

## ¿Falta de concientización de las mujeres sobre la enfermedad cardiovascular o información inadecuada e insuficiente?

### *Women's Lack of Awareness or Inadequate and Scarce Information on Cardiovascular Disease?*

PALMIRA PRAMPARO<sup>MVSAC, 1, 2</sup>

Desde fines de los años noventa la información médica resaltó el creciente avance de las enfermedades no transmisibles, especialmente la enfermedad cardiovascular, en las mujeres en el mundo desarrollado y aun en los países en vías de desarrollo. La síntesis de toda la información la publicó la Organización Mundial de la Salud (OMS). (1, 2)

Conjuntamente, las principales sociedades científicas han publicado guías para la prevención cardiovascular en mujeres y elaborado programas de hábitos saludables y de concientización médico-paciente sobre el tema. (3-5)

Según las evaluaciones de la American Heart Association (AHA) y en nuestro medio con la publicación de Florencia Rolandi y colaboradores (6) en este número de la *Revista*, los resultados de la utilización de estas guías y de los programas de información no parecen tener correlación con la actitud médica, ni con la concientización de las mujeres, ni con el impacto poblacional adecuado. (7)

Las autoras refieren que el conocimiento de las entrevistadas sobre los factores de riesgo era aceptable y así parece en la descripción que efectúan sobre el conocimiento de la acción nociva de cada factor de riesgo, pero en la evaluación de la presencia en ellas de los factores de riesgo, comparando con estadísticas de los mismos años en similar corte etario, parecieran estar subvaluadas las prevalencias. (8, 9)

Esto se podría ligar a la poca intervención médica que se refiere en "fuentes de información". Si en las consultas médicas el 80% de las mujeres respondieron que no preguntaron y por ende tampoco el médico evaluó factores de riesgo, claramente las mujeres pueden, con toda razón, considerarse en un 53% "sanas" y en el 56% conocer poco sobre las enfermedades cardiovasculares y, obviamente, el 69% contestó que los médicos no les informaron sobre este tema. Estos altos porcentajes hablan, aun para el año 2006, de la falta de coordinación entre la actitud médica y la información errónea que llegaba a las encuestadas a través de los medios de comunicación. Por esos días se escuchaban, y aun hoy se pueden escuchar, conceptos erróneos sobre prevención

cardiovascular y tratamientos mágicos en general para mantener la lozanía y la juventud. En otras poblaciones también se evaluó la acción de la difusión de conceptos no científicos a través de los medios y, por ejemplo, se vio que aun con amplias campañas sobre los factores de riesgo, otros métodos de medicina alternativa iban creciendo en adhesión a través de los años. (10)

Las campañas de concientización son siempre largas y generalmente no reportan los resultados esperados. En los Estados Unidos están evaluando ya 15 años de campañas, pero si nos referimos a los resultados de los 12 años de trabajos en el tema vemos que aún el 45% de las mujeres se informaban por la televisión, pero que el 48% lo había discutido con sus médicos y eso fue una mejora significativa. Consecuentemente, la relación edad-información también había mejorado en las jóvenes. (11)

La creencia entre las mujeres de que el cáncer es la principal causa de muerte es universal y lo que la población en general siente es temor a enfermar de una patología que se diagnostica súbitamente a diferencia de lo que ellas mismas refirieron acá, que los factores de riesgo provocan daño a largo plazo. Los números de las estadísticas de salud son difíciles de introducir en la población, incluso los números que muestran los progresos obtenidos con la detección temprana y los tratamientos para el cáncer y que ciertos factores como el tabaco o la diabetes pueden ocasionar daño en no mucho tiempo. Este punto será muy difícil de cambiar, pero sí es posible mejorar lo referente a la enfermedad cardiovascular enfatizando no solo los números de la mortalidad, sino también los de la discapacidad y los de otros daños arteriales, por ejemplo los ocasionados por la adicción al tabaco, estos magnificados en las mujeres. Esta última información demostró no estar presente en las encuestadas, que si bien refirieron conocer que el tabaco es dañino para la salud no lo relacionaron con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, patología que según la OMS está creciendo en la población femenina, claramente alimentada por el aumento de las fumadoras en la población. (1, 2)

REV ARGENT CARDIOL 2013;81:301-303. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v81.i4.2785>

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO: Rev Argent Cardiol 2013;81:329-335. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v81.i4.1076>

<sup>MVSAC</sup> Miembro Vitalicio de la Sociedad Argentina de Cardiología

<sup>1</sup> Consejo de Epidemiología y Prevención SAC

<sup>2</sup> Fellow of the American Heart Association

Esta barrera entre la información brindada y el alcance en la mujer no solo es una cuestión local. Desde hace años se publican guías y puntajes de riesgo separados hombres-mujeres para casi todas las patologías cardiovasculares y en todo el mundo se cuestiona la utilidad práctica de su empleo. (12) Tal vez donde más se evidencia el poco uso es en la evaluación médica de las mujeres jóvenes, a pesar de que la AHA ya desde el año 2007 pide que se estratifique el riesgo cardiovascular en toda consulta médica también en las mujeres a partir de los 20 años. (4)

Sobre "percepción", el estudio de Rolandi y colaboradores (6) muestra una mejor percepción en los grupos de más edad, por influencia tal vez del importante papel que se le atribuyó en la década pasada a la menopausia y a la consecuente caída estrogénica en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular, tema que en la actualidad tiene poco o relativo valor frente al desarrollo de los factores de riesgo en la población a temprana edad y bastante antes del comienzo del climaterio, como también al desarrollo de los factores de riesgo en relación con la etnia y con el entorno socioeconómico. (7) El concepto menopausia-aumento del riesgo cardiovascular tuvo una acción positiva y una negativa. La positiva fue que incorporó otras especialidades médicas a la detección de factores de riesgo, o al menos despertó la inquietud de la pregunta. Lo negativo fue que toda la prevención se centró en el aspecto hormonal, creando una expectativa no real de prevención y un concepto de prolongación de juventud. Para los ginecólogos, que generalmente también siguen las guías de sus sociedades científicas, recién en el año 2009 se instaló taxativamente el concepto de tener en cuenta y detectar factores de riesgo en las mujeres que consultaban por variadas patologías y aun durante el embarazo, y que algunos signos y síntomas serían pródromos de aumento de riesgo cardiovascular en un futuro no muy lejano. (13, 14)

El valor de la encuesta de Rolandi y colaboradores, (6) aun con una mirada de años atrás, es que permitió ver en una población local de mujeres la realidad sobre "conocimiento y percepción", temas muy conflictivos y ligados no solo a las personas, sino también al medio donde viven. Otra muestra más representativa, más numerosa y que abarque diferentes regiones de la Argentina podría estratificar a todos los niveles socioeconómicos y educacionales y mostraría tal vez una realidad más compleja. (15)

De las aquí encuestadas, el 70% habían cursado estudios secundarios, vale decir que, de haber recibido una información médica correcta, el conocimiento y la percepción del problema tendría que haber arrojado resultados coherentes. Es difícil interpretar que tienen un buen conocimiento de los factores de riesgo y no pueden asociarlo con el daño cardiovascular. No parece ser solo un problema de sensibilidad frente a la enfermedad, sino más bien a información anárquica o mal administrada. Las encuestas de este tipo de la AHA, que abarcan un amplio espectro de la población

estadounidense, son analizadas por grupo étnico y nivel socioeconómico, cosa importantísima para impartir reglas claras de prevención dado que mucho de los hábitos a cambiar puede interferir con hábitos culturales. (7, 16)

La influencia del género en la vulnerabilidad coronaria fue bien analizada en una publicación de nuestro medio y posiblemente los conceptos que se vuelcan en la obra tardan en llegar a los efectores de salud y mucho más a la población. (17)

Recientemente, a través de una encuesta en la ciudad de Buenos Aires, se evaluaron estas variables y si bien se detectaron mejoras en 10 años en lo referente al interés de las mujeres en la salud cardiovascular, aún hay diferencias en el pedido de asistencia médica y en el abordaje terapéutico por género según el entorno social. (18)

Con referencia al acceso a un centro de salud ante algún síntoma, la multiplicidad de coberturas de salud de nuestro medio hace difícil la comparación con otros países como los Estados Unidos, donde la pregunta refiere a un número telefónico de acceso para la gran mayoría de la población. En la Argentina deberemos trabajar mucho no solo para que las pacientes concurren en tiempo y forma frente a cualquier síntoma de origen cardiovascular, sino también para que en todos los centros asistenciales, aun en los de baja complejidad, piensen que esa patología es también prevalente en las mujeres.

#### Declaración de conflicto de intereses

La autora declara que no posee conflicto de intereses.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Bonita R. Women, Ageing and Health. Achieving health across the life span - WHO/HPR/AHE/HPD/96.1 2nd Edition English only WORLD HEALTH ORGANIZATION-GENEVA 1998.
2. Women and the Rapid Rise of Noncommunicable Diseases WHO/NMH/02.01.English Only NMH Reader N° 1, January 2002.
3. Mosca L, Appel LJ, Benjamin EJ, Berra K, Chandra-Strobos N, Fabunmi RP, et al. Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women. *Circulation* 2004;109:672-93. <http://doi.org/bvtf2h>
4. Mosca L, Banka CL, Benjamin EJ, Berra K, Bushnell C, Dolor RJ, et al. Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women: 2007 Update. *Circulation* 2007;115:1481-501. <http://doi.org/b87knb>
5. Jones DW, Peterson ED, Bonow RO, Gibbons RJ, Franklin BA, Sacco RL, et al. Partnering to Reduce Risks and Improve Cardiovascular Outcomes- American Heart Association Initiatives in Action for Consumers and Patients. *Circulation* 2009;119:340-50. <http://doi.org/cc5b6p>
6. Rolandi F, Grinfeld L, Sosa Liprandi MI, Tambussi A, Kazelian L, La Bruna MC y cols. Encuesta de reconocimiento de la enfermedad cardiovascular en la mujer por la mujer. *Rev Argent Cardiol* 2013;81:329-335.
7. Hsia J, Rodabough RJ, Manson JE, Liu S, Freiberg MS, Graettinger W, et al. Evaluation of the American Heart Association Cardiovascular Disease Prevention Guideline for Women. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010;3:128-34. <http://doi.org/dkv23r>
8. Schargrodsky H, Hernández-Hernández R, Champagne BM, Silva H, Vinuesa R, Silva Ayçaguer LC, et al. CARMELA: Assessment of

Cardiovascular Risk in Seven Latin American Cities. *Am J Med* 2008;121:58-65. <http://doi.org/db4rmz>

9. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM, et al. Heart Disease and Stroke Statistics 2011 Update: a Report From the American Heart Association. *Circulation* 2011;123:e18-e209. <http://doi.org/dmkg2t>

10. Mosca L, Ferris A, Fabunmi R, Robertson RM. Tracking Women's Awareness of Heart Disease: an American Heart Association National Study. *Circulation* 2004;109:573-9. <http://doi.org/bvtf2h>

11. Mosca L, Mochari-Greenberger H, Dolor RJ, Newby LK, Robb KJ. Twelve-year follow-up of American women's awareness of cardiovascular disease risk and barriers to heart health. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010;3:120-7. <http://doi.org/dfzwpf>

12. Schwamm L, Fayad P, Acker JE, Duncan P. Translating evidence into practice: A decade of efforts by the American Heart Association/American Stroke Association to reduce death and disability due to stroke. A Presidential Advisory from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2010;41:1051-65. <http://doi.org/dd9nzg>

13. Writing Group on behalf of Workshop Consensus Group. Aging,

menopause, cardiovascular disease and HRT. International Menopause Society Consensus Statement. *Climacteric* 2009;12:368-77. <http://doi.org/ckg6q3>

14. Banerjee M, Cruickshank JK. Pregnancy as the prodrome to vascular dysfunction and cardiovascular risk. *Nat Clin Pract Cardiovasc Med* 2006;3:596-603. <http://doi.org/fh2sf6>

15. Banerjee A. Macroeconomics and cardiovascular risk factors. The same view through a different lens? *Circulation* 2013;127:1451-2. <http://doi.org/mtd>

16. Mosca L, Hammond G, Mochari-Greenberger H, Towfighi A, Albert MA. Fifteen-year trends in awareness of heart disease in women: results of a 2012 American Heart Association National Survey. *Circulation* 2013;127:1254-63. <http://doi.org/mtf>

17. Tajer D. Heridos Corazones: vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. 1ª ed. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2009. (Serie Tramas Sociales nro. 57.)

18. Salazar A. Entrevista a la Dra. Débora Tajer. ¿Hay que pensar en género cuando se trabaja en salud? En: <http://revistaargentina-decardiologia.wordpress.com/los-reportajes-de-adriana-salazar/>; consultado el 10/07/2013.