CARRERA DE ESPECIALIZACION EN CLINICA MEDICA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

ENCUESTA DE PERCEPCIÓN SOBRE CAUSAS DE MUERTE Y PROBLEMATICAS DE SALUD EN MUJERES MÉDICAS Y ENFERMERAS

AUTOR: Dipaolo Franco Rafael[1]

TUTORA: Ghelfi Albertina[2]

CO-TUTOR: Kilstein Jorge[3]

AÑO 2025

[1] Medico egresado de la FCM UNR año 2016. Residencia de Clínica Médica en centro formador Hospital Escuela Eva Perón. Av. San Martín 1645. Granadero Baigorria (2152). Santa Fe. Argentina.

[2] Médica. Especialista en Clínica Médica. Especialista en Hipertensión Arterial. Tutora de Residentes de Clínica Médica del Hospital Escuela Eva Perón. Docente estable de la Carrera de Posgrado de Clínica Médica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario. Coordinadora de la Unidad de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular de la Hospital Escuela Eva Perón. Coordinadora del Grupo de Hipertensión en la Mujer de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial.

[3] Médico. Especialista en Clínica Médica. Instructor de Residentes de Clínica Médica del Hospital Escuela Eva Perón. Docente estable de la Carrera de Posgrado de Clínica Médica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario. Director de la Carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana sede Rosario. Comisión Directiva de la Asociación de Medicina Interna de Rosario.

INDICE

RESÚMEN 3
INTRODUCCION 4
OBJETIVOS 6
MATERIALES Y MÉTODOS 7
- o DISEÑO
- o POBLACION Y MUESTREO
- o INTERVENCIONES
- o DEFINICIONES
- o OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES
- o ANÁLISIS ESTADÍSTICO
- o CONSIDERACIONES ÉTICAS

RESULTADOS 12
DISCUSION 17
CONCLUSIONES 20
BIBLIOGRAFIA 21
ANEXO 1 24

RESUMEN

Introducción: La enfermedad cardiovascular (ECV) es la primera causa de muerte en la mujer en el mundo occidental, sin embargo, la percepción de esta problemática es escasa. La hipertensión arterial (HTA) se presenta en el 25% de las mujeres de todo el mundo, configurando el factor de riesgo cardiovascular (RCV) más importante en este grupo. Si bien en nuestro medio la HTA es menos frecuente y usualmente mejor controlada en las mujeres, la presencia de este factor puede equipar el RCV con los hombres. En nuestro país una de cada tres mujeres fallece por ECV. La percepción de las propias mujeres sobre las causas de muerte en su grupo y la posibilidad de padecer una ECV se encuentran subestimadas, adjudicando a las causas ginecológicas las mayores problemáticas relacionadas al género. Resulta interesante abordar los motivos de estas creencias, y si las mismas se replican en un grupo de profesionales con conocimiento en ciencias médicas.

Objetivo: Describir la percepción de la principal causa de muerte identificada por las profesionales incluidas. Indagar la percepción de enfermedad y nivel de autocuidado de la propia salud entre mujeres profesionales sanitarias. Describir la frecuencia referida respecto realización de controles de salud clínicos y ginecológicos. Describir el perfil profesional del grupo de mujeres encuestado.

Materiales y métodos. Estudio cuali-cuantitativo; descriptivo, observacional, de corte transversal; con recolección de datos de tipo prospectiva; que incluyo mujeres, profesionales de la salud, incorporadas consecutivamente, en el periodo de tiempo contemplado entre el 1 de diciembre de 2020 y el 1 de junio de 2021. Criterios de Inclusión: sexo biológico mujer, mayores de edad, profesión médica o enfermera. Exclusión: trabajadores de la salud masculinos, actores de la salud con formación técnica específica donde no existen ciclos formativos respecto de la epidemiologia de enfermedades prevalentes (parteras, podólogas, psicólogas, kinesiología, nutrición, farmacia, bioquímica y odontología) y ejercicio profesional en países distintos de Argentina.

Resultados. Se realizaron 1089 encuestas, con una *n* final de 865 mujeres encuestadas tras aplicar criterios de exclusión. Entre las 865, hubo 634 (73.3%) médicas y 231 (26,7%) enfermeras. La edad media fue de 43.1 ±10.8 años. El promedio de año de recibida fue de 16.2 ±10.7. Entre las encuestadas hubo 508 (58,7%) que desarrollaban tareas docentes de manera paralela a las tereas asistenciales. Hubo 11 mujeres (1.2%) que indicaron estar jubiladas. Al interrogar respecto de la percepción de frecuencia de los factores de RCV tradicionales: HTA, diabetes (DBT), dislipemia y obesidad, casi la mitad percibía a la HTA como *nada, poco o medianamente frecuente*; casi dos tercios de la muestra percibió a la DBT y la dislipidemia como *nada, poco* o *medianamente frecuente*; mientras que la obesidad fue percibida como un factor de riesgo *bastante frecuente* por casi un 60%. Al consultar sobre cuál consideraban la principal causa de muerte en mujeres argentinas, las respuestas fueron, en orden de mayor a menor frecuencia: ECV 324 (37.5%), cáncer ginecológico 309 (35,7%), y violencia de género 125 (14,5%). El 62,5% de la muestra no percibió a la ECV como la primera causa de muerte en el grupo. El 74% de las mujeres encuestadas no contaba con médico de cabecera. El 74% de las mujeres encuestadas no contaba con médico de cabecera. El último chequeo clínico había sido realizado hacía menos de un año en 352 (40,7%), hace más de un año en 186 (21,5%) y hace más de 5 años 236 (27,3%). Con respecto al último control ginecológico 422 (48,8%) indico haberlo realizado hacia menos de un año. Al indagar sobre la realización de toma de presión arterial en los controles se señaló que en control ginecológico existió una frecuencia de 18,6% mientras que en el chequeo clínico se refirió en 62,7%.

Conclusión: En la muestra evaluada 6 de cada 10 mujeres médicas y enfermeras no identificaron a la ECV como la principal causa de muerte en su grupo. Hubo casi 70% mujeres que no tenían médico de cabecera y 60% de ellas llevaba más de un año sin efectuar un control clínico. Según lo referido por las encuestadas, solo en 2 de cada 10 consultas ginecológicas y en 6 de cada 10 consultas clínicas se les realizo control de su presión arterial.

PALABRAS CLAVE: *Hipertensión arterial; Salud de la mujer; Enfermedad cardiovascular; Personal sanitario; Argentina.*

INTRODUCCIÓN

En el último siglo la lucha de la mujer se ha extendido a diversos ámbitos de la vida social y cultural. La medicina no ha sido la excepción y el estudio de la mujer desde una perspectiva de género se ha incrementado.

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la primera causa de muerte en la mujer en el mundo occidental, sin embargo, la percepción de esta problemática es escasa. La hipertensión arterial (HTA) se presenta en el 25% de las mujeres del mundo, configurando el factor de riesgo cardiovascular (RCV) más importante en este grupo. Si bien en nuestro medio la HTA es menos frecuente y usualmente mejor controlada en las mujeres, la presencia de este factor puede equipar el RCV con los hombres. (1-5).

En nuestro país una de cada tres mujeres fallece por ECV. Un estudio realizado en torno a los Registros Nacionales de la Dirección de Estadística e Información del Ministerio de Salud mostro que a partir de los 65 años las mujeres representan el grupo con mayor impacto en la mortalidad cardiovascular. En base a estos datos, podría decirse que en Argentina una mujer fallece por causa cardiovascular cada 11 minutos. (6)

El rol que ocupan diariamente con la labor doméstica y la crianza de los hijos, que de por si tiene un horario indefinido y resulta asalariado, podrían tomarse como un ejemplo de la presión y el exceso de stress al cual pueden verse sometidas. Esta triple carga social dada por el trabajo, practica doméstica y procreación, han creado un imaginario social en el cual la mujer difícilmente pueda autopercibirse enferma. (1)

Para muchas mujeres el tocoginecologo se ha convertido en su médico de cabecera. Los controles anuales aprehendidos en este género parecen entonces más relacionados a su condición anatómica, de manera asociada principalmente a sus órganos reproductores. Esto hace que, por un lado, difícilmente salteen un *Papanicolau* (PAP) o una mamografía, pero por otro, que muchas veces queden por fuera del resto del *screaning* de salud común a la población. Reflejo de esto resultan los datos que exhiben que la mortalidad por cáncer de cuello uterino ha experimentado un descenso desde el año 1976 a 2009; como muestra un estudio retrospectivo de EEUU donde se pudo observar una disminución significativa en la incidencia de esta neoplasia en etapa temprana, de 9,8 a 4,9 casos por 100.000 mujeres y la incidencia de la enfermedad en etapa tardía de 5,3 a 3,7 casos por 100.000 mujeres. Mientras tanto, las enfermedades cardiovasculares se mantienen desde el año 2013 hasta a 2022 como la principal causa de muerte en la mujer. (7)

Resulta llamativo que, pese a la masificación de los medios de comunicación, al amplio desarrollo tecnológico en materia diagnostica y a los avances farmacológicos de nuestra era, la ECV continue siendo la primera causa de mortalidad en este grupo. Para algunos autores este hecho se sustenta en la escasa percepción de la problemática por parte de las propias mujeres, que suelen relacionar a la ECV como entidades mayormente ligadas al género masculino. En un estudio cualitativo mediante entrevistas realizado a 30 mujeres (de 30 a 55 años de edad) que tuvieron infarto agudo de miocardio en EEUU se les pregunto sobre el reconocimiento de síntomas de alarma y se concluyó que dentro de las causas del no reconocimiento de los mismos se encontraban percepciones

culturales personales y externas donde usualmente las propias usuarias evaluaban incorrectamente la posibilidad de padecer una enfermedad cardiaca, atribuyendo dichos síntomas a otras dolencias, por lo que priorizaban la continuación de otras tareas y el mantenimiento de actividades ligadas a su carga social por sobre consultar (6). En estudios descriptivos observacionales realizados en Latinoamérica sobre percepción de ECV, creencia sobre principal causa de muerte y comportamientos de prevención a mujeres de entre 20 y 70 años se pudo vislumbrar que más de la mitad de las encuestadas señalo al cáncer ginecológico como el principal problema de salud y tan solo un porcentaje menor al 20% de mujeres pudo señalar a la ECV como la entidad mayormente relacionada a su deceso. (9- 10)

Otros autores han planteado que las dificultades se encuentran de cara a los propios equipos de salud y su escaso reconocimiento de estas entidades en el género femenino.

Se ha observado que los profesionales sanitarios tienden a subestimar la probabilidad de ECV en la mujer, donde las experiencias muestran que ante igualdad de escenarios clínicos a las mujeres se les suele asignar una categoría de RCV más baja y se tienden a instaurar menos tratamientos invasivos en comparación al sexo masculino. En Inglaterra y Gales tras realizar dos grandes estudios de cohortes nacionales entre el año 2003 y 2013 se concluye que en base a sus indicadores de calidad ESC ACCA AMI, las mujeres recibieron con menos frecuencia la atención indicada por las guías, presentado una mortalidad significativamente mayor que los hombres. En el trabajo realizado por Lichtman y colaboradores, del 90% de las encuestadas que consultó a un médico en el último año, menos de la mitad conversó con el médico sobre medidas de prevención de enfermedades cardíacas y síntomas. (8;11)

En consideración de lo recorrido, donde las propias mujeres subestiman la posibilidad de padecer ECV y los propios profesionales de la salud desestiman las chances de padecimiento condicionadas por el género del paciente atendido, cabría preguntarse qué percepción poseen las propias profesionales de la salud de nuestro medio respecto de las causas de muerte asociadas a su género, de sus condicionantes de enfermedad y que seguimiento tienen sobre sus propios factores de riesgo.

OBJETIVOS

General

- Describir la percepción de la principal causa de muerte identificada por las profesionales incluidas.

Específicos

- Indagar la percepción de enfermedad y nivel de autocuidado de la propia salud entre mujeres incluidas.
- Describir la frecuencia referida respecto realización de controles de salud clínicos y ginecológicos.
- Describir el perfil profesional del grupo de mujeres encuestado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño. Estudio cuali-cuantitativo; descriptivo, observacional, de corte transversal; con recolección de datos de tipo prospectiva; que incluyo mujeres, profesionales de la salud, incorporadas consecutivamente, en el periodo de tiempo contemplado entre el 1 de diciembre de 2020 y el 1 de junio de 2021.

Población. Mujeres por sexo biológico, mayores de edad, profesionales de la salud, residentes en territorio Argentino, con acceso a dispositivos electrónicos e internet para completar la encuesta de manera voluntaria.

Criterios de Selección de Muestra. Se tomaron en consideración los siguientes criterios para la selección de la muestra finalmente incorporada:

Criterios de Inclusión:

- Profesionales de la salud que recibieran en sus programas pedagógicos lineamientos formativos amplios respecto del proceso de salud-enfermedad-atención, de la epidemiologia y problemáticas locales de la población. Entre estas se consideraron: medicina y enfermería.
- En ejercicio profesional activo o jubilada.
- Con residencia y ejercicio profesional en Argentina.

Criterios de Exclusión:

- Trabajadores de la salud masculinos.
- Actores de la salud con formación técnica específica donde no existen ciclos formativos respecto de la epidemiologia de enfermedades prevalentes. Se excluyeron en este sentido: obstétricas, parteras, podólogas, psicólogas, kinesiología, nutrición, farmacia, bioquímica y odontología.
- Ejercicio profesional en países distintos de Argentina.

Muestreo. Muestreo no probabilístico, de tipo por conveniencia, con incorporación de sujetos de manera consecutiva.

Intervenciones. Se confeccionó una encuesta tomando como referencia dos trabajos similares, realizados en Uruguay y Argentina, aplicados sobre la población general. (6,9)

La encuesta estuvo integrada por 52 preguntas. (Anexo I). Las opciones de respuesta incluían alguna de las siguientes modalidades:

a). Selección de respuesta múltiple entre una lista pre-estipulada.

b). Respuesta dicotómica por sí o no.

c). Indicar la percepción de determinada variable o condición entre las siguientes de una escala: *muy frecuente*, *bastante frecuente*, *medianamente frecuente*, *poco frecuente* o *nada frecuente*.

El instrumento fue evaluado a través de una prueba piloto a nivel de la institución de filiación de los investigadores, donde se detectaron errores y se corrigieron los puntos pertinentes. La misma fue validada por un grupo de tres expertos, que juzgaron la especificidad de los contenidos, la enunciación de las preguntas y las opciones propuestas de respuestas.

Se realizo difusión de la encuesta a través de internet, mail, redes sociales, WhatsApp. Se solicito difusión a diferentes Sociedades Científicas y Colegios Profesionales de la ciudad de Rosario (Colegio de Médicos de la Provincia de Santa Fe, Colegio de Enfermeros de la Provincia de Santa Fe, Asociación de Medicina Interna de Rosario, Asociación de Hipertensión Arterial de Rosario, Asociación de Ginecología y Obstetricia de Rosario) y nacionales (Sociedad Argentina de Medicina).

Se recolectaron las variables de rigor necesarias para dar respuesta a los objetivos planteados y se confecciono una base de datos estadística para tal fin.

Definiciones. Se contemplaron las siguientes a lo largo de la investigación:

Autopercepción: Conjunto de valoraciones que una persona tiene respecto de sí en un campo de acción y momento determinado. También hace referencia a un conjunto de creencias, actitudes, deseos, valores y expectativas del mundo exterior y que el individuo transforma en su mundo interior. Los juicios y las opiniones son influenciados por la autopercepción. (12)

Control de salud: Según la normativa argentina se considera adecuado realizar un chequeo médico anual. Se debe dividir por grupos etarios de 10 a 19 años y de 20 a 64 años para el screaning de diferentes patologías. Atención médica motivada por la necesidad de evaluar la salud general y prevenir futuras enfermedades en lugar de atender los síntomas. Incluye pruebas de detección y asesoramiento durante el mismo, pudiendo incluir analítica o imagenología según lo considere el médico tratante. (13)(14)(15)(16)

Control ginecológico de salud: El control ginecológico consiste en un examen completo para evaluar los órganos femeninos que permite prevenir y diagnosticar en forma precoz patologías asociadas a la mujer. Según la normativa argentina se considera adecuado si se realiza cada 1-3 años a partir del inicio de las relaciones sexuales para tamizaje de cáncer (CA) uterino y anual a partir de los 20 años para tamizaje de ca de mama. Incluye examen físico, test de virus del papiloma humano (HPV) o PAP y mamografía como exámenes complementarios. (17)(18)(19)(20)

Enfermedad cardiovascular: Las enfermedades cardiovasculares son aquellas que afectan al corazón y a todas las arterias del organismo, entre los que se incluyen la rigidez arterial y la aterosclerosis, y que pueden evolucionar al desarrollo de eventos cardiovasculares como infarto agudo de miocardio, del accidente cerebrovascular,

dilataciones aneurismáticas y enfermedad renal crónica. El principal factor de riesgo cardiovascular en el mundo occidental para desarrollo de estas condiciones es la HTA. (21)(22)

Médico de referencia/ cabecera: Médico responsable por la atención general del paciente en un hospital o en el ámbito clínico al cual acuden los pacientes para recibir atención médica rutinaria, manejo de enfermedades crónicas, prevención de enfermedades y atención inicial de problemas de salud. Históricamente se lo suele asociar con especialidades determinadas como "Medicina familiar", "Clínica Médica "o "Pediatría". (23)(25).

Cáncer ginecológico: Los cánceres ginecológicos incluyen cualquier cáncer que se origine en el sistema reproductivo de una mujer; cervical, ovárico, uterino, vaginal, vulvar y trompa de Falopio, cada uno recibe el nombre de la parte del cuerpo en la que comienza el cáncer. A los fines de la realización del trabajo, se exploraron las percepciones de las encuestadas sobre aquellos más frecuentes: cáncer de mama, ovario y cérvix. (25)(26)

Operacionalización de Variables

Tabla 1. Operacionalización de variables					
Variables	***Dimensión***	***Indicador***	***Escala***	***Unidad***	***Valor***
Características Individuales	**Datos Demográficos**	Edad cronológica	**Continua**	*Años*	*Número de Años*
		Sexo biológico	**Nominal**	*Categórica*	*1=M* *0= H*
	Antecedentes personales	Profesional de la Salud	**Nominal**	*Categórica*	*1=SI* *0=NO*
		Años de recibida	**Continua**	*Años*	*Número de Años*
		Profesión	**Nominal**	*Categórica*	*1=Médica* *2=Enfermera* *3= Otra*
Características de la encuesta					
Percepción de frecuencia de factores de riesgo	**Percepción de frecuencia**	Percepción de frecuencia de padecimiento de Hipertensión Arterial en mujeres	**Categórica**	*Nominal*	*1=Nada frecuente* *2=Poco frecuente* *3= Medianamente frecuente* *4=Bastante frecuente* *5= Muy frecuente*
	Percepción de frecuencia	Percepción de frecuencia de padecimiento de Diabetes Mellitus en mujeres	**Categórica**	*Nominal*	*1=Nada frecuente* *2=Poco frecuente* *3= Medianamente frecuente* *4=Bastante frecuente* *5= Muy frecuente*
	Percepción de frecuencia	Percepción de frecuencia de padecimiento de Dislipidemia en mujeres	**Categórica**	*Nominal*	*1=Nada frecuente* *2=Poco frecuente* *3= Medianamente frecuente* *4=Bastante frecuente* *5= Muy frecuente*

	Percepción de frecuencia	Percepción de frecuencia de padecimiento de obesidad en mujeres	**Categórica**	*Nominal*	*1=Nada frecuente* *2=Poco frecuente* *3= Medianamente frecuente* *4=Bastante frecuente* *5= Muy frecuente*
Percepción de causas de muerte	**Percepción de frecuencia**	Percepción de frecuencia relacionada a causa de muerte	**Categórica**	*Nominal*	*1=Enfermedad cardiovascular* *2= CA ginecológico* *3=Violencia* *4=Otro CA diferente al ginecológico* *5=Enfermedades metabólicas* *6= Accidentes* *7= Otro*
	Percepción de frecuencia	Percepción para mortalidad por CA ginecológico	**Categórica**	*Nominal*	*1=Nada frecuente* *2=Poco frecuente* *3= Medianamente frecuente* *4=Bastante frecuente* *5= Muy frecuente*
	Percepción de frecuencia	Percepción para mortalidad por enfermedad cardiovascular	**Categórica**	*Nominal*	*1=Nada frecuente* *2=Poco frecuente* *3= Medianamente frecuente* *4=Bastante frecuente* *5= Muy frecuente*
Controles de salud	**Clínica**	Médico de cabecera	**Categórica**	*Nominal*	*1=Si* *2=No tengo médico de cabecera porque realizo consultas puntuales a subespecialistas* *3= Consulto varias subespecialidades en simultaneo, pero ninguno es mi médico de cabecera* *4= No tengo medico clínico de cabecera y utilizo mi control ginecológico anual para solicitar estudios* *5= No tengo medica de cabecera porque yo misma realizo mis propios controles* *6= No tengo médico de cabecera especifico y voy variando de médico clínico* *7= No tengo médico de cabecera porque no me realizo chequeos*
	Clínica	Último control clínico	**Categórica**	*Nominal*	*1= Menos de un año* *2= Hace más de un año* *3= Hace más de 2 años* *4= Hace más de 3 años* *5= Nunca realizo control clínico*

	Ginecológica	Último control ginecológico	**Categórica**	*Nominal*	*1= Menos de un año* *2= Hace más de un año* *3= Hace más de 2 años* *4= Hace más de 3 años* *5= Nunca realizo control ginecológico*
	Cardiovascular	Toma de PA en el último control clínico	**Categórica**	*Dicotómica*	*1= SI* *0=NO*
	Cardiovascular	Toma de PA en el último control ginecológico	**Categórica**	*Dicotómica*	*1= SI* *0=NO*
Abreviaturas: H= Hombre. M= Mujer. CA= Cáncer. PA= Presión arterial.					

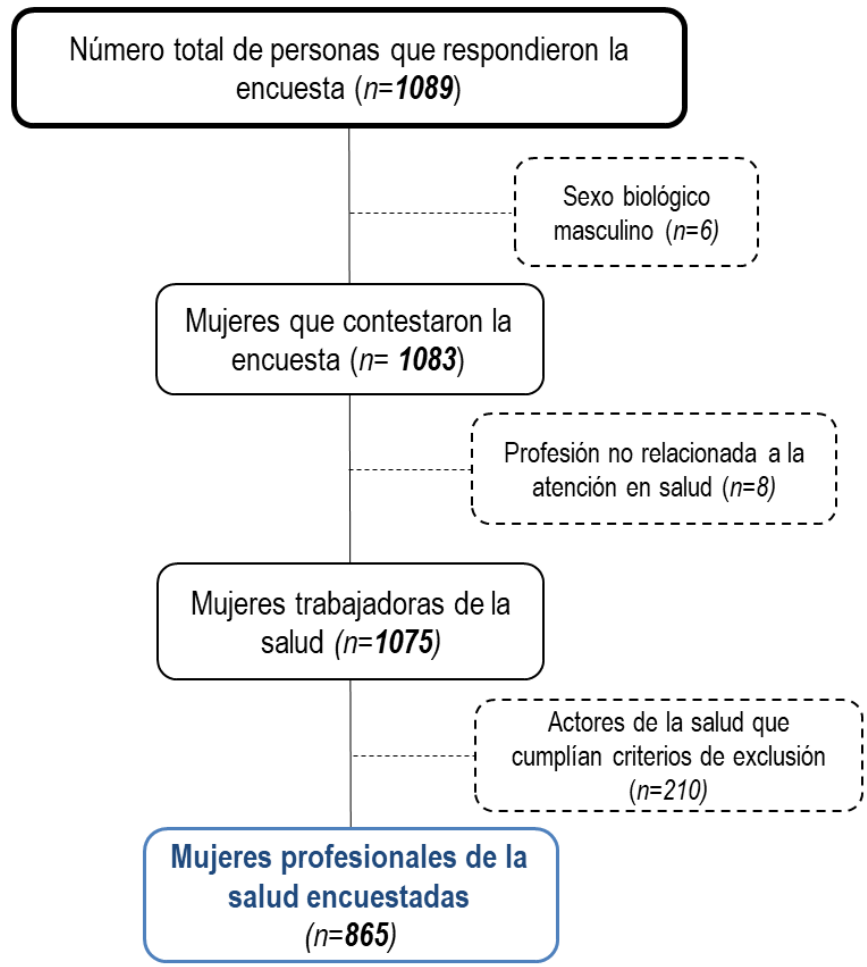
Análisis estadístico. Se utilizo SPSS para Windows, versión 21. Las variables cualitativas se expresaron a través de valor absoluto y porcentual. Se realizo prueba de normalidad para valorar la distribución de las variables cuantitativas. Las variables cuantitativas de distribución simétrica se presentaron como medias con desvío estándar (±), mientras que las asimétricas se presentaron como medianas con rangos intercuartílicos (Q3-Q1).

Consideraciones Éticas. El estudio fue realizado en base a la Declaración de Helsinki respecto de las investigaciones que involucran sujetos humanos. El trabajo de investigación fue previamente aprobado y autorizado por el Comité de Docencia e Investigación del Hospital Escuela Eva Perón. El Consentimiento Informado respecto de los alcances de la investigación, objetivos y tratativa de los datos solicitados fue aportado en la primera página de la entrevista, remarcando el carácter voluntario de la misma, el compromiso de tratamiento de los datos de manera anónima y los fines investigativos de la misma entre los cuales no se contemplaba fin de lucro ni financiamiento de las respuestas. En orden de mantener el anonimato de los sujetos participantes, se implementó un sistema de codificación para identificación de cada caso.

RESULTADOS

Se realizaron 1089 encuestas. Una vez aplicados los criterios de selección de muestra, se obtuvo una *n* final de 865 mujeres encuestadas. El algoritmo de flujo de incorporación de sujetos al estudio puede observarse en el Gráfico 1.

Gráfico 1. Algoritmo de incorporación de sujetos al estudio.



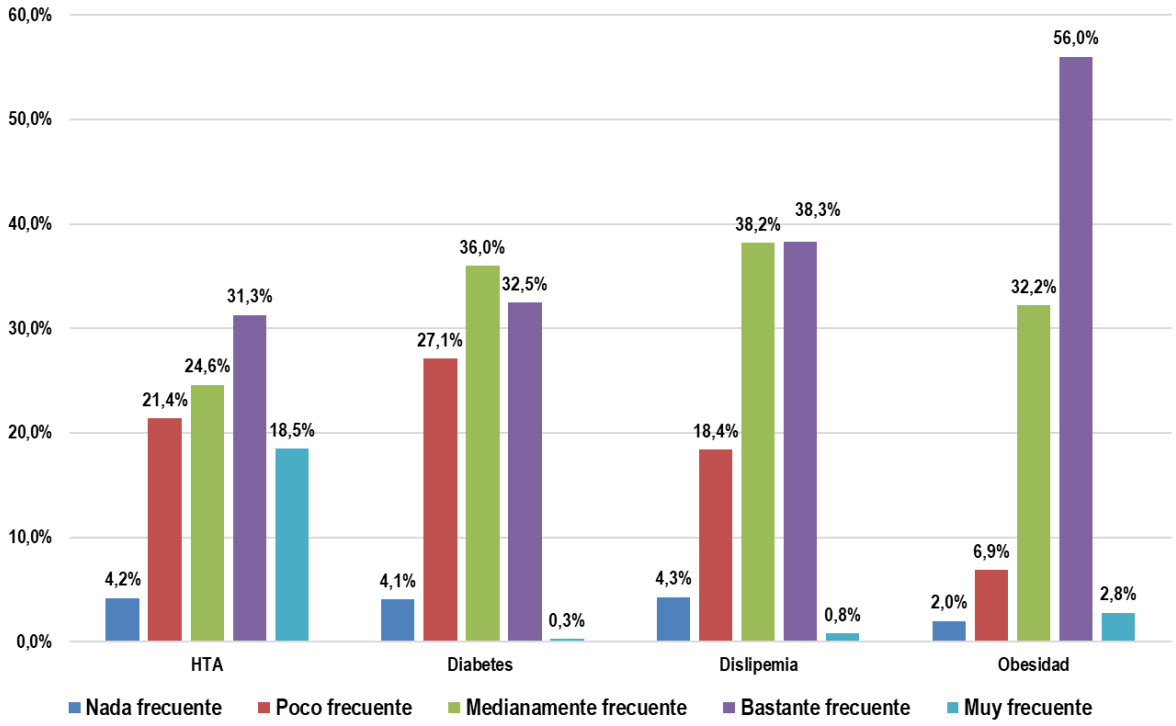
PERFIL PROFESIONAL DE LAS ENCUESTADAS

Entre las 865, hubo 634 (73.3%) médicas y 231 (26,7%) enfermeras. La edad media fue de 43.1 ±10.8 años. El promedio de año de recibida fue de 16.2 ±10.7. Entre las encuestadas hubo 508 (58,7%) que desarrollan tareas docentes de manera paralela a las tereas asistenciales. Hubo 11 mujeres (1.2%) que indicaron estar jubiladas.

PERCEPCION DE FRECUENCIA RELACIONADA A FACTORES DE RIESGO

Al interrogar a las encuestadas respecto de la percepción de frecuencia de los factores de riesgo HTA, diabetes, dislipemia y obesidad solicitando, para cada condición, la selección en una escala de opinión en: *nada frecuente, poco frecuente, medianamente frecuente, bastante frecuente y muy frecuente*; se obtuvieron los datos volcados en el Grafico 2.

Gráfico 2. Percepción de frecuencia de factores de riesgo cardiovascular tradicionales



PERCEPCION DE FRECUENCIA RELACIONADA A CAUSAS DE MUERTE

Al consultar, sobre una lista cerrada, sobre cuál le parecía la principal causa de muerte en mujeres argentinas, las respuestas más frecuentes, en orden, fueron: ECV 324 (37.5%), CA ginecológico 309 (35,7%) y violencia de género 125 (14,5%). El resto de las causas seleccionadas pueden observarse en el Gráfico 3.

Al consultar específicamente sobre la frecuencia percibida para la muerte de causa ginecológica y la causa de muerte cardiovascular en el sexo femenino, se observaron los datos exhibidos en el Gráfico 4.

Gráfico 3. Percepción de frecuencia relacionada a causas de muerte

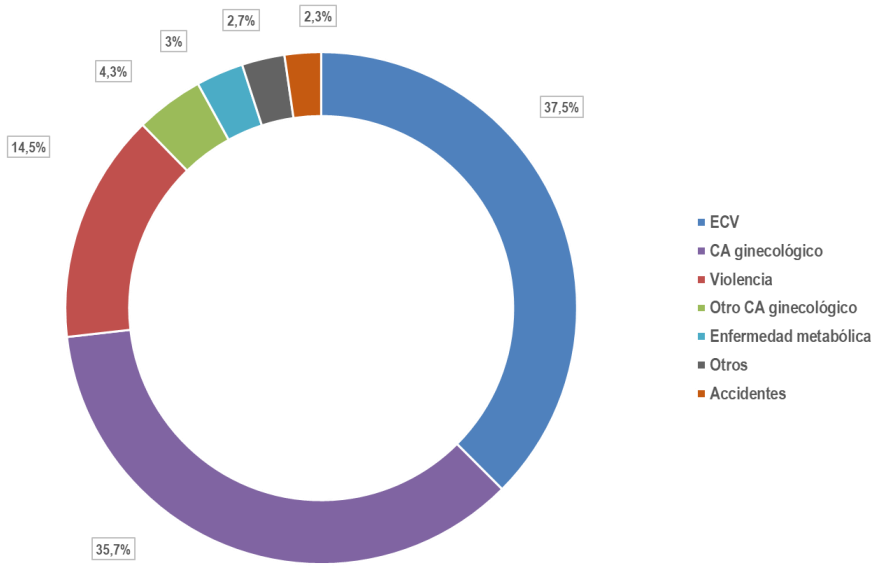
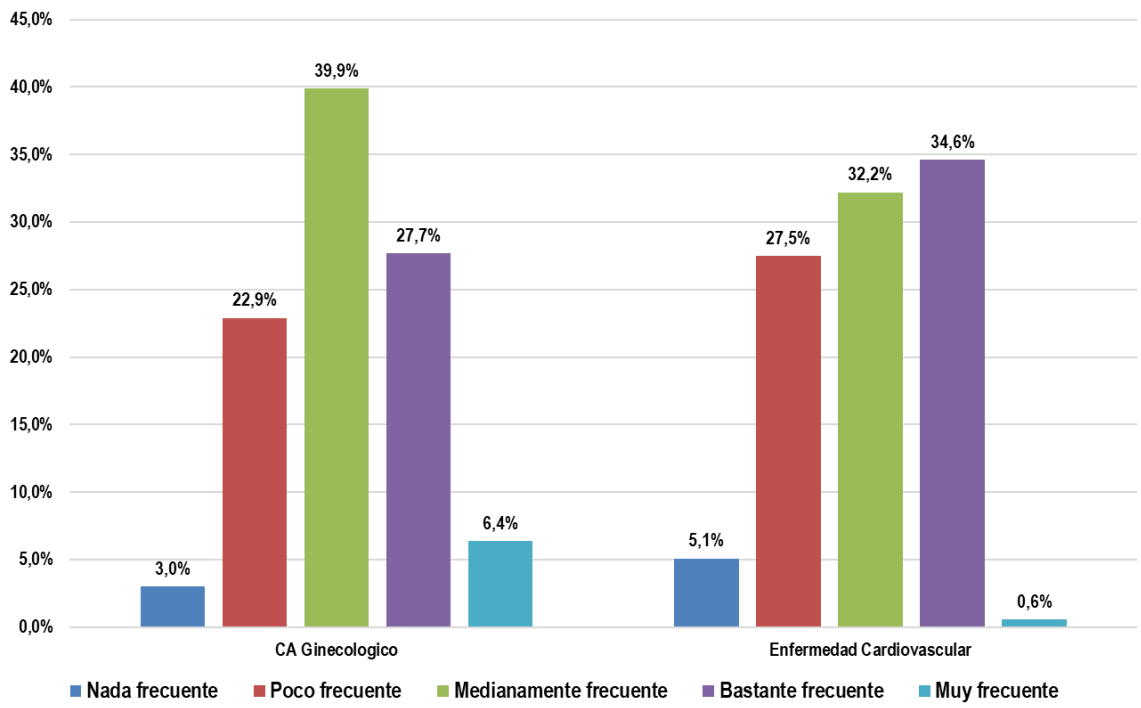


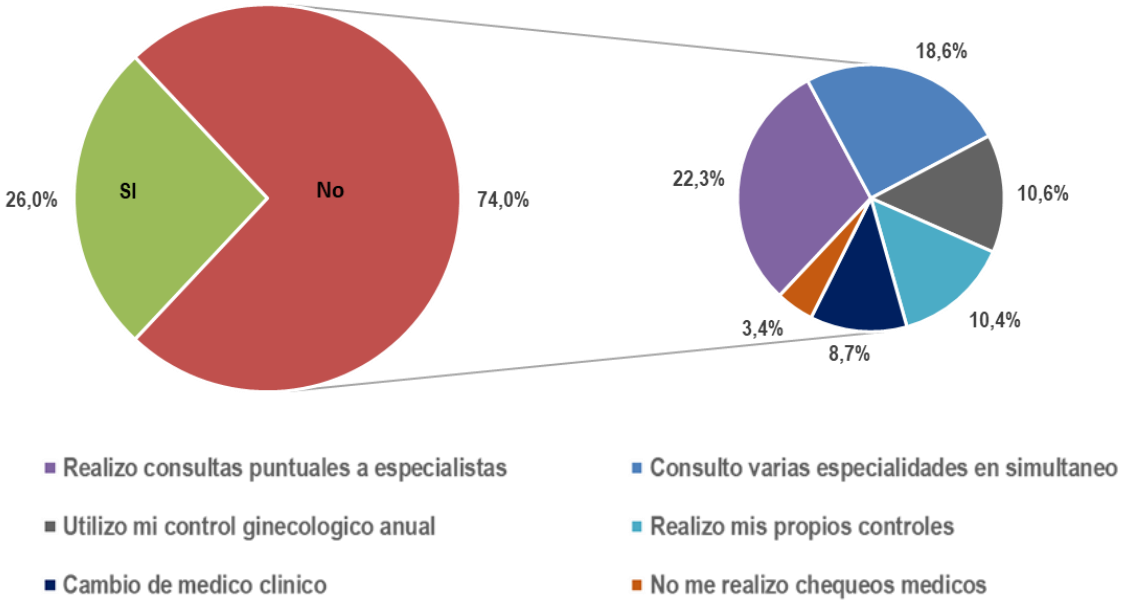
Gráfico 4. Frecuencia de percepción para mortalidad por cáncer (CA) ginecológico y enfermedad cardiovascular en mujeres



NIVEL DE CONTROL DE SALUD AUTOREFERENCIADO

Al interrogar si contaban con médico de cabecera 25,9% respondió afirmativamente. Entre las restantes, la negativa a la respuesta se acompañó de la siguiente explicación, de una lista pre-estipulada cerrada: *"No tengo médico de cabecera porque realizo consultas puntuales a subespecialistas"* 22,3%; *"Consulto varias subespecialidades en simultaneo pero ninguno es mi médico de cabecera"* 18,6%; *"No tengo medico clínico de cabecera y utilizo mi control ginecológico anual para solicitar estudios"* 10,6%; "*No tengo medico/a de cabecera porque yo misma realizo mis propios controles"* 10,4%; "*No tengo médica/o de cabecera especifico y voy variando de médico clínico"* 8,7%; "*No tengo médico de cabecera porque no me realizo chequeos"* 3,4%. Se realizó una representación de

Gráfico 5. Médico de cabecera



Al consultar respecto de ultimo chequeo clínico realizado: 352 (40,7%) indico haberlo realizado hacia menos de un año. Entre el resto indico: *Hace más de un año* 186 (21,5%), *hace más de 5 años* 236 (27,3%), *hace más de 10 años* 16 (1,8%) y *nunca haber realizado un chequeo clínico integral* 75 (8,7%). Estas dos exploraciones pueden observarse en el Grafico 6a.

Con respecto al último control ginecológico: 422 (48,8%) indico haberlo realizado hacia menos de un año. El porcentaje restante indico: *Hace más de un año* 264 (30,5%), *hace más de 2 años* 122 (14,1%), *hace más de 3 años 51* (5,9%) y *nunca haber realizado un chequeo ginecológico* 6 (0,7%). Gráfico 6b.

El 59% de las encuestadas refirió realizar consultas de pasillo de manera informal sobre problemas de su propia salud.

Gráfico 6a. Último control clínico

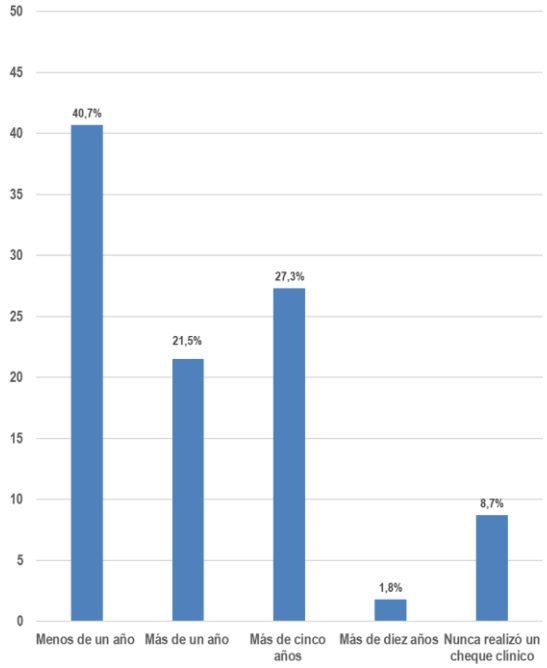
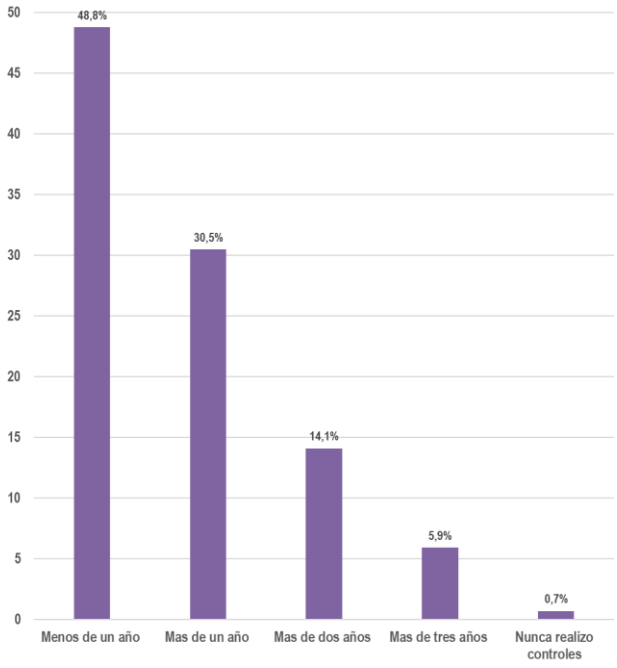


Gráfico 6b. Último control ginecológico



Al indagar sobre la toma de presión arterial en los controles médicos realizados, se señaló que en el control ginecológico se presentó con una frecuencia de 18,6%, Gráfico 7a; mientras que la frecuencia en el chequeo clínico se refirió en 62,7%, Gráfico 7b.

Gráfico 7a. Toma de presión arterial en el último control ginecológico

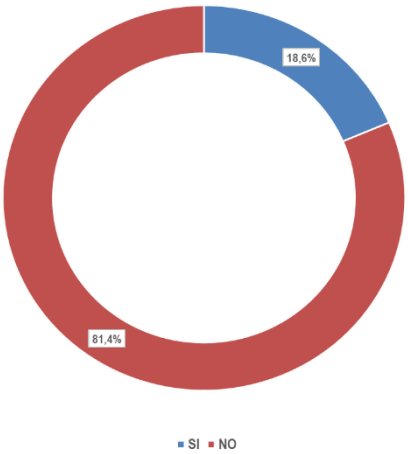
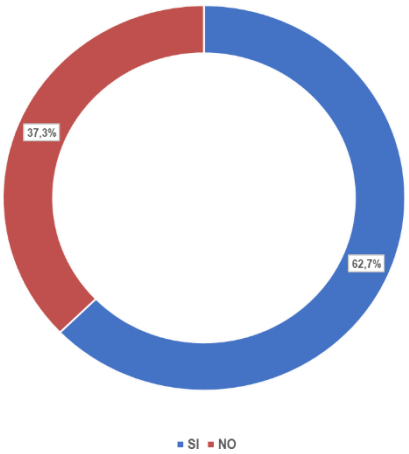


Gráfico 7b. Toma de presión arterial en el último control clínico



DISCUSIÓN

En este estudio se buscó indagar la percepción de enfermedad y nivel de autocuidado de la salud entre mujeres profesionales de la salud médicas y enfermeras en Argentina. Se seleccionaron mujeres profesionales en contacto con el sistema de salud con la intención de minimizar el sesgo sobre la falta de conocimiento científico que no suele tener la población general. Sin embargo, los resultados obtenidos transmiten preocupación, impresionando existiría una aparente disociación entre el conocimiento y la percepción de esta problemática, dado que en las profesionales se reproducen las creencias observadas en la población general.

Al consultar sobre cuál era la principal causa de muerte identificada por las profesionales, se encontró que 6 de cada 10 no identificaron las enfermedades cardiovasculares como la principal causa de mortalidad en las mujeres. La gran mayoría aún percibe al CA ginecológico y no ginecológico como la principal causa de muerte en su género.

Los datos muestran que en realidad es que la ECV representa la principal causa de muerte en Argentina, según las estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación del año 2020 de 376.219 defunciones un 25,8% corresponde a enfermedades del sistema circulatorio siendo la causa más prevalente, seguida por las neoplasias en segundo lugar con un 14%. (8)(26)

Sin embargo, esto no sólo se observa en nuestra experiencia. En un reciente estudio publicado en Argentina en el año 2022 por Del Sueldo M *et al* se puedo ver que sólo el 16% de las mujeres percibía a la ECV como principal causa de muerte asociada a su género, y que casi la mitad (46%) la relacionaba con la enfermedad oncológica. En Uruguay, en una encuesta realizada por Artucio C *et al* en el año 2013 se mostraron resultados casi idénticos, más de la mitad de las encuestadas (62%) señaló el cáncer como la principal causa de muerte percibida, mientras que sólo el 12% planteó como principal causa de muerte la ECV. (9)(10) Resulta un punto importante a considerar en vistas que se ha descripto que solo el 40% de las mujeres ha discutido alguna vez con su médico la posibilidad de padecer ECV. (10)

Podemos ver entonces a lo largo de este recorrido, como se ve reflejada la tendencia a la subestimación de la probabilidad de enfermedad cardiovascular tanto por parte de las propias mujeres. Cabe preguntarse entonces, si existe algún factor que condiciona la baja alerta o falta de atención en este tema es estas mujeres.

En este sentido, en nuestra encuesta unos de los aspectos a considerar fue la percepción sobre factores de riesgo cardiovascular (donde indagamos sobre HTA, Diabetes Mellitus, dislipidemia y obesidad) y cuan frecuente consideraban estas condiciones. Dentro de los primeros 3 factores de riesgo nombrados más del 50% lo consideraba como "*medianamente frecuente", "poco frecuente" o "nada frecuente"*; mientras que la obesidad fue percibida por un 40% de las encuestadas como "*medianamente frecuente", "poco frecuente" o "nada frecuente".*

Se ha observado por múltiples autores una menor promoción de la adquisición de hábitos saludables en las mujeres jóvenes, lo que paralelamente se ha asociado a una creciente prevalencia en el diagnóstico de DM, obesidad, dislipemia y nuevas tabaquistas en edades tempranas. Este punto inevitablemente condicionaría el

desarrollo y persistencia de peores perfiles cardiovasculares a lo largo del tiempo, con el consiguiente desarrollo de ECV. Debemos realizar una importante autocrítica, como equipo de salud, a la vista no sólo de estos datos, sino de publicaciones que exhiben que al indagar poblaciones de médicos de atención primaria sólo el 40% de los profesionales incluyen un examen cardiológico rutinario en el control de salud de pacientes mujeres, que entre el 50% y el 70% de los médicos no prioriza la ECV como una problemática en poblaciones femeninas y que ante igualdad de escenarios clínicos a las mujeres se les suele asignar un riesgo cardiovascular más bajo. (6)(8)(27)(28)(29)(30)(31)(32)(33)

Parecería entonces, que la falta de jerarquización de la ECV no depende sólo de un sesgo de percepción, sino que también se reconoce un déficit en los alcances educativos, de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad, dentro y fuera del consultorio. Siguiendo esta línea, y bajo la dureza de los datos, que nos demuestran que una mujer en Argentina fallece cada 11 minutos por ECV, cabría preguntarse si estas limitaciones se traducen también al territorio del reconocimiento y atención de los eventos. (34)

Si analizamos el reconocimiento de síntomas y experiencias de atención médica de mujeres que han requerido asistencia en el contexto de un evento cardiovascular agudo, podemos observar varios puntos interesantes. Por un lado, Lichtman J et al. en el año 2015 en Norteamérica expuso como las propias mujeres no evaluaban con precisión sus antecedentes de riesgo cardiovascular, con tendencia a subestimarlos o descartarlos como factores de riesgo para ECV. Por otro, varios autores han dejado de manifiesto las falencias de los equipos de salud, mostrando que las mujeres están expuestas a una mayor probabilidad de diagnóstico erróneo, debiendo en muchos casos re-consultar para arribar al diagnóstico definitivo; que una vez diagnosticada existe una menor probabilidad de que la misma reciba conductas terapéuticas invasivas en comparación con un paciente masculino; que es menos probable que una mujer reciba algunos fármacos como inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, aspirina o estatinas, especialmente si se encuentra en edad fértil; y que se le suele otorgar el alta con mayor prontitud y con menos recomendaciones preventivas. Estos puntos relacionados al retraso diagnóstico y a tratamientos a veces inapropiados a su vez aumenta el riesgo de complicaciones y muerte. (8)(27)(35)(36)

No deja de llamar la atención que entre los estudios mencionados realizamos un largo recorrido temporal, abarcando experiencias a lo largo de la última década, e incluso del último año; y que aun así, a pesar de los avances evidentes en materia de tecnología y de medios de difusión masiva, aún podemos visualizar en nuestra encuesta como la misma problemática continúa sin variaciones.

Tomemos el ejemplo de los médicos ginecólogos y los increíbles resultados que han obtenido, producto de la promoción y prevención relacionada al CA ginecológico implementada al largo de los años, con la vacunación para HPV dentro del calendario de vacunación y las diferentes campañas para controles de CA mamario y PAP. Puede verse claramente reflejado en las estadísticas nacionales, a lo largo del tiempo, donde se exhibe una tendencia descendente en la mortalidad por cáncer durante todo el período, en primera instancia entre el 2002 y 2017, a una velocidad de -0,3% anual; acelerando esta tendencia en el último trienio, en el que se registró una disminución de -2.9% anual. Con políticas adecuadas los cambios existen. (26)(36)(37)(38)

Podríamos preguntarnos cómo, estos programas, que llevamos adelante como médicos, parecen no ser acatados, aceptados o puestos en práctica por las propias profesionales implicadas desde su condición biológica. Inevitablemente, más allá de las condiciones de igualdad de acceso a la educación que presenta una colega femenina, debemos hablar de la triple carga social dada por el trabajo, las tareas domésticas y la procreación, lo que puede dificultar la atención y el autocuidado de su propia salud. Estos factores, más acentuados en el pasado, pero aún persistentes, generan una brecha sobre todo en el tiempo disponible para el autocuidado, lo que podría contribuir a la subestimación de la posibilidad de padecer enfermedades cardiovasculares, a la falta de atención a los controles clínicos generales o a realizar el control de salud anual. (1)(8)

En nuestro trabajo, cuando indagamos la frecuencia de control clínico, observamos que más del 60% de profesionales no habían tenido una evaluación en el último año, que 7 de cada 10 no tenía médico de cabecera y que casi 60% de ellas realizaba consultas de pasillo a colegas para resolver problemas de su propia salud. Paralelamente, pudimos observar que más del 80% tenía realizado control ginecológico en el año en curso o año previo. Esto demuestra una vez más, el impacto de la educación y la promoción de la salud, a la vez que revaloriza la figura del médico toco ginecólogo como espacio de confianza, contención e intervención de estas mujeres, dado que en muchas veces oficia como primer contacto con el sistema de salud.

Sin embargo, cabe destacar que, en estos controles ginecológicos, menos del 20% de las profesionales indicaron que se había realizado un control de presión arterial (versus la toma de PA en el chequeo clínico, la cual se refirió con una frecuencia del 62,7%). Estos datos no sólo exhiben la brecha entre el espacio de oportunidad y la acción misma del control, sino que invita a reconocer como en 4 de cada 10 oportunidades en salud del médico de cabecera no se realizó control de una variable fundamental para el control de la ECV, como es la PA.

También podría plantearse la importancia de llegar a nuestros colegas ginecólogos con este mensaje, considerado por muchas mujeres lo consideran como su médico de cabecera, preparándolo para pesquisar aquellas mujeres con mayor riesgo cardiovascular, realizando controles de PA, peso, talla con medición de perímetro abdominal y factores de riesgo tales como el tabaquismo y antecedentes familiares por muerte cardiovascular, derivando a este tipo de paciente para un control clínico o cardiológico más profundo.

Este estudio busco ampliar la evidencia mostrada por trabajos ya realizados en Latinoamérica y seguir vislumbrando la problemática ya reconocida, ofreciendo una mirada, que consideramos valiosa, sobre la percepción de enfermedad y el autocuidado de la salud en mujeres profesionales de la salud en la actualidad. Esta problemática continua a pesar del paso de los años y abarca cuestiones culturales arraigadas en el imaginario social, desafíos profesionales en el ámbito médico y cuestiones relacionadas con las políticas de salud.

Los resultados invitan a implementar intervenciones educativas y programas de concienciación destinados a mejorar el conocimiento sobre las enfermedades cardiovasculares y promover una mayor atención a los controles clínicos generales. Es esencial enfatizar la importancia de fortalecer la educación y la atención en salud dirigidas a las mujeres profesionales de la salud.

La mejora en la comprensión de la percepción de la enfermedad y la promoción de prácticas más exhaustivas de autocuidado, que incluyan exámenes médicos regulares, son pasos fundamentales para garantizar la salud y el bienestar de este grupo de mujeres, así como de todas las mujeres en general.

Limitaciones

Es importante mencionar que se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, lo que puede afectar la representatividad de la muestra. La encuesta se realizó en un período específico y en un contexto geográfico determinado, lo que limita la generalización de los resultados a otras poblaciones o contextos. La información recopilada se basó en respuestas auto declaradas, lo que podría estar sujeto a sesgos de interpretación.

Se considera la necesidad de realizar futuras investigaciones que aborden aspectos específicos relacionados con los factores de riesgo y las medidas preventivas adoptadas por las mujeres profesionales de la salud. También sería relevante explorar las barreras que enfrentan para acceder a los servicios de salud y para realizar controles de manera regular.

Conclusiones

Hubo 6 de cada 10 profesionales que no reconocieron a la ECV como la principal causa de muerte ligada a su género. La percepción de la problemática cardiovascular es baja, observando que más del 60% de las mujeres no había realizado control clínico en el último año, que el 70% no cuenta con médico de cabecera y que 6 de cada 10 realiza consultas de pasillo para resolver problemas de salud; mientras que el 80% de las mismas sí había realizado su chequeo ginecológico anual. La valoración de las cifras de PA, íntimamente ligada con la ECV, sólo se refirió en el 60% de controles clínicos y menos del 20% de controles ginecológicos.

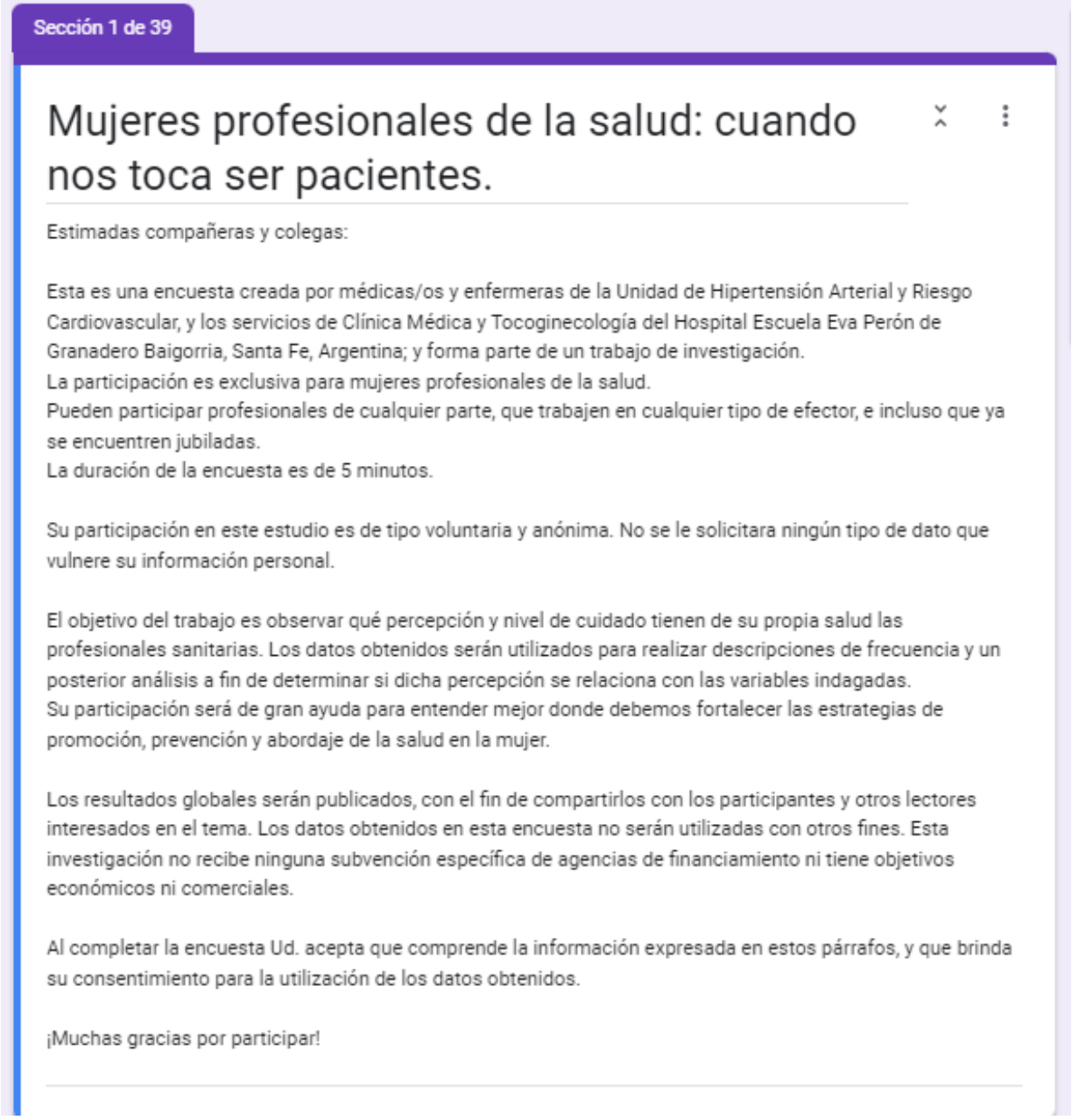
BIBLIOGRAFIA

1. Breilh J. La triple carga (trabajo, práctica doméstica y procreación). Deterioro prematuro de la mujer en el Neoliberalismo. 1991;82.
2. Scaglione LP, Rosso AC, Nanfara SG, Ruffa RM, Lopresti SR, Tubino ME, Espíndola ME, Fuentes IA, Maccarone P, del Sueldo M, Ramírez MS, Zilberman J, Brocal L; Comité de Enfermedad Cardiovascular de la Mujer de la Federación Argentina de Cardiología. Toma de posición. Riesgo cardiovascular del cuarto trimestre: el embarazo como predictor de riesgo. Rev Fed Arg Cardiol. 2024;53(3):159-172.
3. Sánchez R, Mirada M, Favaloro LE. Prevención cardiovascular en el paciente con enfermedad metabólica: De la fisiopatología a la terapéutica. 2ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Universidad Favaloro; 2024. Libro digital, PDF. Capítulo de libro: Del Sueldo M, Miranda G, Ghelf A. Prevención de la enfermedad cardiovascular en la mujer. En: Sánchez R, Mirada M, Favaloro LE, editores. Prevención cardiovascular en el paciente con enfermedad metabólica: De la fisiopatología a la terapéutica. 2ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Universidad Favaloro; 2024. p. [pág 135].
4. Delucchi AM, Majul CR, Vicario A, Cerezo GH, Fábregues G. Registro nacional de hipertensión arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en la argentina. estudio renata-2. Rev Argent Cardiol. 2017;85(4):340–6.
5. Del Sueldo M, Zilberman J, Claros Martell N. Hipertensión En La Mujer. Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. 2018. URL disponible en: https://www.saha.org.ar/files/documents/HTA-en-la-mujer.pdf
6. Sosa Liprandi MI, Harwicz PS, Sosa Liprandi Á. 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.
7. Yang DX, Soulos PR, Davis B, Gross CP, Yu JB. Impact of Widespread Cervical Cancer Screening. Am J Clin Oncol Cancer Clin Trials. 2018;41(3):289–94.
8. Lichtman JH, Leifheit-Limson EC, Watanabe E, Allen NB, Garavalia B, Garavalia LS, et al. Symptom recognition and healthcare experiences of young women with acute myocardial infarction. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2015;8:S31–8.
9. Artucio C, Giambruno M, Duro I, Michelis V, Korytnicki D, Barranco D, et al. Enfermedad cardiovascular en la mujer. Cómo la perciben, qué conocen y qué conductas de prevención adoptan las mujeres. Rev Urug Cardiol. 2017;32(1):13–22.
10. Del Sueldo M, Brienza S, Lorenzatti A, Gutierrez N, Brocal L, Ribotta M, et al. Rev Fed Arg Cardiol. 2022;51(2):68–77.
11. Wilkinson C, Bebb O, Dondo TB, Munyombwe T, Casadei B, Clarke S, Schiele F, Timmis A, Marlous S, Gale CP.Sex differences in quality indicator attainment for myocardial infarction: a nationwide cohort study. Heart. 2019 Apr;105(7):516-523. doi:10.1136/heartjnl-2018-313959.
12. Ramírez Mera UN, Barragán López JF. University students' self-perception on the use of digital technologies for learning. Apertura. 2018;10(2):94–109.

13. Sox HC. The Health Checkup: Was It Ever Effective? Could It Be Effective? JAMA. 2013;309(23):2496–2497.
14. Liss DT, Uchida T, Wilkes CL, Radakrishnan A, Linder JA. General Health Checks in Adult Primary Care: A Review. JAMA. 2021;325(22):2294–2306.
15. Ministerio de Salud Argentina. Plan de Servicios de Salud Programa Sumar. Año 2020. URL disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-07/plan-servicios-salud-sumar-2020.pdf
16. Tanner L, Kenny R, Still M, Ling J, Pearson F, Thompson K, Bhardwaj-Gosling R. NHS Health Check programme: a rapid review update. BMJ Open. 2022;12(2):e052832.
17. National Health Service (NHS) United Kingdom. Información para la comunidad. URL disponible en: https://www.nhs.uk/conditions/cervical-screening/
18. Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA). Información para la comunidad. URL disponible en: http://www.sogiba.org.ar/lacomunidad/prevencion-cm.htm
19. Blair AR, Casas CM. Gynecologic cancers. Prim Care. 2009;36(1):115-30.
20. Pahlawanian AM, Norris VA, Jernigan AM, Morrell B, Morrell M, Nair N, Karamanis AM, Dauchy EM, Loch MM, Garcia AA. An Update on Screening and Prevention for Breast and Gynecological Cancers in Average and High Risk Individuals. Am J Med Sci. 2020;360(5):489-510.
21. Ministerio de Salud de Argentina. Información para la comunidad. URL disponible en: https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/enfermedadcardiovascular
22. Trabajo colaborativo de la Sociedad Argentina de Cardiología, Federación Argentina de Cardiologíay Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. Consenso Argentino de Hipertensión Arterial. 2018;86(Suppl.2):1-53.
23. Schmalstieg-Bahr K, Popert UW, Scherer M. The Role of General Practice in Complex Health Care Systems. Front Med (Lausanne). 2021;8:680695.
24. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Guía 2022 sobre Prevención primaria y secundaria del cáncer cervicouterino: “Manejo del tamizaje anormal y de las lesiones histológicas del cuello uterino. URL disponible en: https://www.fasgo.org.ar/images/Nueva_Guia_2022_FINAL_SAPTGIyC_SOGIBA_FASGO.pdf
25. Ledford LRC, Lockwood S. Scope and Epidemiology of Gynecologic Cancers: An Overview. Semin Oncol Nurs. 2019;35(2):147-50.
26. Beesley VL, Alemayehu C, Webb PM. A systematic literature review of the prevalence of and risk factors for supportive care needs among women with gynaecological cancer and their caregivers. Support Care Cancer. 2018;26(3):701-710.
27. Ghelfi AM, Staffieri GJ. Hypertension in non-pregnant women of childbearing age. Med Clin (Barc). 2022;159(2):101–5.
28. Bairey Merz CN, Andersen H, Sprague E, Burns A, Keida M, Walsh MN, et al. Knowledge, Attitudes, and Beliefs Regarding Cardiovascular Disease in Women: The Women’s Heart Alliance. J Am Coll Cardiol. 2017;70(2):123–32.

29. Huxley R, Barzi F, Woodward M. Excess risk of fatal coronary heart disease associated with diabetes in men and women: Meta-analysis of 37 prospective cohort studies. Br Med J. 2006;332(7533):73–6.
30. Schulman KA, Berlín JA, Harless W, Kernen JF, Sistrunk S, Gersh BJ, et al. The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization. N Engl J Med. 1999;340(8):618-626.
31. Mosca L., Linfante AH, Benjamin EJ. Berra K, Hayes SN, Walsh BW, et al. National study of physician awareness and adherence to cardiovascular disease prevention guidelines. Circulation. 2005;111(4):499-510.
32. Bairey Merz CN, Andersen HS, Shufelt CL. Gender, cardiovascular disease, and the sexism of obesity. J Am Coll Cardiol. 2015;66(18):1958–60.
33. Dattoli-García CA, Jackson-Pedroza CN, Gallardo-Grajeda AL, Gopar-Nieto R, Araiza-Garygordobil D, Arias-Mendoza A. Acute myocardial infarction: Review on risk factors, etiologies, angiographic characteristics and outcomes in young patients. Arch Cardiol Mex. 2021;91(4):485–92.
34. Volberg V, Rubilar B, Aquieri A, Giorgini J, Seijo M, Álvarez J. Consenso de Enfermedad Cardiovascular en la Mujer Área "Corazón y Mujer." Rev Argent Cardiol. 2021;89(5):1–191.
35. Urrea JK. Hipertensión arterial en la mujer. Rev Colomb Cardiol. 2018;25:13–20.
36. Wenger NK, Arnold A, Bairey Merz CN, Cooper-DeHoff RM, Ferdinand KC, Fleg JL, et al. Hypertension Across a Woman's Life Cycle. J Am Coll Cardiol. 2018;71(16):1797–813.
37. Ministerio de Salud. Estadísticas vitales - Argentina Año 2020. Estadísticas vitales - Información básica. 2022;72–3. URL disponible en: https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/pnpcc
38. Ministerio de Salud de Argentina. Resolución 4217/2023 Ministerio de Salud. URL disponible en: https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/cancer-de-cuello-de-utero

ANEXO 1



Sección 1 de 39

Mujeres profesionales de la salud: cuando nos toca ser pacientes.

Estimadas compañeras y colegas:

Esta es una encuesta creada por médicas/os y enfermeras de la Unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular, y los servicios de Clínica Médica y Tocoginecología del Hospital Escuela Eva Perón de Granadero Baigorria, Santa Fe, Argentina; y forma parte de un trabajo de investigación.
La participación es exclusiva para mujeres profesionales de la salud.
Pueden participar profesionales de cualquier parte, que trabajen en cualquier tipo de efector, e incluso que ya se encuentren jubiladas.
La duración de la encuesta es de 5 minutos.

Su participación en este estudio es de tipo voluntaria y anónima. No se le solicitara ningún tipo de dato que vulnere su información personal.

El objetivo del trabajo es observar qué percepción y nivel de cuidado tienen de su propia salud las profesionales sanitarias. Los datos obtenidos serán utilizados para realizar descripciones de frecuencia y un posterior análisis a fin de determinar si dicha percepción se relaciona con las variables indagadas.
Su participación será de gran ayuda para entender mejor donde debemos fortalecer las estrategias de promoción, prevención y abordaje de la salud en la mujer.

Los resultados globales serán publicados, con el fin de compartirlos con los participantes y otros lectores interesados en el tema. Los datos obtenidos en esta encuesta no serán utilizadas con otros fines. Esta investigación no recibe ninguna subvención específica de agencias de financiamiento ni tiene objetivos económicos ni comerciales.

Al completar la encuesta Ud. acepta que comprende la información expresada en estos párrafos, y que brinda su consentimiento para la utilización de los datos obtenidos.

¡Muchas gracias por participar!

Sección 2 de 39

Sexo biológico

Descripción (opcional)

Sexo biológico *

- Hombre
- Mujer

Después de la sección 2 Ir a la siguiente sección

Sección 3 de 39

Profesión

Descripción (opcional)

¿Es usted Profesional de la Salud? (Enfermera, Médica, Psicóloga, Odontóloga, Nutricionista, Kinesióloga, etc.) *

- NO
- SI

Sección 3 de 39

Profesión

Descripción (opcional)

¿Es usted Profesional de la Salud? (Enfermera, Médica, Psicóloga, Odontóloga, Nutricionista, Kinesióloga, etc.) *

- NO
- SI

Sección 4 de 39

Cosas mínimas que necesitamos saber de Usted

Descripción (opcional)

Dado que esta encuesta es anónima y que no solicitamos información personal sensible de manipulación con otros fines: necesitamos idear alguna manera para identificar posibles respuestas duplicadas. Para poder salvar este problema, le pedimos que escriba: la primera letra de su nombre, los últimos 3 dígitos de su DNI y la última letra de su nombre (ejemplo: A553A, C851A). Este dato solo será utilizado para descartar encuestas duplicadas.

Texto de respuesta breve

Edad *

Texto de respuesta breve

¿Cuántos años tiene de recibida? *

Texto de respuesta breve

¿En que provincia reside? *

Texto de respuesta breve

Sección 6 de 39

Enfermería:

Descripción (opcional)

¿Se dedica usted a cuidados en un área específica o a la atención de una patología puntual? *

- NO
- SI

Después de la sección 6 Ir a la siguiente sección

Sección 7 de 39

Enfermería: cuidados por área y/o atención de patología específica

Descripción (opcional)

Si usted se especializó, o está especializándose actualmente, en un área puntual (ej: Diabetes, enfermedades infecciosas, etc.), o se dedica a la atención en un sector/área específica (ej: maternidad, cuidados críticos, cirugía, etc.), indique cuál/es: *

Texto de respuesta breve

Sección 5 de 39

Profesiones

Descripción (opcional)

¿Cuál es su profesión? *

- Enfermera
- Médica
- Nutricionista
- Psicóloga
- Kinesiologa
- Fisioterapeutas
- Odontóloga
- Farmacéuticas
- Otra...

Sección 8 de 39

Enfermería: Sitio de trabajo

Descripción (opcional)

Respecto de su trabajo asistencial: ¿En qué ámbito de atención se desempeña actualmente? *
(Puede marcar más de una opción como válida).

- [ ] Guardia externa de hospital o sanatorio
- [ ] Centro de salud o consultorios de primer nivel de atención
- [ ] Atención pre-hospitalaria (ambulancia u otro sistema de atención domiciliaria)
- [ ] Sala de internación de hospital o sanatorio (clínica, quirúrgica, obstétrica, etc.)
- [ ] Cuidados críticos (terapia intensiva, unidad coronaria)
- [ ] Jubilada
- [ ] Otros

Después de la sección 8 Ir a la siguiente sección

Sección 9 de 39

Enfermería: Docencia

Descripción (opcional)

¿Realiza o realizó además tareas como docente? *

- ( ) NO
- ( ) SI

Sección 10 de 39

Enfermería: Docentes

Descripción (opcional)

¿En cuáles de las siguientes categorías desempeña o desempeño tareas docentes? *

- [ ] En actividades para la comunidad y población general
- [ ] En institución para formación de grado de mi profesión y/o especialización
- [ ] En formación de posgrado, magister o doctorado de mi profesión y/o especialización
- [ ] En formación dependiente de sociedades científicas debido a mi especialización

Después de la sección 10 Ir a la sección 19 (Percepciones sobre...salud de la mujer)

Sección 11 de 39

Medicina:

Descripción (opcional)

¿Cuál es su condición formativa? *

- ( ) Soy médica pero decidí no realizar una especialidad
- ( ) Soy médica y me encuentro realizando una especialidad como concurrente/residente
- ( ) Soy médica y cuento con una especialidad
- ( ) Soy médica y cuento con más de una especialidad

Sección 12 de 39

Medicina: Tipo de formación

Descripción (opcional)

Si usted está: especializándose actualmente, o ya tiene una o más especialidades rendidas, o tiene una rendida y otra en curso... indique cuáles. (Puede marcar más de una opción, las mismas se encuentran por orden alfabético): *

- [ ] Cardiología
- [ ] Cirugía General
- [ ] Clínica Médica
- [ ] Endocrinología
- [ ] Gastroenterología
- [ ] General y de Familia
- [ ] Infectología
- [ ] Oncología
- [ ] Ortopedia y Traumatología
- [ ] Pediatría
- [ ] Reumatología
- [ ] Terapia Intensiva
- [ ] Tocoginecología
- [ ] Neumonología
- [ ] Nefrología
- [ ] Hematología
- [ ] Otra...

Sección 13 de 39

Medicina: Sitio de Trabajo

Descripción (opcional)

Respecto de su trabajo asistencial: ¿En qué ámbito de atención se desempeña actualmente? (Puede marcar más de una opción como válida). *

- [ ] Guardia externa de hospital o sanatorio
- [ ] Centro de salud o consultorios de primer nivel de atención
- [ ] Atención pre-hospitalaria (ambulancia u otro sistema de atención domiciliaria)
- [ ] Sala de internación de hospital o sanatorio (clínica, quirúrgica, obstétrica, etc.)
- [ ] Cuidados críticos (terapia intensiva, unidad coronaria)
- [ ] Jubilada
- [ ] Otros

Después de la sección 13 Ir a la siguiente sección

Sección 14 de 39

Medicina: Docencia

Descripción (opcional)

¿Realiza o realizó además tareas como docente? *

- ( ) NO
- ( ) SI

Sección 15 de 39

Medicina: Docentes

Descripción (opcional)

¿En cuáles de las siguientes categorías desempeña o desempeño tareas docentes? *

- [ ] En actividades para la comunidad y población general
- [ ] En institución académica para formación de grado de mi profesión y/o especialización
- [ ] En formación de posgrado, magister o doctorado de mi profesión y/o especialización
- [ ] En formación dependiente de sociedades científicas debido a mi especialización

Sección 16 de 39

Ejercicio profesional

Descripción (opcional)

Respecto de su trabajo asistencial: ¿En qué ámbito de atención se desempeña actualmente? * (Puede marcar más de una opción como válida).

- [ ] Guardia externa de hospital o sanatorio
- [ ] Centro de salud o consultorios de primer nivel de atención
- [ ] Atención pre-hospitalaria (ambulancia u otro sistema de atención domiciliaria)
- [ ] Sala de internación de hospital o sanatorio (clínica, quirúrgica, obstétrica, etc.)
- [ ] Cuidados críticos (terapia intensiva, unidad coronaria)
- [ ] Ejercicio en el sector privado y/o autónomo
- [ ] Jubilada
- [ ] Otros

Después de la sección 16 Ir a la siguiente sección

Sección 17 de 39

Docencia

Descripción (opcional)

¿Realiza o realizó además tareas como docente? *

- ( ) NO
- ( ) SI

Sección 18 de 39

Docentes

Descripción (opcional)

¿En cuáles de las siguientes categorías desempeño tareas docentes? *

- [ ] En actividades para la comunidad y población general
- [ ] En institución para formación de grado de mi profesión y/o especialización
- [ ] En formación de posgrado, magister o doctorado de mi profesión y/o especialización
- [ ] En formación dependiente de sociedades científicas debido a mi especialización

Sección 19 de 39

Percepciones sobre la salud de la mujer

Descripción (opcional)

¿Con qué frecuencia cree que las mujeres de su edad padecen los siguientes problemas? (Desplace hacia la derecha para más opciones de frecuencia). *

	Nada frecuente	Poco frecuente	Medianamente...	Bastante frecu...	Muy frecuente
Cáncer ginecol...	○	○	○	○	○
Hipertensión a...	○	○	○	○	○
Diabetes mellit...	○	○	○	○	○
Hipercolesterol...	○	○	○	○	○
Infecciones se...	○	○	○	○	○
Sobrepeso u O...	○	○	○	○	○
Problemas car...	○	○	○	○	○
Osteopenia u O...	○	○	○	○	○

¿Cuál le parece la PRINCIPAL CAUSA DE MUERTE en las mujeres argentinas? *

- ◯ Muerte por cáncer ginecológico (ejemplos: cáncer de mama, de cérvix, etc.).
- ◯ Muerte por otro cáncer no ginecológico (ejemplos: cáncer de colon, pulmón, etc.).
- ◯ Muerte por enfermedad cardiovascular (ejemplos: infarto cardíaco, ACV, etc.).
- ◯ Muerte por enfermedad infecciosa (ejemplos: HIV, sepsis, etc.).
- ◯ Muerte por enfermedades metabólicas (ejemplos: diabetes, enf. tiroidea, dislipemia).
- ◯ Muertes por causas respiratorias (ejemplos: asma, EPOC).
- ◯ Muerte por enfermedades reumáticas y/o autoinmunes (ejemplos: lupus, artrosis, osteoporosis).
- ◯ Muertes por consumo problemático de sustancias (ejemplos: alcohol, drogas).
- ◯ Muertes accidentales (ejemplo: accidente de tráfico)
- ◯ Muertes violentas (ejemplos: violencia de género, asalto).
- ◯ Muertes relacionadas con la salud mental (ejemplo: depresión, ansiedad, suicidio).

Sección 20 de 39

Grupo cáncer ginecológico

Descripción (opcional)

¿Cuál le parece el cáncer ginecológico que padecen las mujeres con mayor frecuencia? *

- Mama
- Cérvix
- Útero
- Ovarios

¿Cuántas veces al año concurre al consultorio de su ginecóloga/o? *

- 1 vez al año
- Al menos 2 veces al año
- 3 o más veces al año
- Hace más de un año que no consulto
- Nunca consulte

¿Ha realizado estudios ginecológicos de rutina como PAP y/o mamografía)? *

- SI
- NO

¿Alguna vez ha recibido resultados anormales en estudios rutinarios (PAP, mamografía) realizados por su ginecóloga/o ? *

- SI
- NO

¿Algún ser querido suyo padeció un cáncer ginecológico? *

- SI
- NO

Sección 21 de 39

Grupo cáncer no ginecológico

Descripción (opcional)

¿Cuál le parece el cáncer no ginecológico que padecen las mujeres con mayor frecuencia? *

- Colon
- Pulmon
- Cerebral
- Óseo
- Linfoma
- Leucemia

¿Con cuanta frecuencia realiza consultas médicas en un año? *

- 1 vez al año
- Al menos 2 veces al año
- 3 o más veces al año
- Hace más de 1 año que no consulto con una médica/o
- Nunca consulte

¿Se le han realizado alguna vez estudios para descartar problemas a dicho nivel? *

- SI
- NO

¿Ha recibido estudios que informen resultados anormales en este sentido? *

- ◯ SI
- ◯ NO

¿Algún ser querido suyo falleció por esta causa? *

- ◯ SI
- ◯ NO

Sección 22 de 39

Grupo enfermedad cardiovascular

Descripción (opcional)

¿Cuál le parece la enfermedad cardiovascular que padecen las mujeres con mayor frecuencia? *

- Infarto de miocardio (IAM)
- Accidente cerebrovascular (ACV)
- Insuficiencia cardiaca (ICC)
- Arteriopatía periférica
- Enfermedad renal crónica

¿Con cuanta frecuencia concurre a consultas médicas? *

- 1 vez al año
- Al menos 2 veces al año
- 3 o más veces al año
- Hace más de 1 año que no consulto con una médica/o
- Nunca consulte

¿Se le han realizado alguna vez estudios para descartar problemas cardiovasculares? *

- SI
- NO

Sección 23 de 39

Grupo enfermedades infecciosas

Descripción (opcional)

¿Cuál le parece la enfermedad infecciosa que padecen las mujeres con mayor frecuencia? *

- HIV
- Hepatitis
- Neumonía
- Infecciones urinarias
- Sepsis

¿Algún ser querido suyo falleció por esta causa? *

- SI
- NO

Sección 24 de 39

Grupo enfermedades metabólicas

Descripción (opcional)

¿Cuál le parece la enfermedad metabólica que padecen las mujeres con mayor frecuencia? *

- Diabetes Mellitus
- Dislipemias (hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia)
- Enfermedades tiroideas
- Enfermedades paratiroideas
- Otra

¿Algún ser querido suyo falleció por esta causa? *

- SI
- NO

Sección 25 de 39

Grupo enfermedades respiratorias

Descripción (opcional)

¿Cuál le parece la enfermedad respiratoria que padecen las mujeres con mayor frecuencia? *

- Asma
- EPOC
- Infecciosas (bronquitis, neumonías)
- Virosis
- Otras

¿Algún ser querido suyo falleció por esta causa? *

- SI
- NO

Sección 26 de 39

Grupo enfermedades reumáticas y autoinmunes

Descripción (opcional)

¿Cuál le parece la enfermedad reumática que padecen las mujeres con mayor frecuencia? *

- Artrosis
- Artritis reumatoidea
- Osteoporosis
- Lupus
- Otra

¿Algún ser querido suyo falleció por esta causa? *

- SI
- NO

Sección 27 de 39

Grupo consumo problemático de sustancias

Descripción (opcional)

¿Cuál le parece el consumo problemático que padecen las mujeres con mayor frecuencia? *

- Tabaco
- Alcohol
- Marihuana
- Cocaína
- Benzodiacepinas
- Analgésicos opioides
- Otra

¿Algún ser querido suyo falleció por esta causa? *

- SI
- NO

Sección 28 de 39

Grupo muerte accidental

Descripción (opcional)

¿Cuál le parece el accidente que afecta las mujeres con mayor frecuencia? *

- Accidente de vía pública peatón - vehículo
- Accidente de vía pública vehículo-vehículo
- Caídas de altura
- Accidentes naturales
- Otra

¿Algún ser querido suyo falleció por esta causa? *

- SI
- NO

Sección 29 de 39

Grupo muerte violenta

Descripción (opcional)

¿Cuál le parece la situación violenta mayormente vinculada a la mujer? *

- Femicidio por persona vinculada emocionalmente a la mujer
- Femicidio por persona sin vínculo personal
- Homicidio no relacionado al género
- Robo violento
- Otro

¿Algún ser querido suyo falleció por esta causa? *

- SI
- NO

Sección 30 de 39

Grupo salud mental

Descripción (opcional)

¿Cuál le parece la problemática en salud mental mayormente vinculada a la mujer? *

- Depresión
- Ansiedad
- Otros Trastornos Psicóticos
- Otros Trastornos Neuróticos
- Suicidio por cualquiera de las causas mencionadas

¿Algún ser querido suyo falleció por esta causa? *

- SI
- NO

Sección 31 de 39

Último chequeo de salud ginecológico

Descripción (opcional)

¿Cuando fue su último chequeo ginecológico? *

- Hace menos de un año
- Hace aproximadamente 1 año
- Hace más de 2 años
- Hace más de 3 años
- Nunca realice una consulta ginecológica

Sección 32 de 39

Ultimo chequeo de salud ginecológico

Descripción (opcional)

En ese último control ginecológico ¿se realizo un PAP? *

- SI
- NO, pero me tocaría hacermelo
- NO, porque tengo realizado uno en el rango de tiempo que corresponde.

En ese último control ginecológico ¿se realizo un examen mamario? *

- SI
- NO
- NO, porque tengo realizado un control mamario en el rango de tiempo que corresponde.

En ese último control ginecológico ¿hablo con su ginecóloga/o sobre su método anticonceptivo? *

- SI
- NO
- No corresponde

¿Su ginecóloga/o es hombre o mujer? *

- HOMBRE
- MUJER

¿Su ginecóloga/o le tomo la presión arterial en la última consulta?

- SI
- NO

Sección 33 de 39

Último chequeo de salud clínico

Descripción (opcional)

¿Cuando fue su último chequeo clínico? *

- Hace menos de un año
- Hace aproximadamente 1 año
- Hace más de 2 años
- Hace más de 5 años
- Hace más de 10 años
- Nunca realice un chequeo clínico / general

Sección 34 de 39

Ultimo chequeo de salud clínico

Descripción (opcional)

Si entendemos como "médico de cabecera" a aquel profesional (clínico o generalista) que conoce todo su historial médico y atiende sus problemas más comunes; llevando adelante su seguimiento, la necesidad de estudios y sus controles anuales; solicitando eventualmente interconsultas por algun sub-especialista... ¿Tiene Ud. médica/o de cabecera? *

- Sí. Tengo un médico/a que guía mi atención general, y me envía a realizar estudios y evaluaciones por ot...
- NO. No tengo un médico de cabecera específico, pero porque voy variando de médico clínico.
- NO. Tengo varios médicos de diferentes especialidades, que me evalúan por distintos problemas, pero ni...
- NO. No tengo médico clínico de cabecera. Utilizo mi control ginecológico anual para solicitar los estudio...
- NO. No tengo médico de cabecera porque en caso de algún problema específico, realizo consultas puntu...
- NO. No tengo médico de cabecera porque yo misma realizo mis propios controles.
- NO. No tengo médico de cabecera porque no suelo realizarme chequeos.

Sección 35 de 39

Médico de cabecera

Descripción (opcional)

¿Su médico de cabecera es hombre o mujer? *

- ◯ HOMBRE
- ◯ MUJER

El examen físico en una consulta puede ser muy variable. Sin embargo, en chequeos anuales este debería ser completo (incluyendo toma de presión arterial, exploración de la piel, búsqueda de adenopatías, auscultación pulmonar y cardíaca, palpación abdominal). En su último control clínico ¿se le realizo un examen físico de estas características? *

- ◯ SI
- ◯ NO

¿Su médica/o ha hablado con usted sobre los problemas de salud más frecuentes para su género y edad? *

- ◯ Sí, me ha dejado en claro cuáles son los problemas y causas de muerte que son más frecuentes en las ...
- ◯ Hemos hablado pero de forma vaga. No podría decir que se me ha indicado puntualmente cuáles son lo...
- ◯ Se me han respondido preguntas puntuales, que yo misma he realizado al respecto de problemas y/o ca...
- ◯ No. Nunca hemos hablado de cuáles son los problemas y causas de muerte más frecuentes en las muje...

¿Con que frecuencia se le pide un laboratorio cuando concurre a una consulta? *

- ◯ Una vez al año como parte del chequeo
- ◯ En cada oportunidad que consulto
- ◯ Sólo si me siento mal
- ◯ Nunca a menos que yo lo pida

Sección 36 de 39

Último control de presión arterial

Descripción (opcional)

En su última consulta ¿se realizo control de presión arterial? *

- SI
- NO

Después de la sección 36 Ir a la siguiente sección

Sección 37 de 39

Consulta informal

Descripción (opcional)

¿Usted suele realizar consultas sobre aspectos de su propia salud a otros colegas de manera informal? (Lo que comúnmente se conoce en el ambiente como "consulta de pasillo"). *

- SI
- NO

Sección 38 de 39

Sus antecedentes

Descripción (opcional)

¿Sus padres padecen (o padecieron, en caso de estar fallecidos) alguna de las siguientes? (Puede marcar más de una para cada progenitor)

	Madre	Padre
Cáncer	☐	☐
Enfermedad cardiaca	☐	☐
Hipertension arterial	☐	☐
Diabetes mellitus	☐	☐
Dislipemias	☐	☐
Ninguna de las indicadas	☐	☐

Sección 39 de 39

Para finalizar...

Descripción (opcional)

En una escala del 1 al 10, ¿cuán frecuente diría usted que es la muerte a por cáncer ginecológico en la mujer? *

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

¿En qué etapas de la vida considera que puede aparecer el cáncer ginecológico? (Puede marcar más de una). *

- [ ] Antes de los 30 años
- [ ] Antes de los 50 años
- [ ] Luego de los 50 años

En una escala del 1 al 10, ¿cuán frecuente diría usted que es la muerte por enfermedades cardiovasculares en la mujer? *

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

¿En qué etapas de la vida considera que puede aparecer enfermedad cardiovascular en la mujer? (Puede marcar más de una). *

- [ ] Antes de los 30 años
- [ ] Antes de los 50 años
- [ ] Luego de los 50 años