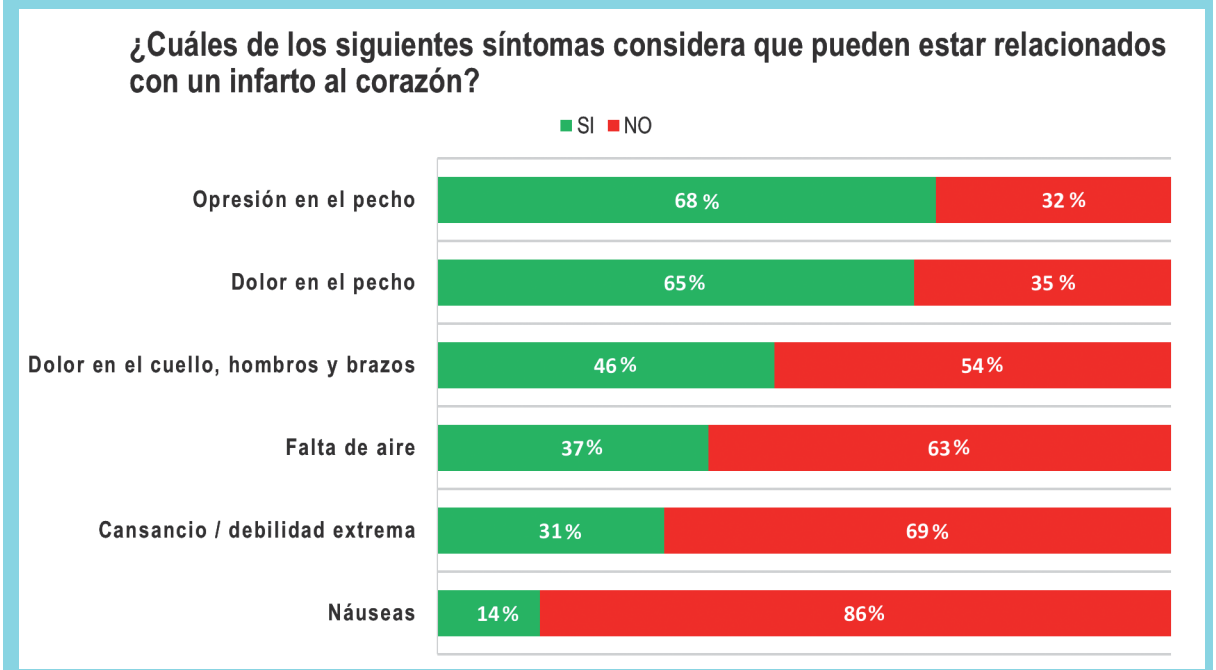
En relación al conocimiento sobre los síntomas relacionados con un infarto cardíaco, los más identificados fueron la opresión en el pecho (68%), y dolor en el pecho (65%). Hubo diferencia significativa en el reconocimiento del síntoma "opresión precordial" entre la RM y las otras regiones, identificándose significativamente

Figura 3.



Distribución de las respuestas en relación a donde vio, escuchó o leyó la información sobre enfermedades cardíacas en las mujeres en los últimos doce meses.

Figura 4.



Distribución de respuesta en referencia a los síntomas que pueden estar relacionados con un infarto al corazón.

más en estas estas últimas (Tabla 3). La náusea fue el síntoma menos identificado (Figura 4). De todos los síntomas interrogados, sólo la "falta de aire" presentó diferencia por grupo etario, siendo más considerado en <55 años (p=0.008). Las mujeres del NSE más bajo (nivel D) fueron las que menos reconocieron los síntomas de infarto, mientras que las de NE alto los seleccionaron más frecuentemente (p< 0.05). (Tabla 2).

Hábitos y prevención cardiovascular

De las actividades mencionadas para prevenir o reducir el riesgo de ECV, la más elegida fue realizar actividad física (AF) (85%). Le siguieron dejar de fumar (77%), perder peso (72%), reducir colesterol (71%), reducir el consumo de sal (63%) y reducir el estrés (61%).

Chequeo de pulso y conocimiento sobre fibrilación auricular

El 61% de las mujeres sabía chequearse el pulso, y 46% lo había hecho dentro del último año, con mayor frecuencia en mujeres ≥55 años (p= 0.03), de NSE alto (p= 0.01) y de mayor NE (p= 0.001). Un 10% refirió pulso arrítmico y de ellas, 32% recibió tratamiento anticoagulante. Sólo 19% de las encuestadas conocía la relación entre fibrilación auricular y accidente cerebrovascular.

Información relacionada a condiciones de riesgo CV específicas de la mujer

De las mujeres participantes, 86% refirió haber tenido algún embarazo. De éstas, 66% refirió aumento de peso > 20% de su peso basal, 18% refirió hipertensión durante el embarazo, y 13% diabetes gestacional.

Discusión:

El presente estudio, demuestra que la conciencia de ECV en mujeres chilenas es muy baja: sólo 8% considera la ECV como la principal causa de muerte, y 6% como su principal problema de salud, sin diferencias entre la RM y regiones. Estas cifras son inferiores a las observadas (~14% y 9 %) el 2015 en mujeres residentes de la Región Metropolitana[3].

A pesar de los esfuerzos por parte de SOCHICAR con la campaña adherente a GO RED FOR WOMEN de la AHA, la conciencia de enfermedad, en vez de aumentar, disminuyó, aunque la comparación entre encuestas debe ser cautelosa por las diferencias metodológicas. La percepción de riesgo de la ECV también se ha reducido en otros países. Cushman y cols.[6], recientemente, muestran los cambios en conciencia de ECV en mujeres de USA entre el 2009 y 2019, con un marcado descenso en mujeres hispánicas, del ~ 40% al ~26%. A pesar de ello,

la ECV sigue siendo la condición de salud más reconocida como causa de muerte entre las mujeres en USA.
Estudios internacionales son consistentes en que a mayor edad existe mayor conciencia de ECV como principal causa de muerte[5,12]. Es llamativo que en esta encuesta no lo hayamos observado, como sí se evidenció en un estudio previo nuestro[3]. La aplicación de la actual encuesta fue online y no cara a cara, pero el enunciado fue similar, lo cual nos lleva a pensar que en estos años ha habido una mayor desinformación del grupo de más edad, que dio mayor importancia al cáncer.
Es considerable el incremento de la percepción de la muerte violenta como principal causa de muerte, posicionándose en segundo lugar de reconocimiento. Esta observación está alejada de la realidad. En Chile, el 2019 hubo 744 homicidios, de los cuales 93 (12.5 %) fueron en mujeres[13]. No obstante, la difusión y propaganda emitida por prensa escrita y televisiva sobre muerte violenta y femicidio en Chile, junto con las campañas de concientización de violencia de género (Ministerio de la Mujer) han permeado profundamente en la opinión de las chilenas, especialmente en las más jóvenes[14, 15].
Las campañas de concientización sobre ECV en la mujer son piezas fundamentales en la difusión del conocimiento sobre esta enfermedad. En Chile, en un lapso de cinco años entre ambas encuestas, han cambiado los accesos de la población a la información. El internet y las redes sociales han desplazado a la televisión como medio de información. Esto tiene dos caras: por una parte, los primeros permiten acceder a un número mayor de personas en forma inmediata pero por otra parte, carecen de una regulación editorial exhaustiva, como sí lo hace la TV y la prensa escrita. Por lo mismo, es de suma importancia que los profesionales de la salud, las sociedades científicas y los organismos gubernamentales relacionados con la salud, utilicen estos nuevos métodos de difusión de la información.
El presente estudio reporta un buen conocimiento de los síntomas asociados a infarto, siendo la "opresión al pecho" y "dolor al pecho" los más seleccionados -70% en ambos casos-, inferior al 82% referido en la encuesta del Women´s Heart Alliance 2014[16], pero superior al 8% y 51% reportados por Cushman y cols.[6] En esa última encuesta, los síntomas debían ser reportados espontáneamente, a diferencia de la encuesta del Cono Sur, en la cual cada síntoma estaba predefinido. En el presente estudio no se observó diferencias por edad en el conocimiento del síntoma opresión precordial, como sí lo reportó AHA[6], pero sí hubo un mayor reconocimiento de todos los síntomas del infarto en mujeres de NE alto, lo cual coincide con lo reportado por el National Health Interview Survey (NHIS)[17] en población de USA el 2017.

Limitaciones y fortalezas

Usamos un instrumento distinto a la encuesta de 2015. La actual forma parte de un proyecto colaborativo en el Cono Sur, por lo que se decidió priorizar este instrumento ya aplicado en Uruguay el 2012. Por otra parte, el cuestionario online presenta una mayor probabilidad de sesgo en la elegibilidad de los encuestados que la encuesta presencial. Por lo mismo, no se pudo contar con registros de prevalencia, control y tratamiento de los FRCV. Así mismo, no se incluyó a mujeres con encuestas incompletas. Por último, en esta encuesta, si bien se incluyó el cáncer de mama en el listado de principales causas de muerte, no se incluyó éste (en forma diferenciada del cáncer general) en la pregunta sobre el principal problema de salud en mujeres, lo cual marca una diferencia con la encuesta chilena predecesora y las de la AHA.
Como fortaleza, nuestro estudio es el primero en incorporar otras regiones de Chile en una encuesta de percepción y conocimiento de ECV en la mujer. Esta encuesta incluye preguntas sobre sintomatología de infarto y chequeos CV, no incluidos previamente. Por último, esta encuesta se realizó concomitantemente en Argentina y Uruguay, usándose el mismo instrumento y empresa encuestadora.

Conclusión:

Persiste una muy baja percepción del riesgo de la ECV como la principal causa de muerte y problema de salud en las mujeres en Chile. El cáncer de mama sigue liderando como causa de muerte, pero aparece la muerte violenta/homicidio en segundo lugar, desplazando a la ECV. Estos resultados urgen a la comunidad cardiológica a ser más activos en la transmisión de la información sobre la prevalencia y riesgo CV en mujeres.

Referencias:

1. CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, (CDC). Women and Heart Disease [Available from: https://www.cdc.gov/heartdisease/women.htm].

2. DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA E INFORMACIÓN DE SALUD, (DEIS). Tabla Resumen de Mortalidad por Capítulo CIE-10. Causa Básica de Defunción y Año [Available from: https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F4013de47-a3c2-47b8-8547-075525e4f819&sectionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false].

3. VARLETA P, ACEVEDO M, CASAS-CORDERO C, BERRIOS A, NAVARRETE C. Low Cardiovascular Disease Awareness in Chilean Women: Insights from the ESCI Project. Glob Heart. 2020;15(1):55.

4. ARTUCIO C, GIAMBRUNO M, DURO I, MICHELIS V, KORYTNICKI D, BARRANCO D, et al. Enfermedad cardiovascular en la mujer. Cómo la perciben, qué conocen y qué conductas de prevención adoptan las mujeres. Revista Uruguaya de Cardiología. 2017;32:13-22.

5. ROLANDI F, GRINFELD L, LIPRANDI MIS, TAMBUSSI A, KAZELIAN L, BRUNA MCL, et al. Encuesta de reconocimiento de la enfermedad cardiovascular en la mujer por la mujer. Revista Argentina de Cardiología. 2013;81:329-35.

6. CUSHMAN M, SHAY CM, HOWARD VJ, JIMÉNEZ MC, LEWEY J, MCSWEENEY JC, et al. Ten-Year Differences in Women's Awareness Related to Coronary Heart Disease: Results of the 2019 American Heart Association National Survey. A Special Report From the American Heart Association. Circulation. 2021;143(7):e239-e48.

7. KONIAK-GRIFFIN D, BRECHT ML. Awareness of Cardiovascular Disease and Preventive Behaviors Among Overweight Immigrant Latinas. J Cardiovasc Nurs. 2015;30(5):447-55.

8. ASOCIACIÓN DE INVESTIGADORES DE MERCADO, (AIM). Actualización 2019: clasificación de grupos socioeconómicos y manual de aplicación en Chile.

9. BUCHELI M, CABELA W. El perfil demográfico y socioeconómico de la población uruguaya según su ascendencia racial. 2006.

10. GIAMBRUNO M, MICHELIS V, FERNÁNDEZ A, DURO I, MURGUÍA E, ARTUCIO C, et al. Enfermedades cardiovasculares: ¿qué perciben las mujeres de Uruguay? Revista Uruguaya de Cardiología. 2022;37.

11. MOSCA L, HAMMOND G, MOCHARI-GREENBERGER H, TOWFIGHI A, ALBERT MA, American Heart Association Cardiovascular D, et al. 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, e1-29.

12. 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.

13. EXPANSION/DATOSMACRO.COM. Chile-Homicidios intencionados. 2014. https://datosmacro.expansion.com/demografia/homicidios/chile#:~:text=Chile%20con%20744%20asesinatos%20en,menos%20dos%20homicidios%20en%20Chile. Accedido el 30 de abril 2022.

14. BRITO RODRÍGUEZ S, BASUALTO PORRA L, POSADA LECOMPTE M, Femicidio y violencia de género. Percepciones de mujeres estudiantes de educación superior acerca del femicidio. Rumbos TS, 2021:16(25), 41-77.

15. Red Chilena contra la violencia hacia las mujeres. Registro de femicidios. http://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/registro-de-femicidios/ accedido el 14 de marzo 2022.

16. BAIREY MERZ CN, ANDERSEN H, SPRAGUE E, BURNS A, KEIDA M, WALSH MN, 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.

17. MAHAJAN S, VALERO-ELIZONDO J, KHERA R, DESAI NR, BLANKSTEIN R, BLAHA MJ, et al. Variation and Disparities in Awareness of Myocardial Infarction Symptoms Among Adults in the United States. JAMA Network Open. 2019;2(12):e1917885-e.