

Artículo Original de Investigación

Percepción, conocimiento y conductas preventivas sobre enfermedad cardiovascular entre mujeres argentinas

Perception, knowledge, and preventive behaviors on cardiovascular disease among Argentine women

Mildren Del Sueldo^{1,2,12}, Silvina Brienza^{1,3, 12}, Alberto Lorenzatti^{1,4}, Narcisa Gutierrez^{1,5, 12}, Lorena Brocal^{1,6,12}, Melisa Ribotta^{1,7}, Gonzalo Miranda^{1,2}, Ruth Fernandez^{8, 12}, Judith Zilberman^{1,9, 12}, Silvia Lopresti^{1,10, 12}, Eduardo R Perna^{1,11}.

1 Federación Argentina de Cardiología. 2 Clínica de Especialidades Villa María, Córdoba, Argentina. 3 Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. 4 Instituto Médico DAMIC / Fundación Ruscalleda de Investigación en Medicina. Córdoba. 5 Instituto Médico de Alta Complejidad (IMAC), Salta, Argentina. 6 Establecimiento Asistencial Gobernador Centeno, General Pico, La Pampa. 7 Clínica Marañón, Villa María, Córdoba, Argentina. 8 Centro de Investigación y Tecnología de la Universidad Nacional de Villa María. Área de investigación, Escuela de Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba. 9 Hospital Dr. Cosme Argerich GCBA, Argentina. 10 Centro Médico Cardioterapia, Buenos Aires, Argentina. 11 Instituto de Cardiología "J. F. Cabral" Corrientes, Argentina. 12 Comité de Enfermedad Cardiovascular en la Mujer "Cesar M. Serra", Federación Argentina de Cardiología.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 7 de Marzo de 2022

Aceptado después de revisión

el 5 de Abril de 2022

www.revistafac.org.ar

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

El Laboratorio Bayer financió la realización de la encuesta a través de Mercoplus Latin América.

Palabras clave:

Enfermedades cardiovasculares.
Salud de la mujer.
Factores de riesgo.
Complicaciones en el embarazo.
Encuestas y cuestionarios.

Keywords:

Cardiovascular disease.
Women's health.
Risk factors.
Pregnancy complications.
Surveys and questionnaires.

RESUMEN

La enfermedad cardiovascular (ECV) representa un importante problema de salud para las mujeres en Argentina y en el mundo. En el país, el 30% de las mujeres mueren por causa cardiovascular, pese a esto existen datos limitados sobre la percepción de esta problemática en la población femenina. **Objetivo:** Identificar la percepción de mujeres en Argentina sobre conocimiento de ECV y conductas preventivas, nivel de concientización acerca de su propio riesgo y factores de riesgo únicos en la mujer.

Material y método: en Marzo 2020 se realizó una encuesta web en una muestra de mujeres de 5 ciudades argentinas.

Resultados: Los resultados obtenidos de 1500 mujeres encuestadas mostraron que el cáncer fue percibido como el principal problema de salud, mientras que la muerte violenta fue identificada como la principal causa de muerte. Solo el 11%, identificó a la enfermedad cardiovascular como su principal problema de salud, y el 16% como su principal causa de muerte. La proporción de mujeres que tienen conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular fue del 96%, síntomas de la enfermedad el 75% y conductas preventivas el 98%. Sin embargo, especialmente las más jóvenes subestiman esta enfermedad, sintiéndose más amenazadas por la muerte violenta-homicidio y el cáncer. Los resultados obtenidos también muestran que la principal fuente de información fueron las redes sociales e internet y no el consejo médico.

Conclusiones: En esta muestra de mujeres en Argentina, ellas no perciben a la enfermedad cardiovascular como su principal causa de enfermedad y muerte. Trabajar en incrementar su percepción sobre el riesgo de padecerlas podría traducirse en disminuir la morbimortalidad que esta enfermedad conlleva, mejorando su calidad y expectativa de vida.

Perception, knowledge, and preventive behaviors on cardiovascular disease among Argentine women

ABSTRACT

Background: Cardiovascular disease (CVD) poses a major health problem for women in the world. Despite 30% of women dying from cardiovascular causes, in the country, data on the perception of this problem in the female population is scarce.

Objective: To identify the perception of women in Argentina on knowledge of CVD and preventive behaviors, level of awareness of their own risk, and risk factors unique to women.

Method: In March 2020, a web survey was conducted on a sample of women from 5 Argentine cities.

Results: The results obtained from 1500 women surveyed showed that cancer was perceived as the main health problem, while violent death was identified as the leading cause of death. Only 11% identified cardiovascular disease as their main health problem and 16% as their leading cause of death. The proportion of women who have knowledge on cardiovascular risk factors was 96%, symptoms of the disease 75%, and preventive behaviors 98%. However, specially the younger ones underestimate this disease, feeling more threatened by violent death-homicide and cancer. The results also show that the main source of information was social networks and the internet, not medical advice.

Conclusions: In this sample of women in Argentina, they do not perceive cardiovascular disease as their main cause of disease and death. The work to increase their perception of the risk could result in a decrease in the morbidity and mortality that this disease entails, thus improving their quality and life expectancy.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cardiovascular (ECV), incluyendo enfermedad coronaria (EC) y accidente cerebrovascular (ACV), representa 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 por ECV¹. El reciente informe de la Comisión de la mujer y ECV de la revista Lancet, reporta que el 35% de todas las muertes en mujeres a nivel mundial son debidas a ECV y que 275 millones fueron diagnosticadas con esta enfermedad en 2019².

En Argentina, la ECV continúa siendo la primera causa de muerte. En el año 2019, fue responsable del 31,3% de todas las defunciones, lo que supone que una de cada tres mujeres argentinas muere por ECV³. En países europeos, el problema es aún mayor, y 49% de las mujeres muere por ECV, comparado con el 40% de los hombres⁴.

A pesar de esta evidencia, existe en la mujer de los países occidentales una identificación inadecuada acerca de cuál es su principal problema de salud, subestimando a la ECV como amenaza y viéndola más como un problema de salud del hombre. En una encuesta de 1997, menos del 30% consideraron a la ECV como su principal causa de muerte, e identificaron al cáncer de mama como su problema de salud más importante⁵.

En Latinoamérica, tres encuestas reportaron que la identificación por parte de la mujer de la ECV como principal problema de salud o primera causa de muerte, fue inferior al 20%, con unidades muestrales de las capitales o ejidos urbanos inmediatos, asumiendo un conocimiento similar en el interior de cada país^{6,7,8}.

Estos datos han motivado la creación de programas dirigidos a cambiar esta percepción por parte de la mujer, como "Go Red for Woman" (American Heart Association) y "Mujeres en Rojo" (Federación Argentina de Cardiología), en Argentina. Los programas específicos sobre la concientización y educación han logrado que un 54% de las mujeres norteamericanas identificaran a la ECV como su principal enemigo, aunque se han observado diferencias étnicas y raciales⁹.

Sin dudas, evidenciar estas diferencias es el primer paso para identificar las barreras que limitan que la concientización y educación no lleguen de igual manera a todas. Por este motivo, el Comité de ECV en la Mujer de la Federación Argentina de Cardiología (FAC), propuso la realización de

esta encuesta, con mayor representación nacional, ampliándola a las principales capitales de nuestro país, lo que la hace inédita. Los objetivos planteados fueron los siguientes:

- 1- Indagar el grado de conocimiento de las mujeres sobre ECV, síntomas, FRCV y conductas que previenen o reducen la probabilidad de enfermarse;
- 2- Evaluar la percepción y el nivel de concientización que tienen las mujeres acerca de su propio riesgo de padecer y morir por ECV; y
- 3- Evaluar sobre FRCV únicos en la mujer como menarquia, menopausia, embarazos y complicaciones relacionadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población

La unidad de análisis fueron mujeres entre 20 a 70 años, residentes de Argentina (Gran Buenos Aires/Ciudad Autónoma de Buenos Aires [GBA/CABA], Córdoba, Santa Fe, Mendoza y Tucumán). La selección de la muestra fue aleatoria, respetando la distribución poblacional en cada ciudad y teniendo en cuenta la edad, nivel socio económico y educativo de la población a la cual representaba.

Diseño general del estudio – Instrumento usado

Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario semiestructurado que constaba de 11 bloques:

- 1- Datos Sociodemográficos.
- 2- Reconocimiento de problema de salud más importante y principal causa de muerte
- 3- Medios por los que obtuvo la información (consulta médica, redes, prensa, TV, etc)
- 4- Consultas médicas realizadas y especialidades consultadas
- 5- Hábito de hacerse chequeos médicos.
- 6- Conocimientos asociados a FRCV.
- 7- Información sobre Infarto cardiaco.
- 8- Información sobre hábitos de salud y conocimiento sobre actividades preventivas cardiovasculares.
- 9- Medidas antropométricas.
- 10- Información relacionada a estado hormonal y embarazos.

El tipo de encuesta fue web – auto ajustable a multiplataformas a través de una invitación a participar por redes sociales. La duración aproximada de la encuesta fue de 15 minutos y fue realizada en el mes de Marzo de 2020. El

TABLA 1.

Características demográficas de las participantes del estudio (N=1500).

Variable	Grupos	N (%)
Grupos etarios	20 a 29 años	371 (25)
	30 a 44 años	510 (34)
	45 a 54 años	261 (17)
	55 a 70 años	358 (24)
Región	Gran Buenos Aires / CABA	987 (66)
	Córdoba	175 (12)
	Santa Fe	170 (11)
	Mendoza	92 (9)
	Tucumán	76 (5)
Nivel educativo	Bajo	367 (25)
	Medio	503 (34)
	Alto	630 (42)
Nivel socioeconómico	ABC1	75 (5)
	C2	255 (17)
	C3	420 (28)
	D1	495 (33)
	D2E	255 (17)

Nivel socioeconómico: ABC1 (Muy alto), C2 (Alto), C3 (Medio alto), D1 (Medio bajo) y D2E (Bajo y muy bajo)

tamaño muestral estimado fue de 1500 casos (considerado una pérdida de participantes de ~ 30%), cuya selección fue aleatoria simple, en el que todas las unidades de análisis tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionadas. Las variables de corte incluidas en el estudio fueron: edad, agrupadas en 4 estratos, nivel socio económico (NSE) y nivel educativo (NE). Para determinar el NSE se consideró el elaborado por SAIMO (Sociedad Argentina de investigadores y Marketing y opinión), CEIM (Cámara de empresas de Investigación social y de mercado), y AAM (Asociación Argentina de Marketing), que comprende educación, nivel ocupacional y las posesiones materiales, asignando un puntaje a cada una de las variables y determinando cinco categorías: ABC1 (Muy alto), C2 (Alto), C3 (Medio alto), D1 (Medio bajo) y D2E (Bajo y muy bajo)¹⁰. Para el NE se consideró el máximo nivel de instrucción alcanzado por la encuestada, y a los fines de facilitar el análisis y lectura se los dividió en tres grupos: NE Bajo (No tiene estudios, primaria completa o incompleta), NE Medio (secundaria completa o incompleta) y NE Alto (estudios terciarios o universitarios, completos o incompletos).

El estudio fue revisado y aprobado por la Secretaría de Investigación de la Federación Argentina de Cardiología. En el presente trabajo se respetaron las normas nacionales e internacionales de ética en la investigación, resguardando la identidad de las personas y la confidencialidad de los datos. La encuesta web fue implementada por la empresa Mercoplus Latin América, financiada por el laboratorio Bayer, a solicitud y bajo la supervisión del Comité de Enfermedad cardiovascular en la Mujer de la Federación Cardiológica Argentina. El procesamiento de los datos se realizó sin intervención del laboratorio.

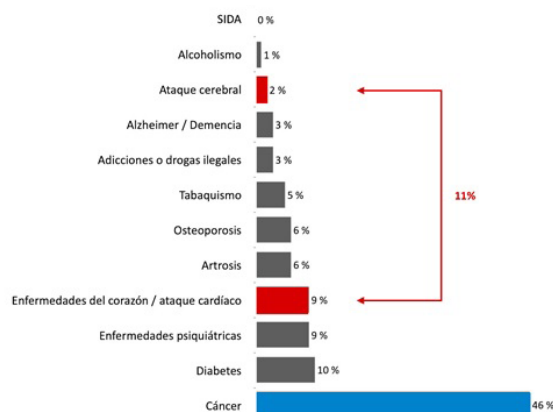


FIGURA 1

Distribución de las respuestas de las participantes sobre el principal problema de salud de la mujer.

Esta pregunta era de respuesta única y guiada, lo que significa que la entrevistada tenía la instrucción de seleccionar la respuesta más importante si consideraba a más de una. La encuesta tenía una lista desplegable de posibles respuestas y solo se podía seleccionar una.

SIDA: síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Análisis estadístico

La descripción de las variables mensurables se presenta como media y desvío estándar (DS) y las variables categóricas a partir de la distribución de sus porcentajes.

Los datos se compararon con pruebas ANOVA y Chi-cuadrado, según corresponda. Todos los datos reportados y pruebas estadísticas fueron ajustados de acuerdo con los correspondientes factores de expansión en el diseño muestral, representando la población de mujeres en Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, Mendoza y Tucumán. Por lo tanto, los datos reportados en este estudio tienen aplicación a toda la población de mujeres de 20 a 70 años que viven en estas ciudades del país. Los análisis se efectuaron con SPSS versión 24.

RESULTADOS

Del total de 1951 mujeres encuestadas, se incluyeron en el presente análisis 1500 con datos completos. La edad promedio fue de 42±13 años. El 81% de las encuestadas afirmaron haber estado embarazadas, con una mediana de 3 (Q1=2 y Q3=4). En cuanto a la cantidad de hijos, se obtuvo una mediana de 2 hijos (Q1=2 y Q3=3).

El 66% residía en CABA o Gran Buenos Aires, 57,6% tenía cobertura de salud a través de obra social o prepaga, 17% tenía un NSE bajo y 42% tenía un nivel educativo alto (Tabla 1).

- Percepción y conocimiento de la enfermedad cardiovascular en la mujer

Se les pidió a las encuestadas que seleccionaran entre 12 enfermedades cuál consideraba que era el principal problema de salud al que se enfrenta la mujer (Figura 1). El cáncer fue señalado por casi la mitad como el de mayor importancia, mientras que una minoría, (11%) planteó a la ECV como principal problema de salud (ataque cardíaco 9% y cerebral 2%). En el análisis según edad, NSE y región que habitaban, se observó que el nivel de identificación de la ECV como

TABLA 2.

Concientización sobre el mayor problema de salud que enfrentan las mujeres por edad, NSE y región.

	TOTAL		EDAD				P	NIVEL SOCIOECONÓMICO					P	REGIÓN		P
	20-29	30-44	45-54	55-70	ABC1	C2		C3	D1	D2E	GBA	Interior				
Cáncer	46%	51%	53%	42%	32%	0,000	39%	40%	45%	51%	44%	0,020	48%	41%	0,009	
Diabetes	10%	5%	10%	13%	12%	0,002	12%	9%	9%	11%	11%	0,837	8%	14%	0,001	
Enfermedades del corazón	9%	8%	7%	10%	12%	0,061	16%	9%	10%	9%	7%	0,154	9%	9%	0,773	
Enfermedades psiquiátricas	9%	14%	9%	7%	5%	0,001	7%	14%	12%	4%	10%	0,000	8%	11%	0,072	
Osteoporosis	6%	5%	4%	5%	10%	0,001	15%	6%	7%	5%	4%	0,002	6%	5%	0,386	
Artrosis	6%	2%	5%	6%	11%	0,000	4%	5%	6%	8%	5%	0,341	5%	7%	0,098	
Tabaquismo	5%	6%	5%	5%	4%	0,571	2%	7%	5%	4%	8%	0,034	5%	5%	0,512	
Alzheimer / Demencia	3%	1%	1%	4%	7%	0,000	0%	4%	2%	3%	2%	0,287	3%	2%	0,044	
Adicciones o drogas ilegales	3%	5%	2%	3%	3%	0,158	0%	3%	2%	4%	4%	0,295	3%	4%	0,124	
Ataque cerebral	2%	1%	3%	2%	1%	0,165	2%	2%	1%	1%	3%	0,648	2%	1%	0,430	
Alcoholismo	1%	1%	0%	2%	1%	0,216	0%	1%	0%	1%	3%	0,042	1%	1%	0,656	
SIDA	0%	1%	0%	0%	0%	0,079	2%	0%	1%	0%	1%	0,030	0%	0%	0,753	

NSE: Nivel socioeconómico: ABC1 (Muy alto), C2 (Alto), C3 (Medio alto), D1 (Medio bajo) y D2E (Bajo y muy bajo)

principal problema tenía una tendencia, no significativa, a incrementarse a mayor edad y con NSE más alto (Tabla 2). Curiosamente, más mujeres con NSE bajo (44%), del GBA (48%) y más jóvenes (51%), percibieron significativamente al cáncer como su principal problema de salud ($p<0.05$).

En respuesta a la pregunta "Cual cree que es la principal causa de muerte entre las mujeres", sorprendentemente, el 48% eligió a la muerte violenta / homicidio y el cáncer ocupó el segundo lugar, mientras que la ECV aparece más relegada con un 16% (Figura 2). Si bien se observó una relación entre mayor edad ($p<0.001$) y NSE ($p=0.002$) más alto con incremento en el reconocimiento de la ECV como principal responsable, el porcentaje fue siempre inferior a la muerte violenta y el cáncer (Tabla 3).

- Autopercepción de conocimientos sobre ECV, FRCV y síntomas de ataque cardíaco.

Frente a la pregunta ¿Cómo diría que son sus conocimientos sobre las ECV, en una escala de 1 a 5, donde 1 significa muy escasos y 5 muy abundantes?, más de la mitad de las mujeres (52%) dijo que eran escasos y muy escasos, el 28% que eran medios, y el 14% que eran abundantes o muy abundantes. La autoevaluación sobre el nivel de conocimientos de ECV es superior entre las mujeres mayores de 55 años ($p<0,001$), en las con mayor NSE ($p=0.02$), y NE ($p<0.001$). No hubo diferencias entre las ciudades analizadas.

Con respecto al conocimiento de los FRCV y su relación con el desarrollo de la ECV, se comprobó que las mujeres en general conocen su importancia, ya que el 96% les asignó a los mismos puntuaciones altas de 4 y 5 puntos. También cuando se las indagó sobre las estrategias para reducir el riesgo CV, el 98% de las entrevistadas manifestó que bajar de peso, reducir el colesterol, dejar de fumar, disminuir el

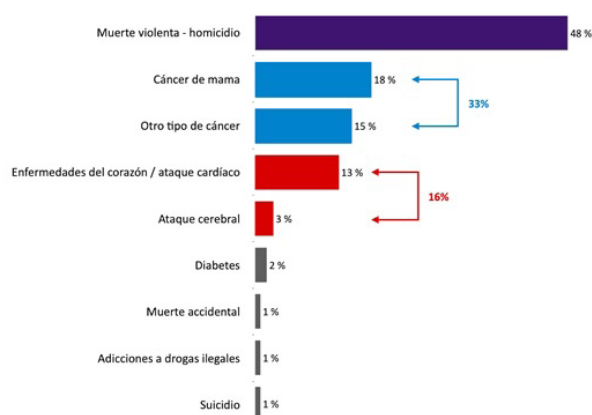


FIGURA 2

Distribución de las respuestas de los participantes sobre la principal causa de muerte en mujeres.

Esta pregunta era de respuesta única, lo que significa que la entrevistada tenía la instrucción de seleccionar la respuesta más importante si consideraba a más de una. La encuesta tenía una lista desplegable de posibles respuestas y solo se podía seleccionar una.

consumo de sal y hacer actividad física, contribuían importantemente en la prevención.

Ante la pregunta ¿qué síntomas asocia con tener un ataque cardíaco?, se evidenció que las mujeres tienen conocimiento de los mismos, fundamentalmente de los síntomas típicos como la opresión o dolor precordial. Menos de la mitad relacionaban al dolor en brazos, hombro o cuello y a la disnea como síntomas de un ataque cardíaco, y solo una minoría reconoció a los otros síntomas que pueden presentarse en las mujeres en el contexto de estos cuadros. No hubo diferencias en cuanto a la edad y la región geográfica analizada, pero las mujeres con mayor NSE y NE identifica-

TABLA 3.

Concientización sobre la principal causa de muerte entre mujeres por edad, NSE y región.

	TOTAL		EDAD				P	NIVEL SOCIOECONÓMICO					P	REGIÓN		
	20-29	30-44	45-54	55-70	ABC1	C2		C3	D1	D2E	GBA	Interior		P		
Muerte violenta - homicidio	48%	64%	48%	38%	37%	0,000	31%	45%	45%	52%	50%	0,004	49%	45%	0,098	
Cáncer de mama	18%	11%	21%	20%	19%	0,002	18%	20%	19%	15%	19%	0,268	17%	19%	0,297	
Otro tipo de cáncer	14%	8%	14%	19%	14%	0,001	18%	14%	15%	11%	16%	0,118	14%	13%	0,418	
Enfermedades del corazón	13%	9%	12%	14%	17%	0,017	16%	13%	14%	13%	9%	0,283	12%	15%	0,101	
Ataque cerebral	3%	2%	1%	2%	5%	0,002	12%	2%	3%	2%	1%	0,000	3%	2%	0,166	
Diabetes	2%	2%	1%	1%	3%	0,020	1%	2%	1%	3%	0%	0,063	2%	2%	0,538	
Muerte accidental	1%	1%	1%	0%	1%	0,573	4%	0%	1%	1%	1%	0,057	1%	2%	0,037	
Adicciones a drogas ilegales	1%	0%	1%	2%	0%	0,186	0%	0%	1%	1%	1%	0,527	0%	1%	0,077	
Suicidio	1%	1%	0%	1%	0%	0,274	1%	1%	1%	0%	1%	0,197	1%	0%	0,582	
Cáncer de pulmón	1%	0%	0%	1%	2%	0,004	0%	0%	1%	2%	0%	0,117	1%	1%	0,879	

NSE: Nivel socioeconómico: ABC1 (Muy alto), C2 (Alto), C3 (Medio alto), D1 (Medio bajo) y D2E (Bajo y muy bajo)

TABLA 4.

Conocimiento de los síntomas de ataque cardíaco.

	TO-TAL	EDAD					P	REGIÓN			NIVEL SOCIOECONÓMICO					NIVEL EDUCATIVO			
		20-29	30-44	45-54	55-70	GBA		Interior	P	ABC1	C2	C3	D1	D2E	P	Bajo	Medio	Alto	P
Opresión en el pecho	75%	77%	77%	77%	68%	0,014	75%	75%	0,996	80%	70%	78%	75%	71%	0,056	67%	77%	77%	0,001
Dolor en el pecho	64%	75%	66%	52%	59%	0,000	63%	66%	0,198	78%	60%	66%	65%	59%	0,012	57%	67%	66%	0,006
Dolor en cuello, hombros y brazos	48%	49%	48%	49%	45%	0,765	48%	47%	0,754	55%	49%	50%	47%	41%	0,107	37%	49%	53%	0,000
Falta de aire	43%	53%	44%	41%	34%	0,000	43%	44%	0,912	60%	41%	44%	44%	37%	0,009	37%	47%	44%	0,016
Cansancio/debilidad extrema	22%	25%	25%	20%	15%	0,001	20%	25%	0,036	17%	23%	20%	23%	21%	0,587	16%	21%	25%	0,003
Náuseas	16%	10%	15%	16%	22%	0,001	14%	18%	0,052	20%	15%	14%	20%	9%	0,001	9%	14%	21%	0,000

NSE: Nivel socioeconómico: ABC1 (Muy alto), C2 (Alto), C3 (Medio alto), D1 (Medio bajo) y D2E (Bajo y muy bajo)

ron más a la opresión precordial, al dolor en brazos, cuello y hombros, a la falta de aire y a las náuseas, como síntomas relacionados a un ataque cardíaco ($p < 0.05$) (Tabla 4).

- 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?, solo 647 (45%) respondieron de manera afirmativa. De este grupo, el 39% lo hizo a través de Internet y el 38% por redes sociales, mientras que 30% recibió información de un profesional de la salud. El acceso a información por Internet y redes sociales fue más frecuente en el grupo de mujeres más jóvenes ($p = 0.006$). El mayor NE se asoció a mayor acceso por Internet ($p = 0.005$), al consultorio médico ($p < 0.0001$), a los folletos de divulgación ($p < 0.0001$) y a los libros ($p < 0.0001$), mientras que el NSE no mostró diferencias significativas (Tabla 5).

- Tiempo transcurrido desde la última visita médica y especialidad consultada

A la pregunta ¿cuándo fue la última vez que visitó a un médico?, el 67% respondió en el último año, y en 65% la especialidad consultada fue ginecología o medicina general, mientras que solo el 8% a cardiología (Figura 3). Cuando se las indago sobre si sus médicos les habían informado sobre medidas de prevención de ECV o sobre síntomas cardíacos, la respuesta fue afirmativa en 53% y 20%, respectivamente. Excepto para mujeres mayores de 55 años que recibieron más información de los médicos ($p < 0.001$), no se observaron diferencias significativas entre regiones, NE y NSE.

- Información relacionada a menarquia, menopausia y embarazos

La edad promedio de menarquia fue de $12,4 \pm 0,78$ años. El

TABLA 5.
Acceso a la información sobre Enfermedad cardiovascular (N=647)

	TOTAL	EDAD					P	NIVEL SOCIOECONÓMICO					P	NIVEL EDUCATIVO			
		20-29	30-44	45-54	55-70	ABC1		C2	C3	D1	D2E	Bajo		Medio	Alto	P	
Internet	39%	44%	38%	39%	38%	0,006	46%	34%	40%	40%	39%	0,624	36%	37%	42%	0,005	
Redes sociales	38%	43%	37%	34%	38%	0,004	41%	32%	36%	42%	38%	0,301	37%	38%	38%	0,153	
TV	33%	45%	30%	31%	30%	0,054	46%	29%	32%	32%	35%	0,534	37%	37%	28%	0,908	
En consultorio médico	30%	31%	25%	33%	33%	0,000	33%	33%	32%	31%	21%	0,143	20%	30%	35%	0,000	
Folletos de divulgación	12%	21%	8%	13%	9%	0,065	3%	8%	8%	19%	7%	0,000	3%	11%	16%	0,000	
Prensa escrita	10%	14%	7%	7%	12%	0,013	16%	11%	8%	10%	8%	0,395	10%	8%	11%	0,243	
Radio	6%	7%	3%	7%	8%	0,007	2%	7%	5%	7%	4%	0,467	6%	10%	4%	0,146	
Libros	6%	5%	3%	6%	7%	0,028	2%	5%	7%	6%	3%	0,493	2%	2%	10%	0,000	

NSE: Nivel socioeconómico: ABC1 (Muy alto), C2 (Alto), C3 (Medio alto), D1 (Medio bajo) y D2E (Bajo y muy bajo)

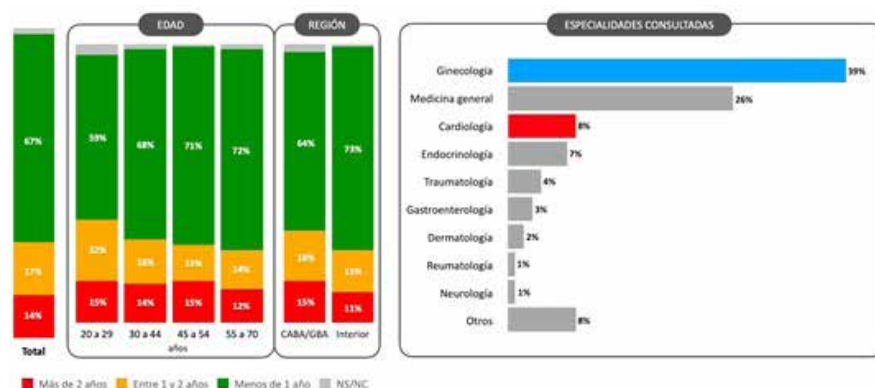


FIGURA 3
Tiempo transcurrido desde la última visita médica y especialidades consultadas, en el grupo total y según edad y región.
CABA/GBA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires / Gran Buenos Aires.

2,7% refirieron menarca temprana (<11 años). Del total de la muestra, el 33,7% eran menopáusicas, a la edad promedio de 46,9±6,38 años. De estas, el 6% refirieron haber dejado de menstruar antes de los 40 años y el 20,2% antes de los 45 años. La proporción de menopáusicas fue mayor en mujeres con menarquia temprana (41,3 vs 32,9%; p=0,022), lo cual ocurrió antes de los 45 años en similar proporción (25,4 vs 28,4%, p=NS).

A la pregunta si las mujeres son más propensas a sufrir ECV después de la menopausia, el 67% respondió que era verdadero, sin diferencias en cuanto a la edad, la región o NE, pero si en relación con el NSE (75% vs 58% entre el NSE más alto y más bajo, respectivamente).

Un tema importante y pocas veces consultado como parte de los FRCV en la mujer son las complicaciones del embarazo. El 81% de las encuestadas afirmaron haber estado embarazadas con un promedio de 2,8 embarazos. El 59% de ellas aumentó más del 20% del peso que tenía al inicio del embarazo, sin diferencia por NSE, pero con mayor prevalencia entre aquellas con menor NE, 72 vs. 51% (p<0.0001). El 24% tuvo hipertensión arterial sin tener antecedentes previos, y de igual modo, las mujeres con NE más bajo tuvieron mayor prevalencia, 29 vs 21% (p=0.01). Al 9% le diagnosticaron diabetes gestacional, sin diferencias ni por NSE ni NE. El 18% tuvo un

parto pre término antes de las 37 semanas y el 9% antes de la semana 34, sin diferencia significativa por NSE o NE.

El 38% refirió haber tenido un aborto, y el 71% de ellas conocía la causa que lo había producido, sin diferencias según NSE o NE (Figura 4) (Tabla 6).

- Relación entre características sociodemográficas con el reconocimiento de la ECV como primera causa de muerte

Las mujeres ≥ 55 años identificaron a la ECV como principal causa de muerte con mayor frecuencia que las menores de 55 años: 22,3 vs 12,1% (OR=2,07; IC95%=1,57-2,74; p<0,001). El mayor NSE (medio bajo, medio alto, alto y muy alto) mostró una tendencia a asociarse con mayor identificación de la ECV como principal causa de muerte que el menor NSE (bajo y muy bajo): 37,4 vs 31,6% (OR=1,29; IC95%=0,98-1,71; p<0,068). Las mujeres con mayor NE (secundaria completa a más) identificaron a la ECV como principal causa de muerte más frecuentemente que las de menor nivel: 15,7 vs 9,4% (OR=1,78; IC95%=1,25-2,53; p<0,001).

La respuesta afirmativa a la pregunta de haber recibido información sobre enfermedades cardíacas en las mujeres durante los últimos 12 meses se asoció con mayor probabilidad de identificar a la ECV como principal causa de muerte: 21,1 vs 9,1% (OR=2,66; IC95%=2,05-3,46; p<0,001). Sin embargo, entre

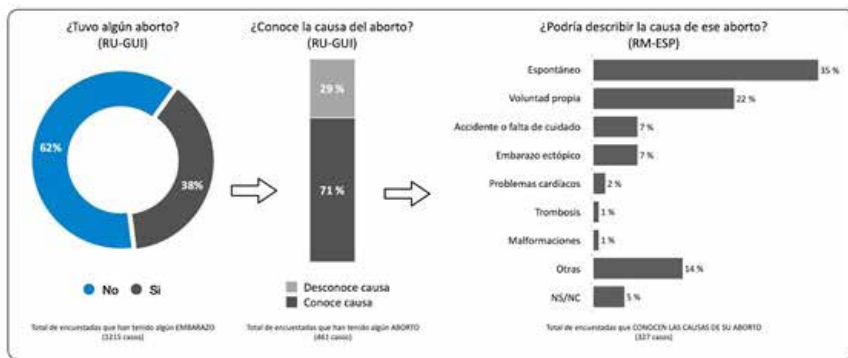


FIGURA 4
 Distribución de las respuestas de las participantes sobre porcentaje de abortos y causas.
RU-GUI: Respuesta única - guiada; **RM-ESP:** Respuesta múltiple - espontánea
 La pregunta de Respuesta múltiple – espontánea significa que la entrevistada decía libre y espontáneamente, cual considerada que era la causa del aborto.
NS/NC: no sabe – no contesta

TABLA 6.
 Causas de aborto (N=327)

	TOTAL	NIVEL SOCIOECONÓMICO					P	NIVEL EDUCATIVO			
		ABC1	C2	C3	D1	D2E		Bajo	Medio	Alto	P
Esponáneo	35%	44%	22%	34%	42%	38%	0,13	48%	31%	30%	0,013
Voluntad propia	22%	20%	28%	18%	29%	15%	0,092	16%	26%	24%	0,106
Accidente / falta de cuidados	7%	0%	11%	9%	3%	10%	0,229	7%	9%	7%	0,884
Embarazo ectópico	7%	3%	9%	8%	2%	12%	0,111	9%	5%	7%	0,585
Embrión fuera del útero	3%	5%	4%	2%	1%	0%	0,390	3%	1%	1%	0,531
Problemas en el útero	2%	2%	2%	2%	3%	7%	0,384	3%	4%	2%	0,204
Problemas cardíacos	2%	0%	0%	2%	2%	5%	0,386	2%	0%	3%	0,418
Trombosis	1%	0%	4%	1%	0%	0%	0,225	1%	1%	0%	0,501
Mal formación	1%	0%	3%	2%	0%	0%	0,513	0%	3%	0%	0,046
Otras	14%	20%	15%	13%	16%	8%	0,518	6%	12%	20%	0,009
NS/NC	5%	0%	3%	10%	1%	6%	0,086	4%	6%	5%	0,599

NSE: Nivel socioeconómico: ABC1 (Muy alto), C2 (Alto), C3 (Medio alto), D1 (Medio bajo) y D2E (Bajo y muy bajo)

las mujeres que refirieron haber obtenido información, el porcentaje que identificó la ECV como principal causa de muerte fue bajo, sin diferencias entre las que recibieron de internet y redes, médicos u otra fuente (21%; 26,5% y 18%; p=NS).

DISCUSIÓN

El presente análisis demostró que el conocimiento actual por parte de la mujer argentina que la ECV es su principal causa de enfermedad y muerte es altamente deficiente. Esto no ha variado pese a todos los esfuerzos de las dos sociedades de cardiología argentinas, que desde hace más de 15 años trabajan sobre esta problemática.

Esta realidad plantea un gran desafío, no solo para las entidades científicas, sino también para las autoridades sanitarias de nuestro país, y demanda el reconocimiento que solo aunando esfuerzos y estableciéndolo como prioridad se logrará aumentar la concientización en la población femenina.

En la Argentina, según las estadísticas publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación, correspondientes al año 2019, la ECV es la primera causa de muerte en ambos sexos, correspondiendo al 31,3% (48.530 muertes) en mujeres y al 29,7% (48.402 muertes) en varones. La segunda causa en ambos sexos es el cáncer, representando el 20,4% (33.175 muertes) para los hombres y el 19,5% (30.252 muer-

tes) en mujeres, en quienes el que más muertes causa es el de mama (3,8%; 5.900 muertes). Es decir que cada 8 mujeres que mueren por ECV, una lo hará por cáncer de mama, y esta relación se mantiene desde hace varios años^{3,11}.

Por otro lado, se sabe que entre 2000 y 2010 se redujo la mortalidad cardiovascular (CV) en Argentina un 22% (376 a 293 por 100.000 habitantes), gracias a la implementación de intervenciones basadas en la evidencia como modificaciones del estilo de vida, avances en técnicas diagnósticas, medicamentos e intervencionismo CV¹². Sin embargo, durante la era COVID 19 en el año 2020 y 2021, muchos de estos avances se amortiguaron o inclusive disminuyeron. Así lo evidencia un reciente trabajo multicéntrico argentino, donde se pudo observar que las consultas debido a emergencias cardiovasculares disminuyeron 75% y las hospitalizaciones 48%; los ingresos por dolor de origen coronario 62% y por ACV 46%. Lo mismo ocurrió con los procedimientos invasivos para el tratamiento de la enfermedad coronaria^{13,14}.

Además, como consecuencia del menor control de los FRCV, desde abril a octubre del 2020 se podrían haber producido hasta 10.500 nuevos casos de ECV que pudieron haber sido evitados¹⁵. Por lo tanto esa reducción en la mortalidad CV lograda en una década puede que ya no sea tal, y que la cifra que refleja la mortalidad por ECV en mujeres sea aún mayor.

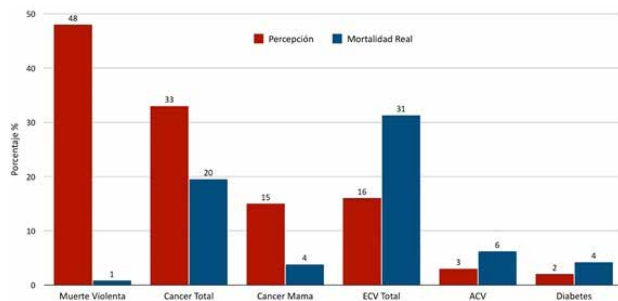


FIGURA 5

Principales causas de muerte percibidas frente a datos de mortalidad real según estadísticas nacionales de Argentina (2019). Cáncer total incluyen todas las neoplasias, excepto el de mama.

ECV: enfermedad cardiovascular; ACV: accidente cerebrovascular.

Sin duda al analizar estos datos se esperaría que las mujeres argentinas tuvieran un mayor conocimiento de cuál es su verdadera amenaza y de lo que la ECV representa para ellas, pero los resultados de la presente encuesta no revelan esto, poniendo de manifiesto una gran discordancia (Figura 5). Casi la mitad de las encuestadas señaló al cáncer como el problema de salud de mayor importancia y solo una minoría, una en diez consideró a la ECV como tal. Sorprendentemente, el 48% priorizó a la muerte violenta / homicidio, seguida por el cáncer (33%), relegando al tercer lugar la ECV. El nivel de conocimiento de esta realidad fue en ambos casos directamente proporcional a la edad y al NSE, es decir que a mayor edad y NSE mayor conocimiento, sin influencia del lugar de residencia.

En el año 2013 Mosca y colaboradores publican los resultados de 15 años de trabajar en la concientización y educación de las mujeres, evidenciando mejoras notables, logrando que un 54% de las mujeres norteamericanas identificaran a la ECV como su principal enemigo. Pero esta realidad no fue igual para todas, observándose importantes diferencias étnicas y raciales, ya que las mujeres negras e hispanas, si bien, habían mejorado la percepción y el conocimiento en esos 15 años, pasando de un 15% y 20% en 1997 a un 36% y 34% en 2012, respectivamente, estaban muy por debajo de lo logrado con las mujeres blancas, que pasaron de un 33% en 1997 a un 65% en 2012⁹.

Comparativamente, el nivel de conciencia sobre la ECV de nuestra población es levemente superior al observado en las mujeres afroamericanas (15%) y algo menor al de las hispanicas (20%), que representaban el más bajo nivel de conocimiento entre las diferentes etnias de las mujeres estadounidenses⁵.

En Enero de 2019 la AHA repite la encuesta con características muy similares y compararon sus resultados con la encuesta del 2009. Las mujeres en 2019 tuvieron un 64% menos de probabilidades de identificar a la ECV como su principal causa de muerte, después de tener en cuenta las diferencias a lo largo del tiempo en edad, raza/etnia, nivel educativo e ingresos familiares (OR=0,36 [IC95%=0,29-0,45]). Por otro lado tuvieron más probabilidades de identificar incorrectamente al cáncer de mama como su principal causa de muerte (OR=2,59 [IC95%=1,86-3,67] y esta asociación fue mayor en

las jóvenes. Concluyen enfatizando la necesidad de redoblar urgentemente los esfuerzos de las organizaciones interesadas en la salud de la mujer para revertir estas tendencias¹⁶.

Las encuestas realizadas en países latinoamericanos muestran resultados similares a los obtenidos en el actual estudio. La ECV fue reconocida como la principal causa de muerte solo por 20% en una encuesta telefónica argentina a 600 mujeres del área metropolitana y como urbano bonaerense en el 2006, por 12% de 300 mujeres uruguayas en el año 2013, y por 14,4% de 733 mujeres de Santiago, Chile encuestadas de manera domiciliaria^{6,7,8}. A pesar del uso de instrumentos diferentes, se puede inferir, particularmente en Argentina, que en 14 años, no solo no ha aumentado el grado de concientización, sino que ha disminuido y ha aparecido en escena la muerte violenta / homicidio, como la principal causa de muerte percibida, transformándose en algo inédito. Esto sin dudas está relacionado al impacto mediático que tienen estos acontecimientos, a los que la mujer es especialmente vulnerable. Según el informe proveniente del Sistema Nacional de Información Criminal (SNIC), procesado y consolidado por el equipo de la Dirección Nacional de Estadística Criminal (DNEC), el concepto de "muerte violenta" engloba a todas las categorías de víctimas letales femeninas, que son reportadas al SNIC e incluyen homicidios culposos, homicidios dolosos (femicidios), muertes viales y suicidios. El último informe disponible del año 2019, registra un total de 2124 muertes en mujeres¹⁷. Sin embargo, este número está muy por debajo del total de muertes por ECV, por cáncer en general e incluso por cáncer de mama.

Pese a la falta de conciencia sobre las ECV como principal problema de salud, resulta alentador el alto nivel de conocimiento que tienen las mujeres sobre los principales FRCV y sobre las conductas que la previenen. Estas discordancias, sin duda plantean el gran desafío de lograr la correcta correlación entre causa y efecto, y que esto se traduzca en un mayor conocimiento de la ECV como principal causa de enfermedad y muerte. Se deberá trabajar sobre los estigmas y estereotipos psicológicos y sociales para lograr un cambio en la percepción de las mujeres argentinas.

Sin dudas la relación entre las características demográficas y el reconocimiento de la ECV como primera causa de muerte, pueden ayudar a hacer foco en las mejores estrategias para lograr ese cambio. Las mujeres menores de 55 años tuvieron dos veces menos probabilidades de reconocimiento que las mayores (OR=2,07), al igual que las mujeres con menor NE (OR=1,78). Por otro lado aquellas mujeres (45%) que habían recibido información sobre ECV en el último año, tuvieron casi 3 veces más probabilidades de reconocer a las ECV como su principal causa de muerte. Pese a esto, el porcentaje que la reconoció como tal continúa siendo muy bajo.

Con respecto a las fuentes de información, si bien las redes sociales e internet fueron más señaladas sobre la TV, el consejo médico u otras, no hubo diferencias en el porcentaje que identificó a la ECV como principal causa de muerte. Estos datos sugieren que la incorporación de comunicadores sociales puede ayudar a llegar con infor-

mación más precisa sobre la amenaza real de la ECV en mujeres, especialmente más jóvenes.

Uno de los puntos singulares de esta encuesta fue incluir en la misma datos propios de la mujer relacionados a lo hormonal y embarazos. Estudios epidemiológicos evidencian que la menarca se ha ido adelantando progresivamente desde mediados del siglo XIX, hecho conocido como tendencia secular de la menarca^{18,19}. La Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil, en un estudio realizado en el año 2011, registró la edad media de la menarca en 12,2 años, coincidente con los datos presentes (12,4 años)²⁰. La particular atención está dirigida a la menarca precoz, ya que se asocia con mayor prevalencia de factores de riesgo cardiometabólicos, como obesidad, diabetes, hipertensión arterial y ECV^{21,22}. En este estudio casi el 3% tuvo menarca temprana. Otro dato importante asociado es una vida reproductiva más corta, con una proporción de menopausias significativamente mayor, aunque la proporción de menopausia temprana fue similar a aquellas mujeres sin menarca temprana.

Según el Grupo Colaborativo para la investigación del Climaterio en América Latina (REDLINC), la edad media de presentación de la menopausia en la región es alrededor de 49 años²³. En el presente análisis, la edad promedio fue de 46,9 años, con una de cada 5 mujeres con menopausia antes de los 45 años. Es importante destacar que tanto la menarca precoz como la menopausia temprana aumentan el riesgo cardiovascular^{24,25}. Resulta alentador el hecho que 67% de las mujeres encuestadas reconocen que con la menopausia aumenta el riesgo CV, lo que podría facilitar el acceso a la consulta médica y esto se traduzca en medidas preventivas.

Hoy se sabe que las complicaciones en el embarazo, aumentan el riesgo CV futuro^{26,27,28}. El embarazo es el único escenario fisiológico en donde la mujer aumenta alrededor del 20% del peso inicial. La ganancia excesiva de peso se asocia a trastornos hipertensivos del embarazo, aumento del crecimiento intrauterino, macrosomía fetal y DBT gestacional²⁹. Casi un 60% de las mujeres que se embarazaron aumentaron más del 20% del peso basal, en línea con lo reportado en un meta-análisis de más de un millón de mujeres embarazadas³⁰. El 24% de las embarazadas refiere haber tenido hipertensión arterial durante el embarazo, aún sin antecedentes. La prevalencia de hipertensión arterial complica el 5 al 10% de los embarazos incluso en Argentina, aunque en algunos países en vías de desarrollo puede alcanzar una incidencia cercana al 18%^{31,32}. El incremento inadecuado de peso y la hipertensión gestacional no mostraron relación con el NSE, pero sí con el NE.

El 9% de las mujeres manifestó haber tenido DBT gestacional. Se estima que la prevalencia de DBT gestacional ha incrementado en los últimos años en forma paralela al aumento de OB y de la edad materna³³. Al existir distintos criterios diagnósticos utilizados por las sociedades científicas, es difícil hablar de prevalencia global o regional. En Argentina, la Sociedad Argentina de Diabetes, adoptando la recomendación de la Asociación Latinoamericana de Diabetes, estima que su prevalencia varía entre el 7 al 10%³⁴.

El parto pretérmino (PPT) es otra complicación del embarazo que aumenta el riesgo CV futuro en la madre y es la principal causa de morbi mortalidad neonatal a corto y largo plazo³⁵. Afecta por lo menos un 11% de todos los embarazos, con grandes diferencias globales en su incidencia, con las menores tasas en Europa (<5%), y las mayores en los países de África Subsahariana y sur de Asia (18 a 20%). América latina se encuentra en un punto intermedio con diferencias incluso al interior de la región³⁶. En Argentina, se estima una incidencia del 8% de los nacimientos según informe del Ministerio de Salud de la Nación³. En este relevamiento se encontró que el 18% de las mujeres dijeron haber tenido un PPT antes de las 37 semanas.

Es muy difícil conocer la prevalencia de abortos real, en un país en donde hace poco más de un año se legalizó el aborto voluntario y legal. En esta encuesta, el 38% de las mujeres dijo haber tenido un aborto, de las cuales el 71% conocía la causa que lo había producido, refiriendo ser espontáneo el 32% y voluntario 22%.

LIMITACIONES Y FORTALEZAS

Este estudio posee las limitaciones propias de este tipo de investigación. La encuesta se realizó a través de una plataforma web, lo que puede ocasionar un sesgo de selección en base a la accesibilidad a la misma, y el cuestionario utilizado se basó en encuestas de concientización previamente utilizadas, especialmente la de AHA, que fue ideada para ser realizada en otro país con realidades culturales, étnicas, económicas y de accesibilidad diferentes a la Argentina.

La principal fortaleza de este estudio es que es el primero de concientización sobre ECV en mujeres argentinas con un tamaño muestral grande. La inclusión de mujeres de CABA y 5 provincias, sin representación de otras 18 provincias, zonas rurales y minorías puede considerarse una limitación en la extrapolación de datos. Esta muestra puede considerarse representativa de zonas urbanas de las mayores capitales del país. Sin embargo, considerando las diferencias socioeconómicas y culturales entre las diferentes regiones de Argentina, es probable que los resultados del presente estudio muestren una visión más optimista de la realidad nacional. Además incluyó en el cuestionario datos sobre FRCV únicos en la mujer, de los cuales hay muy pocos datos publicados en Argentina.

CONCLUSIONES

En conclusión, la concientización por parte de la mujer argentina de que la ECV es su principal causa de enfermedad y muerte continúa siendo altamente deficitario, existiendo una gran discordancia entre la percepción y la realidad.

Si bien el grado de conocimiento sobre los principales FRCV, síntomas de la enfermedad y medidas preventivas es alto, pareciera que esta información no está relacionada con la creencia de que puedan enfermarse y morir por esta causa. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de continuar e intensificar las campañas de concientización sobre el impacto que tienen las ECV sobre la salud femenina condu-

cidas por las sociedades científicas, expandiéndolas a entidades intermedias y gubernamentales que permitan un mayor alcance. Tener conocimiento sobre el medio a través del cual llega la información según la edad, el NSE y el NE puede ayudar a ser más efectivos con el mensaje, para así lograr reducir la morbimortalidad por ECV en mujeres argentinas.

Reconocimientos: *Los autores agradecen a las Mesas Directivas (2020 y 2021) de la Federación Argentina de Cardiología por el apoyo incondicional que prestaron para la realización de este trabajo, como así también a todos los miembros del Comité de Enfermedades cardiovasculares en la Mujer “Dr. Cesar Serra”.*

También agradecen a Laboratorios Bayer por hacer posible la realización de la encuesta.

BIBLIOGRAFIA

- Mendis S, Puska P, Norrving B, Organization WH, Federation WH, Organization WS. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control [Internet]. World Health Organization; 2011. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44701> Acceso 29 de Mayo de 2022.
- Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, et al. The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. *Lancet* 2021; 397: 2385 – 2438.
- Estadísticas vitales Argentinas 2019, serie 5 número 63. Ministerio de Salud de la República Argentina. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5numero63.pdf> Acceso 29 de Mayo de 2022.
- Townsend N, Wilson L, Bhatnagar P, et al. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016. *Eur Heart J* 2016; 37: 3232 – 3245.
- Mosca L, Jones WK, King KB, et al. 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: 506 – 515.
- Rolandi F, Grinfeld L, Liprandi MIS, et al. Encuesta de reconocimiento de la enfermedad cardiovascular en la mujer por la mujer. *Rev Arg Cardiol* 2013; 81: 7.
- Artucio C, Giambruno M, Duro I, et al. Enfermedad cardiovascular en la mujer. Cómo la perciben, qué conductas y qué conductas de prevención adoptan las mujeres. *Rev Urug Cardiol* 2017; 32: 13 – 22.
- Varleta P, Acevedo M, Casas-Cordero C, et al. Low cardiovascular disease awareness in Chilean women: insights from the ESCI project. *Global Heart* 2020; 15: 55.
- Mosca L, Hammond G, Mochari-Greenberger H, et al, on behalf of the American Heart Association Cardiovascular Disease and Stroke in Women and Special Populations Committee of the Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular Nursing, Council on High Blood Pressure. Fifteen-Year Trends in Awareness of Heart Disease in Women: Results of a 2012 American Heart Association National Survey. *Circulation* 2013; 127: 1254 – 1263.
- Azcárate P, Zambelli R. El NSE en la Argentina 2015 Estratificación y Variables. Estratificación social SAIMO 2015. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/281425307/EI-NSE-en-La-Argentina-2015-Estratificacion-y-Variable> Acceso 29 de Mayo de 2022.
- Volberg VI, Rubilar BA, Aquieri A, et al. Consenso de Enfermedad Cardiovascular en la Mujer. Sociedad Argentina de Cardiología. *Rev Argent Cardiol* 2021; 89 (Suplemento 5): 1 - 191.
- Roth GA, Huffman MD, Moran AE, et al. Global and regional patterns in cardiovascular mortality from 1990 to 2013. *Circulation* 2015; 132: 1667 – 1678.
- Bozovich GE, Alves De Lima A, Fosco M, et al. Daño colateral de la pandemia por COVID-19 en centros privados de salud de Argentina. *Medicina (B Aires)*. 2020; 80 (Suppl 3): 37 - 41.
- Candiello A, Lasave L, Zoni R, et al. Reporte Mayo SSL-Covid 19 [Internet] Stent - Save a Life! - Argentina. Disponible en: <http://stentsavealife.com.ar> Acceso 29 de Mayo de 2022.
- Lamelas P, Botto F, Pedernera G, et al. Enfermedad cardiovascular en tiempos de COVID-19 – Medicina (Buenos Aires) 2020; 80: 248 – 252
- Cushman M, Shay CM, Howard VJ, 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: e239 – e248.
- Informe nacional violencias extremas en mujeres 2017-2019. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_nacional_violencias_extremas.pdf Acceso 29 de Mayo de 2022.
- Karapanou O, Papadimitriou A. Determinants of menarche. *Reproductive Biology and Endocrinology* 2010; 8: 115.
- McDowell MA, Brody DJ, Hughes JP. Has age at menarche changed? Results from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2004. *J Adolesc Health* 2007; 40: 227 – 231.
- Salvo, ME; Daldevich, D; Vázquez, S; et al. Investigación exploratoria sobre salud sexual y reproductiva y prevalencia de violencia familiar y de pareja en la adolescencia. *Rev Soc Arg Ginecol* 2011; 18: 80 - 91.
- Mishra SR, Chung H-F, Waller M, et al. Association Between Reproductive Life Span and Incident Nonfatal Cardiovascular Disease: A Pooled Analysis of Individual Patient Data From 12 Studies. *JAMA Cardiol* 2020; 5: 1410 – 1418.
- Bubach S, De Mola CL, Hardy R, et al. Early menarche and blood pressure in adulthood: systematic review and meta-analysis. *J Public Health (Oxf)* 2018; 40: 476 – 484.
- Tserotas K, Blümel JE. Menopause research in Latin America. *Climacteric* 2019; 22: 17 – 21.
- Honigberg MC, Zekavat SM, Aragam K, et al. Association of Premature Natural and Surgical Menopause with Incident Cardiovascular Disease. *JAMA* 2019; 322: 2411 – 2421.
- Quinn MM, Cedars MI. Cardiovascular health and ovarian aging. *Fertil Steril* 2018; 110: 790 – 793.
- Maas AHM, Rosano G, Cifkova R, 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 – 984.
- Parikh NI, Gonzalez JM, Anderson CAM, 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.
- Castro Conde A, Goya M, Delgado Marín JL, et al. Recomendaciones de seguimiento a partir del «cuarto trimestre» de mujeres con complicaciones vasculares y metabólicas durante el embarazo. Documento de consenso de la SEC, SEMERGEN, semFYC y SEGO. *Rev Esp Cardiol* 2020; 55: 38 – 46.
- Li N, Liu E, Guo J, et al. Maternal prepregnancy body mass index and gestational weight gain on pregnancy outcomes. *PLoS One* 2013; 8: e82310.
- Goldstein RF, Abell SK, Ranasinha S, et al. Gestational weight gain across continents and ethnicity: systematic review and meta-analysis of maternal and infant outcomes in more than one million women. *BMC Med* 2018; 16: 153.
- Osungbade KO, Ige OK. Public Health Perspectives of Preeclampsia in Developing Countries: Implication for Health System Strengthening. *J Pregnancy* 2011; 2011: 481095.
- Rivero MI, Perna ER, Acosta JN, et al. Estados hipertensivos en el embarazo: prevalencia, perfil clínico y evolución materna. *RAM Revista Argentina de Medicina* 2016; 4. Disponible en <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/54/40> Acceso 29 de Mayo de 2022.
- Dabelea D, Snell-Bergeon JK, Hartsfield CL, et al. Increasing Prevalence of Gestational Diabetes Mellitus (GDM) Over Time and by Birth Cohort: Kaiser Permanente of Colorado GDM Screening Program. *Diabetes Care* 2005; 28: 579 – 584.
- Pagotto V, Martínez MLP, Hernán Giunta D, et al. Evaluación de la tendencia de diabetes gestacional en un período de 11 años en Buenos Aires, Argentina. *Rev méd Chile* 2020; 148: 1068 – 1074.
- Voto L, Valenti E, Asprea I, et al. Consenso Parto Pretermino FASGO 2014. *Revista FASGO* 2014; 13. Disponible en http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Parto_Pretermino.pdf Acceso 29 de Mayo de 2022.
- Vogel JP, Chawanpaiboon S, Moller A-B, et al. The global epidemiology of preterm birth. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2018; 52: 3 – 12.