Medicina Clínica y Social
Med. clín. soc. 2026;10(1):e654 · e-ISSN 2521-2281 · https://doi.org/10.52379/mcs.v10.654

ORIGINAL

Check for updates

Enfermedad cardiovascular en la mujer en Paraguay: Percepción y conductas preventivas y de riesgo

Cardiovascular disease in women in Paraguay: Perception and preventive and risk behaviors

Dora Montiel-Jarolin [1] Margarita Samudio [2] Pamela Rolón [1] Magali Jarolin Montiel [2] Estela Torres [1]

[1] Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Hospital Nacional, Departamento de Medicina Interna, Itauguá, Paraguay [2] Universidad del Pacífico, Asunción, Paraguay

MEDICINA CLÍNICA Y SOCIAL
ISSN 2521-2281 · en línea

HISTORIAL

Recibido 08/06/2025
Aceptado 05/03/2026
Publicado 15/06/2026

CORRESPONDENCIA

Margarita Samudio
Universidad del Pacífico, Asunción, Paraguay
margarita.samudio@gmail.com

EDITOR RESPONSABLE

Iván Barrios, PhD
Universidad Nacional de Asunción, Santa Rosa del Aguaray, Paraguay

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

FINANCIAMIENTO

Los autores no recibieron apoyo financiero para la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

LICENCIA

CC BY 4.0

Publicado bajo licencia Creative Commons Attribution 4.0 International.

RESUMEN

Introducción: En Paraguay, más del 30 % de las muertes en mujeres se deben a enfermedades cardiovasculares (ECV), aunque existe escasa información sobre la percepción de este riesgo entre las mujeres. **Objetivo:** Describir la percepción y conductas preventivas o de riesgo frente a la ECV en mujeres paraguayas, según nivel educativo. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal con muestreo por conveniencia. Se invitó a participar del estudio a mujeres que eran contactos personales y familiares de pacientes de consulta externa en el Hospital Nacional entre enero y marzo de 2025. Se aplicó un cuestionario en línea que incluía datos demográficos, percepción sobre las causas de muerte en la población femenina y conductas preventivas o de riesgo de la ECV. **Resultados:** Participaron del estudio 438 mujeres entre 17 y 77 años; 123 con nivel educativo primario/secundario y 325 con educación terciaria. El 31,7 % identificó a la ECV como principal causa de muerte, siendo mayor en el grupo con educación terciaria (36,2 % vs. 26 %). El 15,4 % desconocía que una mujer puede morir por infarto. La hipertensión arterial fue el factor de riesgo cardiovascular más frecuente (31,5 %). El 27,1 % nunca se realizó un control cardiológico; el 12,3 % desconocía sus valores de presión arterial y el 35,6 % los de colesterol. Solo el conocimiento de los valores de colesterol mostró diferencia significativa entre niveles educativos. **Conclusión:** La percepción del riesgo cardiovascular en la mujer paraguaya es limitada y persisten conductas de riesgo prevenibles. Se requiere fortalecer estrategias educativas para mejorar la prevención de ECV en esta población.

PALABRAS CLAVE enfermedad cardiovascular · mujer · percepción · factores de riesgo · prevención

ABSTRACT

Introduction: In Paraguay, more than 30% of deaths in women are due to cardiovascular disease (CVD), although there is little information on women's perception of this risk. **Objective:** To describe the perception and preventive or risk behaviors for CVD in Paraguayan women, according to educational level. **Methodology:** This was an observational, descriptive, cross-sectional study with convenience sampling. Women who were personal and family contacts of outpatients at the National Hospital between January and March 2025 were invited to participate in the study. An online questionnaire was administered that included demographic data, perceptions of causes of death in the female population, and preventive or risk behaviors for CVD. **Results:** A total of 438 women between 17 and 77 years of age participated in the study; 123 with primary/secondary education and 325 with tertiary education. 31.7% identified CVD as the primary cause of death, with a higher incidence in the group with tertiary education (36.2% vs. 26%). 15.4% were unaware that a woman can die from a heart attack. High blood pressure was the most common cardiovascular risk factor (31.5%). 27.1% had never had a cardiology checkup; 12.3% were unaware of their blood pressure levels, and 35.6% were unaware of their cholesterol levels. Only knowledge of cholesterol levels showed significant differences between educational levels. **Conclusion:** Cardiovascular risk perception among Paraguayan women is limited, and preventable risk behaviors persist. Educational strategies need to be strengthened to improve CVD prevention in this population.

KEYWORDS cardiovascular disease · women · perception · risk factors · prevention

Cómo citar: Montiel-Jarolin D, Samudio M, Rolón P, Jarolin Montiel M, Torres E. Enfermedad cardiovascular en la mujer en Paraguay: Percepción y conductas preventivas y de riesgo. Med Clin Soc. 2026;10(1):e654. https://doi.org/10.52379/mcs.v10.654

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de mortalidad femenina a nivel mundial (1). Se ha reportado un aumento del infarto agudo de miocardio en mujeres jóvenes. La detección precoz y el tratamiento específico de los factores de riesgo cardiovascular son un rol clave para su prevención (2).

En Paraguay, las ECV representan más del 35 % de las causas de muerte en las mujeres (3). Los resultados de la segunda encuesta nacional sobre factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en Paraguay han mostrado una alta prevalencia de comportamientos no saludables como consumo de alcohol, sobrepeso y obesidad (4).

Existen factores de riesgo específicos en la mujer, tales como la edad de menarquia y menopausia, síndrome de ovario poliquístico, infertilidad, técnicas de reproducción asistida, abortos espontáneos, paridad, enfermedades autoinmunes, migrañas y depresión, que aumentan el riesgo cardiovascular a lo largo de la vida (2,5-8). Además, las mujeres con cardiopatía isquémica suelen presentar más factores de riesgo y mayor vulnerabilidad (6).

Pese a ello, el nivel de conocimiento y concienciación sigue siendo bajo (9-11). Por ejemplo, en Estados Unidos, la conciencia de las ECV como principal causa de muerte en la mujer disminuyó entre 2009 y 2019, especialmente entre mujeres jóvenes e hispanas (12,13), subrayando la necesidad de estrategias educativas continuas.

El objetivo del estudio es describir la percepción y conductas preventivas o de riesgo de enfermedad cardiovascular en la mujer, estratificadas por nivel educativo en el periodo enero-febrero 2025.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, con muestreo por conveniencia. Se invitó a participar a mujeres de 17 años y mayores, reclutadas a través de contactos personales y familiares de pacientes que acudieron a consulta externa en el Hospital Nacional.

Previo consentimiento oral, se aplicó un cuestionario en formato Google Forms que incluía datos demográficos, percepción sobre causas de muerte femenina, factores de riesgo y conductas preventivas. La encuesta se envió por WhatsApp.

Los datos se procesaron en Excel y se analizaron con Epi Info 2007 (CDC, Atlanta). Se utilizaron frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, media y desviación estándar para las cuantitativas. Se exploraron asociaciones mediante la prueba de chi cuadrado ($p < 0,05$).

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Pacífico. Se respetaron los principios de la Declaración de Helsinki 2024. Se garantizó la confidencialidad y privacidad de las participantes.

Resultados

Se encuestaron 438 mujeres entre 17 y 77 años (edad media = 45,5 ± 13,9), procedentes de Asunción (23,1 %) y departamento Central 135 (41,7 %), con educación terciaria (71,2 %) (Tabla 1).

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO, MUJERES QUE RESPONDIERON LA ENCUESTA (N=438)

Características demográficas	Frecuencia	Porcentaje
Edad (media ± DE)	45,5 ± 13,9	
20 a 39	159	36,3
40 a 59	197	45,0
≥60	82	18,7
Procedencia (n=324)		
Central	135	41,7
Asunción	75	23,1
Itapúa	24	7,4
Guairá	19	5,9
Cordillera	16	4,9
Alto Paraná	14	4,3
Paraguarí	11	3,4

Características demográficas	Frecuencia	Porcentaje
Caaguazú	7	2,2
San Pedro	7	1,2
Amambay	5	1,5
Otros departamentos*	11	3,3
Nivel educativo		
Terciaria	315	71,2
Secundaria	65	15,5
Primaria	54	12,3
Sin estudios	4	0,9

En la Tabla 2 se muestra la distribución de las encuestadas en relación a la percepción que tienen sobre la principal causa de muerte en la mujer y si ella puede morir de infarto. El 31,7 % de ellas identificó a la enfermedad cardiovascular como principal causa de muerte, después del cáncer (49,3 %). Además, el 15,4 % desconocía que la mujer puede presentar un infarto de miocardio y morir por esa causa. Mayor proporción de participantes con nivel educativo primario/secundario identificó a la muerte violenta (26 %) como principal causa de muerte comparado a la de nivel terciario (7 %). Por el contrario, mayor porcentaje del grupo con nivel terciario (36,2 % vs 26 %) identificó a la enfermedad cardiovascular como causa principal de muerte en la mujer y que la mujer puede morir por esta causa (87,6 % vs 76,4 %).

TABLA 2. IDENTIFICACIÓN DE ECV COMO PRINCIPAL CAUSA DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LA MUJER EN EL PARAGUAY SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES ENCUESTADAS (N=438)

Percepción de las mujeres	Nivel educativo			
	Primario/secundario (n=123)	Terciario (n=315)	Total (n=438)	Valor p
Causa principal de muerte en la mujer en Paraguay				<0,001
Cáncer	57 (46,3)	159 (50,5)	216 (49,3)	0,437
Enfermedad cardiovascular	25 (20,3)	114 (36,2)	139 (31,7)	0,001
Muerte violenta por su pareja	32 (26,0)	22 (7,0)	54 (12,3)	<0,001
Otras causas	9 (7,3)	15 (4,8)	24 (5,5)	0,291
No responde	-	5 (1,6)	5 (1,1)	-
La mujer puede presentar infarto de miocardio y morir por esa causa				
Sí	94 (76,4)	276 (87,6)	370 (84,5)	0,003
No/no sabe	29 (23,6)	39 (12,2)	68 (15,4)	

Con respecto a la frecuencia de factores de riesgo cardiovascular en las participantes, las mismas informaron hipertensión en el 31,5 %, tener hipercolesterolemia (13,7 %), ser diabética (9,1 %), tener antecedente personal de enfermedad cardiovascular (8,9 %) como infarto de miocardio (5,5 %), bypass coronario (0,9 %). El 18,7 % tuvo hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia), 23,4 % menopausia antes de los 45 años. El 31,5 % tenía obesidad y 48,1 % sobrepeso. El 18,5 % era fumadora o exfumadora, el 51,8 % era sedentaria definida como práctica de ejercicio físico menos de 2,5 h por semana. Igual proporción (0,9 %) de las mujeres consumía bebidas alcohólicas todos los días o más de 4 días (Tabla 3).

TABLA 3. FRECUENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LAS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO, ESTRATIFICADA POR NIVEL EDUCATIVO

Factores de riesgo cardiovascular	Nivel educativo			
	Primario/secundario (n=123)	Terciario (n=315)	Total (n=438)	Valor p
Hipertensa	52 (42,3)	86 (27,3)	138 (31,5)	0,002
Colesterol alto	16 (13,0)	44 (14,0)	60 (13,7)	0,793
Diabética	14 (11,4)	26 (8,3)	40 (9,1)	0,307

Factores de riesgo cardiovascular	Nivel educativo			
	Primario/secundario (n=123)	Terciario (n=315)	Total (n=438)	Valor p
Trastorno de la tiroides	16 (13,0)	62 (19,7)	78 (17,8)	0,1
Menopausia precoz	25/84 (29,8)	40/194 (20,6)	65/278 (23,4)	0,09
Antecedente de ECV	15 (12,2)	24 (7,6)	39 (8,9)	0,13
Infarto de miocardio	9 (7,3)	15 (4,8)	24 (5,5)	
Le hicieron una prueba de esfuerzo y medicaron	5 (4,1)	6 (1,9)	11 (2,5)	
Cirugía coronaria	1 (0,8)	3 (1,0)	4 (0,9)	
Complicaciones durante alguno de sus embarazos	30/107 (28,0)	86/233 (36,9)	116/340 (34,1)	0,109
Perdió al menos una vez	9/107 (8,4)	47/236 (19,9)	56/343 (16,3)	
Hipertensión arterial	20/107 (18,7)	31/236 (13,1)	51/343 (14,9)	
Diabetes	1/107 (0,9)	8/236 (3,4)	9/343 (2,6)	
Sin complicaciones	77/107 (71,9)	150/236 (63,6)	227/343 (66,2)	
Nunca se embarazó	16/123 (13,0)	79/313 (25,1)	95/438 (21,7)	
Obesidad	49/119 (41,2)	86/309 (27,8)	135/428 (31,5)	0,021
Sobrepeso	52/119 (43,7)	154/309 (49,8)	206/428 (48,1)	0,255
Tiene una dieta equilibrada y saludable	88 (71,5)	220 (69,8)	308 (70,3)	0,726
Fumadora/exfumadora	24 (19,5)	57 (18,1)	81 (18,5)	0,528
Sedentarismo	75 (61,0)	152 (48,2)	211 (51,8)	0,026
Consume bebidas alcohólicas	38 (30,9)	144 (45,7)		0,005
Todos los días de la semana	1 (0,8)	3 (1,0)	4 (0,9)	
Más de 4 días	-	4 (1,3)	4 (0,9)	
4 días o menos	37 (30,1)	137 (43,5)	174 (39,7)	
Ningún día	85 (69,1)	171 (54,3)	258 (59,0)	

Con respecto a las conductas preventivas de salud cardiovascular, el 27,1 % nunca se hizo un chequeo cardiológico, el 12,3 % no conocía los valores de su presión arterial, el 35,6 % no conocía los valores de su colesterol. No se observó diferencia significativa en la frecuencia de chequeo cardiológico entre los dos grupos, tampoco respecto a si conoce los valores de su presión arterial, pero sí en relación a si conoce los valores de colesterol en sangre, 71,8 % para el grupo de nivel educativo terciario y 45,5 % para el de primario/secundario (Tabla 4).

TABLA 4. CONDUCTAS PREVENTIVAS DE LAS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO (N=438)

	Nivel educativo			
Conductas preventivas	Primario/secundario (n=123)	Terciario (n=315)	Total (n=438)	Valor p
Alguna vez se hizo un chequeo cardiológico				0,771
No	32 (26,0)	87 (27,6)	119 (27,1)	
Sí	91 (74,0)	228 (72,4)	319 (72,8)	
Valor de su presión arterial máxima				0,11
No conoce	20 (16,3)	34 (10,8)	54 (12,3)	
Conoce	103 (83,7)	281 (89,2)	384 (87,7)	
Menos de 120 mmHg	51 (41,5)	162 (51,4)	213 (48,6)	
Entre 121 y 140 mmHg	31 (25,2)	97 (30,8)	128 (29,2)	
Entre 141 y 160 mmHg	12 (9,8)	15 (4,8)	27 (6,2)	
Más de 160 mmHg	9 (7,3)	7 (2,2)	16 (3,7)	
Valor de su colesterol en sangre				<0,00001
No conoce	67 (54,5)	89 (28,2)	156 (35,6)	
Conoce	56 (45,5)	226 (71,8)	282 (64,4)	
Menos de 160 mg/dL	18 (14,6)	104 (33,0)	122 (27,9)	
Entre 161 y 200 mg/dL	25 (20,3)	90 (28,6)	115 (26,3)	
Entre 201 y 240 mg/dL	10 (8,1)	29 (9,2)	39 (8,9)	
Más de 240 mg/dL	3 (2,4)	3 (1,0)	6 (1,4)	

Con respecto a la percepción de las participantes sobre los factores de riesgo cardiovascular, el 78,8 % identificó a la hipertensión arterial, 62,8 % a la obesidad, 51,1 % al colesterol alto entre los más frecuentes (Tabla 5).

TABLA 5. PERCEPCIÓN DE LAS PARTICIPANTES SOBRE CONDICIONES QUE SON UN PROBLEMA CARDIOVASCULAR EN LA MUJER (N=438)

Condiciones que son un problema cardiovascular en la mujer	Primario/secundario (n=123)	Terciario (n=315)	Total (n=438)	Valor p
Hipertensión arterial	84 (68,3)	261 (82,9)	345 (78,8)	0,001
Obesidad	56 (45,5)	219 (69,5)	275 (62,8)	<0,0001
Colesterol alto	47 (38,2)	177 (56,2)	224 (51,1)	0,001
Falta de ejercicio físico	45 (36,6)	169 (53,7)	214 (48,9)	0,001
Antecedente familiar de ECV	51 (41,5)	180 (57,1)	231 (52,7)	0,003
Diabetes	49 (39,8)	123 (39,0)	172 (39,3)	0,79
Prediabetes	26 (21,1)	75 (23,8)	101 (23,1)	0,551
Fumar cigarrillo	43 (35)	138 (43,8)	181 (41,3)	0,091

Discusión

Este estudio describe por primera vez la percepción y conductas preventivas o de riesgo de enfermedad cardiovascular en la mujer según su nivel educativo en Paraguay. Se incluyeron 438 mujeres, 123 en el grupo de nivel primario/secundario y 315 en el terciario. Se observaron diferencias en las percepciones y medidas preventivas entre los dos grupos. La enfermedad cardiovascular se identificó en segundo lugar en frecuencia como causa de muerte en la mujer después del cáncer, a pesar de que en Paraguay más del 30 % de las causas de muerte en la mujer es por ECV. Un grupo de mujeres tampoco reconoció que ellas pueden enfermar y morir por ECV.

Los estudios que abordan este tema son limitados, así en Argentina las enfermedades cardiovasculares son responsables, cada año, de más muertes que la suma de todos los tipos de cáncer, los accidentes y el VIH/SIDA (14). En el caso de las mujeres, el 32 % de las muertes se deben a causas cardiovasculares, frente al 19 % atribuible al cáncer en general y a menos del 4 % al cáncer de mama.

En Paraguay, las Enfermedades del Aparato Circulatorio (I00-I99) ocupan el primer lugar con una tasa de mortalidad por 100 000 habitantes de 125; la TM por Tumores (C00-D48) es 71,3 por 100 000 habitantes. Dentro de las enfermedades del aparato circulatorio, la TM por Enfermedades Isquémicas del Corazón (I20-I25) es 55,5 por 100 000 habitantes y por Enfermedades Hipertensivas (I10-I15) es de 23,3 por 100 000 habitantes según los indicadores básicos de salud de Paraguay del 2020 (15).

La percepción de esta realidad por parte de las mujeres no se ajusta a la realidad como fuera mostrada en encuestas realizadas en Estados Unidos. En ese país, en 1997, solo el 30 % de las mujeres encuestadas identificaban a las enfermedades cardíacas como la principal causa de muerte en la población femenina. Gracias a campañas de concientización, esta cifra aumentó progresivamente: 34 % en el año 2000, 46 % en 2003 y 54 % en 2009 (9,16). Desde 1997, la Asociación Americana del Corazón realiza encuestas nacionales periódicas para monitorear el nivel de conocimiento y concienciación sobre las enfermedades cardiovasculares. Entre 1997 y 2012, el reconocimiento de estas enfermedades como la principal causa de muerte entre las mujeres casi se duplicó, pasando del 30 % al 56 %. Sin embargo, esta tendencia positiva sufrió un retroceso en 2019, evidenciando la necesidad de mantener los esfuerzos educativos de manera sostenida.

El reconocimiento de la cardiopatía isquémica suele retrasarse en las mujeres, por ignorancia de las propias mujeres sobre la afectación cardiovascular en la mujer, como fue constatado en este estudio y de los profesionales de la salud. Por consiguiente, en muchas mujeres con cardiopatía isquémica no se realizan las estrategias de diagnóstico, prevención y/o tratamiento en forma oportuna comparado con los varones. Esta falta de reconocimiento está relacionada con la fisiopatología de la cardiopatía isquémica en la mujer que es diferente de lo que se describe en hombres, que presentan obstrucciones por enfermedad de la arteria coronaria (EAC). Las mujeres sintomáticas tienen menos posibilidad de presentar una enfermedad coronaria obstructiva comparado con los hombres con los mismos síntomas y tienden a presentar lesión micro vascular coronaria, erosión de la placa y formación de trombos. La hipertensión y la diabetes se asocian con eventos adversos importantes similares a los de la EAC obstructiva (7-10).

Una mayor conciencia sobre las ECV en las mujeres podría hacer que las mismas, ante un episodio cardíaco agudo, acudan más rápidamente a los servicios de emergencia. Esto es especialmente relevante si se considera que, según una encuesta realizada en 2005 por la Sociedad Argentina de Cardiología, el tiempo mediano desde el inicio de los síntomas hasta la llegada al hospital fue de 330 minutos en mujeres, comparado con 240 minutos en los hombres (17). Estadísticas similares en Estados Unidos revelan que las mujeres, además de tardar más en consultar, suelen enfrentar mayores demoras en la atención de los equipos de emergencia, incluso ante síntomas claros de un infarto (18). En el caso específico del infarto agudo de miocardio, diversos estudios han mostrado que el género femenino se asocia con menores tasas de tratamiento oportuno, como trombólisis o angioplastia primaria, y con tiempos más prolongados para su implementación. Estas demoras contribuyen a una mayor mortalidad en mujeres comparadas con los hombres (19-21). Reducir el intervalo entre el inicio de los síntomas y la atención médica podría permitir que más mujeres lleguen a tiempo para recibir tratamientos eficaces, lo que aumentaría sus probabilidades de recuperación y supervivencia, tanto en infartos como en accidentes cerebrovasculares.

En nuestro estudio el principal factor de riesgo detectado fue la hipertensión arterial. Se estima que, a nivel mundial, la hipertensión arterial produce 7,1 millones de muertes, aproximadamente el 13 % del total mundial de muertes. En las distintas regiones de la OMS, las investigaciones informan que alrededor del 62 % de los accidentes cerebrovasculares y el 49 % de los infartos de miocardio son provocados por la hipertensión arterial. El tratamiento con estatinas, antihipertensivos y aspirina en dosis bajas, en personas con alto riesgo de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular, podría reducir a más de la mitad la incidencia de accidentes cerebrovasculares y enfermedades cardíacas, accesible en los países en desarrollo como el Paraguay (7).

Más del 10 % de las mujeres encuestadas tenían hipercolesterolemia. Se estima que el colesterol alto causa alrededor de 4,4 millones de muertes (7,9 % del total). Esto representa el 18 % de los accidentes cerebrovasculares y el 56 % de las cardiopatías isquémicas a nivel mundial (7).

A pesar de que la hipertensión arterial e hipercolesterolemia fueron frecuentes, una importante proporción de mujeres desconocían los valores de su presión arterial y los valores de su colesterol. Además, varias mujeres nunca se realizaron un estudio cardiológico a pesar de la alta frecuencia de los factores de riesgo y de la enfermedad cardiovascular.

El aumento en la percepción del riesgo en las mujeres podría favorecer la adopción de hábitos preventivos, como llevar una alimentación equilibrada, mantener un peso saludable, hacer ejercicio con regularidad y acudir al médico para evaluar su salud cardiovascular. Diversas investigaciones han señalado que, a mayor conocimiento sobre el impacto de estas enfermedades en la mortalidad femenina, mayor es la probabilidad de que se implementen medidas para reducir los factores de riesgo. Un ejemplo contundente es el Nurses' Health Study, un estudio de cohorte que siguió a más de 80 000 mujeres durante 14 años y concluyó que el 82 % de los eventos coronarios se relacionaban con la ausencia de cambios en el estilo de vida, tales como dejar de fumar, hacer actividad física y mejorar la dieta (22).

En nuestro estudio, alrededor del 9,1 % informó ser diabética, resultado similar a la encuesta nacional de enfermedades no transmisibles. La mortalidad relacionada con la diabetes mellitus es mayor en mujeres, siendo la tasa de mortalidad por diabetes mellitus (E10-E14) por 100 000 habitantes de 40,3 en general, mayor en mujeres (42,9) que en hombres (37,7) según los indicadores básicos de salud de Paraguay del 2020 (15).

Entre los factores de riesgo modificables se observó alta frecuencia de sedentarismo, fumadoras o exfumadoras y dieta no saludable. En Argentina, las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo, llevadas a cabo por el Ministerio de Salud de la Argentina en los años 2005 y 2009, mostraron un incremento entre las mujeres de la prevalencia de sedentarismo del 47,0 % al 58,5 %, y de la obesidad del 13,9 % al 17,1 % (23,24). Se deberían implementar políticas y programas de prevención de la enfermedad cardiovascular con medidas simples como reducir la sal en los alimentos procesados, reducir la grasa en la dieta, estimular la actividad física y un mayor consumo de frutas y verduras, y reducir el tabaquismo. Estas son las intervenciones más rentables identificadas para reducir las enfermedades cardiovasculares (6).

Una importante cantidad de mujeres identificaron los factores de riesgo o patologías relacionadas a la enfermedad cardiovascular en la mujer, como la hipertensión arterial, la obesidad, la hipercolesterolemia, el sedentarismo, tener antecedentes de enfermedad cardiovascular. Sin embargo, no todas identificaron que todos estos factores pueden ser causa de enfermedad cardiovascular. Estos hallazgos confirman que las mujeres necesitan más educación sobre los factores de riesgo cardiovascular.

En las mujeres, además de la determinación de los factores de riesgo tradicionales, también se deberían medir los factores específicos de la mujer como parte de la evaluación del riesgo cardiovascular para permitir una visión más completa del riesgo de desarrollar trastornos cardiometabólicos y ECV. Cuando están presentes, estos factores pueden identificar a las mujeres con mayor riesgo cardiovascular, quienes podrían beneficiarse de intervenciones preventivas más intensivas, como cambios en el estilo de vida o farmacoterapia, como las estatinas (6,7).

Este estudio presenta limitaciones por ser de un solo centro, de corte transversal y muestreo por conveniencia. La fortaleza del estudio es que nos permitió conocer que la percepción que tienen las mujeres sobre sus problemas de salud difiere de la realidad, dado que la mayoría no reconoce a las enfermedades cardiovasculares como la primera causa de muerte en la población femenina. No reconocen que ellas mismas pueden enfermarse. Permitió ver que las mujeres necesitan una mayor educación sobre los factores de riesgo cardiovascular, ello permitiría implementar estrategias de prevención oportunas para disminuir la mortalidad de causa cardiovascular en las mujeres.

Nota editorial

Las opiniones expresadas en este artículo, así como el enfoque metodológico y los resultados presentados, son responsabilidad exclusiva de los autores. Este trabajo fue revisado y aprobado por revisores externos en el marco del proceso editorial, pero no refleja necesariamente la postura oficial de la revista, de su comité editorial ni de su editor jefe.

Contribución de los autores

Los autores participaron en la conceptualización del estudio, el procesamiento, análisis de los datos y redacción de la primera versión del artículo. Todos los autores leyeron, revisaron y aprobaron la versión final de este manuscrito.

Disponibilidad de datos

Los datos están disponibles previa solicitud al autor de correspondencia. Margarita Samudio. Correo: margarita.samudio@gmail.com

Comentarios de revisores

Los comentarios y recomendaciones emitidos durante el proceso de evaluación por pares se encuentran disponibles en el siguiente enlace: Dictamen 654

Referencias

1. Benjamin EJ, Muntner P, Alonso A, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. Heart disease and stroke statistics-2019 update: a report from the American Heart Association [published correction appears in Circulation. 2020;141:e33]. Circulation. 2019;139(10):e56-e528. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000659

2. Sambola A, Campuzano R, Castro A, Goya M, Coronado P, Fernández-Olmo R, et al. Primary and secondary cardiovascular prevention through life cycles in women: consensus document of the SEC-GT CVD in Women, ACP-SEC, SEGO, AEEM, SEEN, semFYC, SEMERGEN, AEP, and AEM. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2025;78(7):639-651. https://doi.org/10.1016/j.rec.2025.01.005

3. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Causas de muerte. Paraguay. Datos Abiertos del Gobierno Nacional. URL

4. Instituto Nacional de Estadística; Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Segunda encuesta nacional sobre factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. Paraguay: INE/MSPBS; 2023. URL

5. Gámez JM, Ripoll T, Barrios V, Anguita M, Pedreira M, Madariaga I; en representación de los investigadores del estudio SIRENA. Perfil clínico de la mujer con cardiopatía isquémica estable en España. Son necesarios más esfuerzos en prevención secundaria. Estudio SIRENA. Rev Clin Esp (Barc). 2016;216(1):1-7. https://doi.org/10.1016/j.rce.2015.09.012

6. World Health Organization. The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002. URL

7. Pepine CJ, Ferdinand KC, Shaw LJ, Light-McGroary KA, Shah RU, Gulati M, et al. Emergence of nonobstructive coronary artery disease: a woman's problem and need for change in definition on angiography. J Am Coll Cardiol. 2015;66(17):1918-1933. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.08.876

8. Mehta LS, Velarde GP, Lewey J, Sharma G, Bond RM, Navas-Acien A, et al. Cardiovascular disease risk factors in women: the impact of race and ethnicity: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2023;147(19):1471-1487. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001139

9. Mosca L, Ferris A, Fabunmi R, Robertson RM. Tracking women's awareness of heart disease: an American Heart Association national study. Circulation. 2004;109(5):573-579. https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000115222.69428.C9

10. Christian AH, Rosamond W, White AR, Mosca L. Nine-year trends and racial and ethnic disparities in women's awareness of heart disease and stroke: an American Heart Association national study. J Womens Health (Larchmt). 2007;16(1):68-81. https://doi.org/10.1089/jwh.2006.M072

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(2):120-127. https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.109.915538

12. Mosca L, Hammond G, Mochari-Greenberger H, Towfighi A, Albert MA; American Heart Association Cardiovascular Disease and Stroke in Women and Special Populations Committee. Fifteen-year trends in awareness of heart disease in women: results of a 2012 American Heart Association national survey. Circulation. 2013;127(11):1254-1263. https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e318287cf2f

13. 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-e248. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000907

14. Sosa Liprandi MI, Harwicz PS, Sosa Liprandi A. Causas de muerte en la mujer y su tendencia en los últimos 23 años en la Argentina. Rev Argent Cardiol. 2006;74(5):297-303. URL

15. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Indicadores básicos de salud Paraguay 2021. Asunción: MSPBS; 2021. URL

16. Mosca L, Jones WK, King KB, Ouyang P, Redberg RF, Hill MN. Awareness, perception, and knowledge of heart disease risk and prevention among women in the United States. Arch Fam Med. 2000;9(6):506-515. https://doi.org/10.1001/archfami.9.6.506

17. Blanco P, Gagliardi J, Higa C, Dini A, Guetta J, Di Toro D, et al. Infarto agudo de miocardio: resultados de la Encuesta SAC 2005 en la República Argentina. Rev Argent Cardiol. 2007;75(3):163-170. URL

18. Concannon TW, Griffith JL, Kent DM, Normand SL, Newhouse JP, Atkins J, et al. Elapsed time in emergency medical services for patients with cardiac complaints: are some patients at greater risk for delay? Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2009;2(1):9-15. https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.108.813741

19. Jneid H, Fonarow GC, Cannon CP, Hernandez AF, Palacios IF, Maree AO, et al. Sex differences in medical care and early death after acute myocardial infarction. Circulation. 2008;118(25):2803-2810. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.789800

20. Nallamothu BK, Bates ER, Herrin J, Wang Y, Bradley EH, Krumholz HM; NRMI Investigators. Times to treatment in transfer patients undergoing primary percutaneous coronary intervention in the United States: National Registry of Myocardial Infarction (NRMI)-3/4 analysis. Circulation. 2005;111(6):761-767. https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000155258.44268.F8

21. Canto JG, Rogers WJ, Goldberg RJ, Peterson ED, Wenger NK, Vaccarino V, et al. Association of age and sex with myocardial infarction symptom presentation and in-hospital mortality. JAMA. 2012;307(8):813-822. https://doi.org/10.1001/jama.2012.199

22. Stampfer MJ, Hu FB, Manson JE, Rimm EB, Willett WC. Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. N Engl J Med. 2000;343(1):16-22. https://doi.org/10.1056/NEJM200007063430103

23. Ferrante D, Virgolini M. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005: resultados principales. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en la Argentina. Rev Argent Cardiol. 2007;75(1):20-29. URL

24. Ferrante D, Linetzky B, Konfino J, King A, Virgolini M, Laspiur S. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. Estudio de corte transversal. Rev Argent Salud Pública. 2011;2(6):34-41. URL