



ORIGINALES

Síndrome coronario agudo en mujeres desde la teoría del manejo del síntoma

Acute coronary syndrome in women from the theory of symptom management

Brayant Andrade Mendez^{1,2}

Luz Omaira Gomez¹

Dolly Arias Torres^{1,2}

¹ Programa de Enfermería. Universidad Surcolombiana. Colombia. brayant.andrade@usco.edu.co

² Doctorado en Ciencias de la Salud. Universidad Surcolombiana. Colombia

<https://doi.org/10.6018/eglobal.422331>

Recibido: 8/04/2020

Aceptado: 5/07/2020

RESUMEN:

Objetivo: Identificar los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular y la experiencia del síntoma del Síndrome Coronario Agudo en las mujeres, según la teoría del Manejo del Síntoma.

Método: Estudio observacional de corte transversal, participaron 81 mujeres con SCA atendidas en un Hospital Universitario en Colombia. Se analizaron variables sociodemográficas, factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, acciones de respuesta ante los síntomas y la percepción, evaluación y respuesta al síntoma a través de la aplicación del instrumento sobre la Experiencia del Síntoma en la Mujer con SCA.

Resultados: De los participantes el 80% superaron los 60 años de edad, en su mayoría con un nivel bajo de escolaridad y residencia urbana. El principal factor de riesgo fue la HTA y más del 50% referían sedentarismo, dislipidemia y dieta malsana. Las mujeres presentaron en promedio 10 síntomas atípicos por cada evento, destacándose el dolor o molestia en el pecho en un 85%. El 66,3 % definieron el origen del síntoma como un problema extracardíaco y 4 de cada 10 pacientes consideró las manifestaciones como insignificantes. El 16% tomó remedios caseros y el 25% esperaron que pasara la sintomatología sin buscar atención profesional. La relación entre el tiempo en asistir a consulta médica e ignorar los síntomas, presentó significancia estadística ($p=0,000$).

Conclusiones: Las mujeres con SCA presentaron diversidad de síntomas, no percibieron la gravedad de sus manifestaciones y, por lo general, respondieron tardíamente ante los síntomas, factor relevante para la atención y tratamiento oportuno.

Palabras clave: Síndrome Coronario Agudo; Manifestaciones clínicas; Mujeres; Teoría de enfermería.

ABSTRACT:

Objective: To identify the risk factors for cardiovascular disease and the experience of the symptom of Acute Coronary Syndrome (ACS) in women, according to the theory of Symptom Management.

Method: Observational cross-sectional study, 81 women with ACS attended at a University Hospital in Colombia participated. Sociodemographic variables, risk factors for cardiovascular disease, response actions to symptoms and perception, evaluation and response to symptoms were analyzed through the instrument application on the Experience of the Symptom in Women with ACS.

Results: Of participants 80% were over 60 years old, the majority with a low level of education and urban residence. The main risk factor was hypertension and more than 50% of them reported sedentary lifestyle, dyslipidemia, and an unhealthy diet. Women presented an average of 10 atypical symptoms for each event, highlighting chest pain or discomfort in 85%. 66.3% defined the origin of the symptom as an extra-cardiac conditions and 4 out of 10 patients considered the manifestations as insignificant. 16% of the participants took home remedies and 25% of them waited the symptoms to improve without request professional attention. The relationship between time in attending medical consultation and ignoring the symptoms presents statistical significance ($p = 0.000$).

Conclusions: Women with ACS presented a variety of symptoms, do not perceive the severity of its manifestations, and generally respond late to symptoms, a relevant factor for timely care and treatment.

Key words: Acute Coronary Syndrome; Clinical manifestations; Women; Nursing theory.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Coronario Agudo (SCA), con mayor grado de complicaciones en las mujeres, es un conjunto de manifestaciones ocasionadas por la disminución en el aporte miocárdico de oxígeno a consecuencia de un trombo en la luz de las arterias coronarias, tras rotura de una placa aterosclerótica o vasoespasmo coronario. Puede derivar en angina inestable, infarto agudo de miocardio o muerte súbita.⁽¹⁾

El SCA hace parte del grupo de enfermedades cardiovasculares (ECV) que constituyen la primera causa de mortalidad a nivel mundial, con más de 17 millones de estos eventos al año; más de las tres cuartas partes de las defunciones por ECV se producen en los países de ingresos bajos y medios.^(2,3)

En América Latina las ECV afectan aproximadamente al 27,7% de la población adulta, cuyo costo supera los 30 mil millones de dólares.⁽⁴⁾ En Colombia se registra mayor gasto total en su sistema de salud por esta causa, con un costo aproximado de 2,4 mil millones de dólares. Además de las implicaciones económicas, las ECV alteran la dinámica poblacional, disminuyen la productividad, causan ausentismo laboral y pérdida de años de vida saludable en un 18,37%.⁽⁵⁾

El SCA constituye uno de los principales diagnósticos de morbilidad en la actualidad y genera gran número de consultas en los servicios de urgencias con alta demanda de recursos sanitarios.^(1,2) Por lo general, quienes padecen el síndrome presentan factores riesgo para ECV (modificables y no modificables) que condicionan la presencia de esta patología y algunos de ellos comprometen en mayor proporción a las mujeres, principalmente la dislipidemia, la Diabetes Mellitus (DM) y la hipertensión arterial.^(6,7)

Al parecer, la respuesta hormonal juega papel importante en la afectación de las mujeres por el SCA, dado que el estrógeno a nivel vascular se traduce en una respuesta positiva con el óxido nítrico en la inhibición del proceso aterosclerótico vascular⁽⁸⁾; esta disminución a causa de la menopausia trae consigo cambios hemodinámicos y en el perfil lipídico, porque al descender los niveles de estrógenos, disminuyen las HDL, provocando un aumento progresivo del colesterol LDL, precursor de la formación de placas ateroscleróticas.^(1,9)

Las manifestaciones del SCA se clasifican en típicas y atípicas; las primeras se relacionan con disconfort, dolor torácico irradiado hacia miembros superiores y diaforesis.⁽¹⁰⁾ Las segundas, presentes con mayor frecuencia en mujeres, se

encuentran asociados a disnea, palpitaciones, fatiga, cansancio, dolor de mandíbula, cuello, tos y trastornos digestivos como pérdida del apetito, náuseas y vómito.⁽¹¹⁾

Las manifestaciones atípicas para SCA son incomprensibles de relacionar con una alteración cardíaca; por consiguiente, son difíciles de identificar y clasificar, lo cual retarda la gestión de pruebas diagnósticas y tratamientos oportunos, que conllevan a mayor tasa de complicaciones como el choque cardiogénico y la muerte.^(1,12)

Es responsabilidad de los profesionales de Enfermería brindar cuidado integral a personas con SCA, para lo cual han de asumir liderazgo en la diferenciación de manifestaciones que encaucen el desarrollo de intervenciones acertadas y oportunas. En tal sentido, la teoría del Manejo de los Síntomas, de rango medio, provee el sustento conceptual del presente estudio; enfoque desde el cual se asume un proceso multidimensional que permite ver los síntomas como experiencias subjetivas que reflejan un cambio en la función biopsicosocial, sensación o cognición de una persona.^(13,14)

De esta forma, el objetivo del presente estudio fue identificar los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular y la experiencia del síntoma del SCA en las mujeres, según la teoría del Manejo del Síntoma.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, correlacional de corte transversal. La población estuvo conformada por mujeres con diagnóstico y tratamiento para SCA, atendidas en el hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo”, ubicado en la región Surcolombiana, durante los meses de enero a abril del 2018.

El tipo de muestreo utilizado fue por conveniencia y para el cálculo del tamaño muestral se empleó la fórmula de poblaciones finitas, tomando como referencia la información del promedio del número de pacientes atendidas por esta causa en el año anterior, arrojando un total de 81 pacientes.

Los criterios de inclusión para esta investigación fueron: Mujeres mayores de 18 años, diagnóstico confirmado de SCA por primera vez (Clínica, EKG, biomarcadores y angiografía), hemodinámicamente estables, no tener dolor y deseo de participar en el estudio. Se excluyeron las mujeres con alteraciones cognitivas o mentales que no permitan la comunicación.

La información se recolectó mediante revisión de historias clínicas, ejercicio que permitió la identificación de variables sociodemográficas de importancia, factores de riesgo cardiovascular, manifestaciones clínicas y tiempo de respuesta ante los síntomas, de acuerdo a la guía de práctica clínica para el SCA.

Complementariamente, en entrevista privada con cada participante del estudio, se aplicó el instrumento que evalúa la experiencia del síntoma diseñado en Colombia por Céspedes, con base en la teoría del manejo del síntoma; el cual incluye tres dimensiones: percepción, evaluación y respuesta al síntoma.⁽¹⁴⁾ El instrumento consta de 37 ítems, con opción de respuesta dicotómica y presenta los criterios de validez y confiabilidad.

La información fue obtenida directamente por los investigadores, luego de obtener aval por el Comité de Ética institucional y la firma del consentimiento informado de las participantes. En los dos casos se socializaron los objetivos del estudio, los métodos a utilizar y los beneficios para cada uno de los participantes.

Las variables de análisis fueron: características sociodemográficas (edad, lugar de residencia, estrato socioeconómico, nivel de escolaridad, estado civil, régimen de seguridad social, ocupación) y factores de riesgo modificables y no modificables para enfermedad cardiovascular. Así mismo, se verificó el diagnóstico médico, lugar y actividades ejecutadas durante el síntoma y tiempos para buscar ayuda asistencial. Por último, se evaluó la percepción, origen, seriedad y respuesta ante los síntomas del SCA.

Los datos recogidos se condensaron en una matriz diseñada en Microsoft Excel 2016, luego se exportaron al programa estadístico STATA 14®, para el procesamiento respectivo. En el análisis se utilizó estadística descriptiva a través de distribución de frecuencias y medidas de tendencia central. Para el análisis bivariado, se aplicó la prueba de chi-cuadrado de Pearson, tomando un valor de $p < 0,05$ como significativo.

El estudio se ejecutó teniendo en cuenta los principios éticos para la investigación en seres humanos (Declaración de Helsinki), las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia (Resolución 8430/1993) y el código deontológico de Enfermería (Ley 911 de 2004).

RESULTADOS

Las mujeres con SCA participantes del estudio fueron en total 81, con una edad mínima de 50 y máxima de 91 años, con un promedio de 71 años. Ocho de cada 10 participantes viven en el área urbana, 88,9% pertenecen a estrato socioeconómico bajo (1 y 2); más de la mitad reportan ingresos menores a un salario mínimo. El 76,5% refieren no tener ningún grado de escolaridad o primaria incompleta; aproximadamente la mitad de ellas posee apoyo familiar, manifestado en estado civil de casada (35,8%) y unión libre (13,6%). Más del 80% se dedica a labores del hogar y están afiliadas al régimen subsidiado de salud.

En el dominio salud/enfermedad se evidenció que los diagnósticos médicos prevalentes fueron infarto agudo del miocardio (IAM) en sus diferentes clasificaciones con 78%, y la Angina con un 22%. Los factores de riesgo modificables para enfermedad cardiovascular fueron mayoritariamente los relacionados con patologías crónicas no transmisibles y hábitos de vida no saludables (Tabla 1). Así mismo, se identificó que el 73% de las participantes padecían de 3 a 5 factores de riesgo, 21% de 1 a 2 factores de riesgo, 4% presentaron 6 factores de riesgo y solo 2% de las participantes no presentaron ningún factor de riesgo modificable. Los factores de riesgo no modificables hallados fueron principalmente la menopausia y los antecedentes familiares de ECV.

Tabla 1: Factores de riesgo modificables y no modificables de enfermedad cardiovascular en mujeres con SCA.

Variable	Categoría	Nº	%
Factor de riesgo modificable	Hipertensión arterial	61	75.31
	Dislipidemias	48	59.26
	Sedentarismo	45	55.56
	Manejo inapropiado del estrés	44	54.32
	Consumo excesivo de carbohidratos	43	53.09
	Sobrepeso	32	39.51
	Diabetes	26	32.10
	Tabaquismo	22	27.16
	Consumo excesivo de grasas	16	19.75
	Consumo excesivo de sal	8	9.88
	Consumo de alcohol	4	4.94
Factor de riesgo no modificable	Menopausia	79	95.53
	Enfermedad cardiovascular preexistente	63	77.78
	Antecedente familiar de enfermedad cardiovascular	49	60.49
	Mujer mayor de 65 años	48	59.26

La mayoría de mujeres reportaron que los síntomas se iniciaron en el hogar, mientras se encontraban descansando. La variable de tiempo de demora, reporta que la mayoría tardó menos de una hora en decidir en buscar ayuda médica. Así mismo en la primera hora llegaron al servicio de urgencias y recibieron atención profesional (Tabla 2).

Tabla 2. Características contextuales en la presentación de los síntomas en pacientes de estudio.

VARIABLE	CATEGORÍA	n=81	%
Lugar donde iniciaron los síntomas	Casa	67	83
	Trabajo	1	1
	Otro	13	16
Actividad que realizaba al inicio de los síntomas	Descansando	48	59
	Labores del hogar	22	27
	Caminando	7	9
	Trabajando	3	4
	Ejercicio físico	1	1

Tiempo que esperó para decidir ir a consulta médica	Menos de 1 hora	44	54.3
	Entre 1 y 6 horas	15	18.5
	Más de 6 horas	22	27.2
Tiempo que tardó en llegar al servicio de urgencias	Menos de 1 hora	74	91.4
	Entre 1 y 6 horas	7	8.6
	Más de 6 horas	0	0
Tiempo que demoró hasta ser atendida	Menos de 1 hora	74	91.4
	Entre 1 y 6 horas	6	7.4
	Más de 6 horas	1	1.2

La experiencia del síntoma fue evaluada a través del instrumento de Céspedes, el cual en la primera dimensión permite establecer la percepción del síntoma (Tabla 3) por medio de la pregunta ¿cuando todo comenzó usted sintió...?, se encontró que el promedio de síntomas reportados por las mujeres con SCA es de diez síntomas atípicos de manera simultánea, destacándose el dolor o molestia en cualquier parte del pecho con un 85% de los casos, seguido por la angustia, palpitaciones y miedo inusual.

Tabla 3. Percepción del síntoma en mujeres con SCA.

VARIABLE	CATEGORÍA	Nº	%
DIMENSIÓN I. PERCEPCIÓN DEL SÍNTOMA			
Síntomas	Dolor o molestia en cualquier parte del pecho	69	85
	Dolor o molestia en el cuello	38	47
	Dolor o molestia en la mandíbula inferior	21	26
	Dolor o molestia en la cabeza	41	51
	Dolor o molestia debajo del seno	45	56
	Dolor o molestia en la boca del estómago	44	54
	Palpitaciones	53	65
	Pérdida del apetito	39	48
	Indigestión	37	46
	Tos	30	37
	Incapacidad para moverse	32	40
	Entumecimiento	22	27
	Deseos de vomitar	48	59
	Vómito	23	28
Mareo	43	53	

	Miedo inusual	50	62
	Depresión	40	49
	Angustia	57	70
	Escalofrío	34	42
	Sensación de calor	32	40

Con relación a la evaluación del origen del síntoma, la mayoría lo relacionó con situaciones o problemas extra cardíacos y solo 3 de cada 10 mujeres lo relacionó a problemas cardíacos. A su vez, las acciones de respuesta ante los síntomas fueron variadas, destacándose las respuestas de esperar a que pasara y respirar profundamente como acciones más frecuentes ejecutadas por las pacientes (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de la evaluación y respuesta ante los síntomas en las mujeres con SCA.

VARIABLE	CATEGORÍA	Nº	%
DIMENSIÓN II. EVALUACIÓN DEL SÍNTOMA			
Origen de los síntomas	Problema cardíaco	27	33.3
	Problema de estómago o indigestión	6	7.4
	Gripe o resfriado	3	3.7
	Problema de respiración	11	13.6
	Estrés o sobrecarga de trabajo	12	14.8
	Preocupaciones personales	14	17.3
Seriedad de los síntomas	Fatiga	8	9.9
	Insignificante	31	38
	Dañino	20	25
	Amenazante	19	23
	Sensación de muerte	11	14
DIMENSIÓN III. RESPUESTA ANTE EL SÍNTOMA			
Respuesta a los síntomas	Ignorarlo	16	19.8
	Tomar remedios caseros	13	16
	Tomar agua	14	17.3
	Respirar profundamente	17	21
	Esperar a que pasara	20	24.7
	Llamar una ambulancia	1	1.2

Finalmente, se evidenció asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de acudir en búsqueda de ayuda profesional y la poca importancia dada a los síntomas ($p=0,000$) (Tabla 5).

Tabla 5. Relación entre el tiempo en asistir a consulta médica e ignorar los síntomas en mujeres con SCA.

TIEMPO EN ASISTIR A CONSULTA	IGNORA LOS SÍNTOMAS		TOTAL Nº (%)	p^*
	NO Nº (%)	SI Nº (%)		
Menos de 1 hora	42 (95.45)	2 (4.55)	44 (100)	$p=0,000$
Entre 1 y 6 horas	11 (73.33)	4 (26.67)	15 (100)	
Más de 6 horas	12 (54.55)	10 (45.45)	22 (100)	
Total	65 (80.25)	16 (19.75)	81 (100)	

* Calculado mediante χ^2 de Pearson (16.04).

DISCUSIÓN

El presente estudio demuestra el elevado número de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular presente en las mujeres con SCA. La HTA como principal factor de riesgo modificable para ECV hallado en el presente estudio fue de 75,3%, coincidiendo con resultados de investigaciones realizadas en otros contextos 70,5%⁽¹⁵⁾ y 75%⁽¹⁶⁾. Esta aumenta el estrés en la pared arterial y exacerba la disfunción endotelial, condicionando la aparición de cardiopatía isquémica en personas mayores, con mayor frecuencia en el sexo femenino.⁽⁹⁾

Con relación a los factores de riesgo comportamentales, se encontró en un alto porcentaje el consumo excesivo de carbohidratos, sedentarismo, sobrepeso y tabaquismo. Lo cual es similar a lo reportado por la Asociación Americana del Corazón (AHA), quienes afirman que 76,3% de las mujeres hispanoamericanas están en sobrepeso u obesidad y 57,1% no cumplen con las pautas de las guías de actividad física.⁽¹⁷⁾ El estudio INTERHEART expone que la unión de tabaquismo, HTA y diabetes aumentan la probabilidad de IAM, mostrando significancia estadística ($p < 0,0001$).⁽¹⁸⁾

El diagnóstico médico prevalente del IAM (78%) encontrado en este estudio difiere de la angina inestable (59%) reportada por Nouredine et al.⁽¹⁶⁾ Por su parte, Reynolds et al hallaron que el sexo femenino se asoció independientemente con una mayor frecuencia de angina (odds ratio, 1.41; IC 95%, 1.13-1.76).⁽¹⁹⁾

La muestra en su mayoría (97,5%) presentaban menopausia como el principal factor de riesgo no modificable. Al respecto, Saldarriaga y colaboradores detectaron que solo el 63% de las mujeres en su primer evento coronario presentaban este factor de riesgo.⁽²⁰⁾ Parvand et al.⁽²¹⁾ en 2018, por medio de una revisión de la literatura, identificaron la menopausia como factor de riesgo de enfermedad coronaria; al igual que Isiadinso y Shaw describen que el riesgo en las mujeres aumenta 10 años

después del inicio de la menopausia, la menarca temprana y la menopausia prematura; factores asociados con un mayor riesgo de cardiopatía coronaria.⁽²²⁾

En relación con la percepción del síntoma, 85% reportó el dolor o molestia en cualquier parte del pecho como el síntoma más frecuente; con porcentajes inferiores manifestaron presencia de angustia, palpitaciones y miedo inusual, entre otros. Es usual que las mujeres con SCA presenten diversidad de síntomas y en mayor proporción los denominados atípicos.⁽¹⁾

Un estudio realizado en Alemania, la regresión logística multivalente arrojó que las mujeres presentan síntomas atípicos como dolor entre las escápulas, dolor de garganta, náuseas, vómitos y miedo ante la muerte.⁽²³⁾ Por su parte, Lichtman et al. identificaron que el 61,9% de las mujeres presentaron 3 o más síntomas asociados al dolor no torácico.⁽¹¹⁾ Al efecto, Smith et al. informa que las mujeres tienen más probabilidades de tener síntomas atípicos como náuseas, diaforesis, fatiga y dolor en el brazo o la espalda.⁽²⁴⁾

Respecto a la evaluación del síntoma, 33,3% de las participantes asoció los síntomas con problemas cardíacos; mientras que la mayoría de ellas los asociaron a problemas extra cardíacos. En un estudio realizado en Estados Unidos con mujeres jóvenes de 18 a 55 años hospitalizadas por IAM, se encontró que 54,7% asocian sus síntomas a problemas extracardiacos, destacándose la indigestión o reflujo ácido, estrés y ansiedad en mayor proporción.⁽²⁵⁾ Otro estudio realizado en China reportó que 50,9% de las pacientes creyeron que se trataba de un ataque cardíaco; el porcentaje restante atribuyen los síntomas a problemas de estrés / ansiedad, indigestión, problemas respiratorios, hernia hiatal / problemas de vesícula biliar u otras enfermedades.⁽²⁶⁾

Acerca de la respuesta ante los síntomas de SCA, 16% de las mujeres del presente estudio se automedicaron con remedios caseros. Un trabajo realizado en la misma dirección encontró que 33% de pacientes Noruegas se automedicó, como medida de respuesta inicial ante los síntomas de SCA.⁽²⁷⁾ Otro estudio, las mujeres le informaron a otra persona en 32%, se automedicaron 18%, se relajaron 21%, tomaron té de hierbas 16% y solo el 5% solicitó una ambulancia.⁽¹⁶⁾ Sobre el tema, Bjørnnes et al. concluyeron que las mujeres tienden a negar o racionalizar sus síntomas, recurrir a la automedicación, consultar a otros y retrasar la búsqueda de atención médica; mientras tanto los síntomas se agravan.⁽²⁸⁾

El 83% de las mujeres presentaron la sintomatología del SCA en el hogar, condición que puede estar asociada con la respuesta ante los síntomas y el retraso en buscar ayuda profesional.^(16,29) El inicio tardío del tratamiento frente al SCA está directamente relacionado con la carga de morbimortalidad de las enfermedades cardiovasculares; debido a que un número importante de mujeres que buscan atención de forma tardía, presentan complicaciones potencialmente fatales que se convierten en factores determinantes del tamaño del infarto y de la función cardíaca, los cuales reducen la posibilidad a ser beneficiarias de tratamiento definitivo como angioplastia o terapia trombolítica.⁽¹⁾

En este estudio, el tiempo de dilación o variable de tiempo para la toma de decisiones respecto a la búsqueda de ayuda profesional después de iniciados los síntomas, fue menor a una hora en la mitad de las participantes; 27% tardaron más de seis horas. Al respecto, Soto reportó que 74,9% de las mujeres demoró más de 12 horas en solicitar

atención sanitaria y que el tiempo de retardo fue un obstáculo para iniciar un tratamiento oportuno.⁽³⁰⁾ Un estudio Noruego identificó que más del 56% de las participantes con SCA demoraron más de una hora en la búsqueda de ayuda profesional y 21% tardó más de seis horas.⁽²⁷⁾

Por lo general, mientras se decide la búsqueda de ayuda asistencial, se toman medidas caseras para el manejo de los síntomas, con la consiguiente pérdida de tiempo valioso.⁽¹⁾ En el caso que nos ocupa, la demora en llegar al servicio de urgencias fue inferior a una hora en 91% de los casos. Sobre este aspecto, Sari y colaboradores reportan que solo 31% de los pacientes con IAM llegaron al hospital en los primeros 60 minutos después de iniciados los síntomas;⁽³¹⁾ mientras que otro estudio revela que el promedio de asistencia al hospital fue 3,2 horas y un 38,7% de las mujeres tardó más de 6 horas.⁽¹¹⁾ Este hallazgo es corroborado por Lichtman et al.⁽³²⁾ y McSweeney et al.⁽³³⁾, quienes indican que las mujeres son menos propensas que los hombres a buscar un tratamiento rápido.

En síntesis, se evidencia asociación significativa entre el tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas y la búsqueda de atención sanitaria. En consecuencia, se requiere que las mujeres reconozcan la importancia de los síntomas y busquen ayuda profesional inmediata para lo cual es preciso el diseño de programas de educación, información y comunicación con enfoque preventivo.⁽¹⁾

Se colige de lo antes expuesto, que las mujeres subvaloran los síntomas, lo cual las pone en inminente riesgo. De aquí la necesidad de brindar educación, información y búsqueda oportuna de síntomas, dado que la meta para Enfermería desde este enfoque teórico debe ser evitar o retrasar un resultado negativo. El manejo adecuado comienza con la evaluación de la experiencia de los síntomas desde la perspectiva de la persona, objetivo del presente estudio. Se requieren futuras investigaciones orientadas a la identificación de estrategias de intervención pertinentes, útiles y oportunas.

CONCLUSIONES

Las mujeres con SCA presentan múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. Sobresalen la presencia de HTA, dislipidemias, sedentarismo y dieta no saludable dentro de los modificables. A su vez, la menopausia y la edad superior a 65 años dentro de los no modificables; mismos que inciden directamente en la probabilidad de presentar oclusión de las arterias coronarias.

El rol de cuidadora en el hogar, bajo nivel socioeconómico y limitado nivel educativo; se traducen en factores que condicionan la respuesta ante los síntomas y tiempos tardíos en que deciden las mujeres en buscar atención profesional; lo cual está directamente relacionado con la presencia de complicaciones al recibir una atención inoportuna, congruente con la literatura.

Las mujeres durante el evento de SCA perciben diversidad de síntomas, en mayor proporción atípicos, destacándose el dolor o molestia en cualquier parte del pecho. Así mismo, solo una tercera parte de las pacientes los asocian a problemas cardiacos, restándole importancia a los mismos; llevando a tomar comportamientos inadecuados como esperar, automedicarse y en el peor de los casos, ignorarlos.

A partir de lo descrito en párrafos precedentes, se denota la importancia de comprender, desde la perspectiva de las mujeres, la percepción, evaluación y respuesta ante los síntomas de SCA, lo cual exige intervenciones integrales y participativas que involucren a la comunidad, al personal de salud y a los administradores de servicios sanitarios.

REFERENCIAS

1. Mehta LS, Beckie TM, DeVon HA, Grines CL, Krumholz HM, Johnson MN, et al. Acute Myocardial Infarction in Women : A Scientific Statement from the American Heart Association. Vol. 133, *Circulation*. Lippincott Williams and Wilkins; 2016. p. 916–47.
2. Wang H, Naghavi M, Allen C, Barber RM, Carter A, Casey DC, et al. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016 Oct 8;388(10053):1459–544.
3. Organización Mundial de la Salud. OMS | Enfermedades no transmisibles [Internet]. Who. 2015 [cited 2019 Jul 18]. p. Notas Descriptivas. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
4. World Health Congress of Cardiology and Cardiovascular. El costo de las enfermedades cardíacas en América Latina. In: *El costo de las enfermedades cardíacas en América Latina*. Mexico City; 2016. p. 3.
5. Social M de S. Análisis de Situación de Salud. Colombia, 2017 [Internet]. Imprenta Nacional de Colombia. 2018 [cited 2020 Mar 29]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/as-is-nacional-2017.pdf>
6. Lobos Bejarano JM, Brotons Cuixart C. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. *Aten Primaria*. 2011 Dec 1;43(12):668–77.
7. Rhee E-J. Prevalence and Current Management of Cardiovascular Risk Factors in Korean Adults Based on Fact Sheets. *Endocrinol Metab* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2020 Mar 28];35(1):85. Available from: <https://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.3803/EnM.2020.35.1.85>
8. Murphy E. Estrogen signaling and cardiovascular disease. Vol. 109, *Circulation Research*. NIH Public Access; 2011. p. 687–96.
9. Kane AE, Howlett SE. Differences in cardiovascular aging in men and women. In: *Advances in Experimental Medicine and Biology*. Springer New York LLC; 2018. p. 389–411.
10. López Martínez T, Prieto García E, de Dios del Valle R. MUJERES Y HOMBRES FRENTE AL SÍNDROME CORONARIO AGUDO. *Enfermería en Cardiol*. 2012;57(57):33–9.
11. Lichtman JH, Leifheit EC, Safdar B, Bao H, Krumholz HM, Lorenze NP, et al. Sex differences in the presentation and perception of symptoms among young patients with myocardial infarction. *Circulation* [Internet]. 2018 Feb 20 [cited 2019 Jan 2];137(8):781–90. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.031650>
12. Björck L, Nielsen S, Jernberg T, Zverkova-Sandström T, Giang KW, Rosengren A. Absence of chest pain and long-term mortality in patients with acute myocardial infarction. *Open Hear*. 2018 Nov 1;5(2).
13. Bernal Cárdenas CY, Céspedes-Cuevas VM, Sanhueza-Alvarado OI. Modelo

- conceptual del manejo del síntoma: evaluación y crítica. *Aquichan* [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 25];18(3):311–26. Available from: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/8574/4846>
14. Céspedes Cuevas VM. Atypical nature of coronary artery disease in women: a proposal for measurement and classification. *Av en Enfermería* [Internet]. 2015 Aug 5 [cited 2020 Mar 26];33(1):10–8. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/47855>
 15. Olivencia Peña L, Bueno Cavanillas A, Soto Blanco JM, Yuste Ossorio ME, Barranco Ruiz F. Síndrome coronario agudo en la mujer. Diferencias de género. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2011 Nov [cited 2018 Oct 10];137(14):623–30. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S002577531100830X>
 16. Noureddine S, Arevian M, Adra M, Puzantian H. Response to signs and symptoms of acute coronary syndrome: Differences between Lebanese men and women. *Am J Crit Care* [Internet]. 2008 Jan 1 [cited 2019 Jan 3];17(1):26–35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18158386>
 17. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. Heart disease and stroke statistics-2015 update : A report from the American Heart Association. *Circulation*. 2015 Jan 27;131(4):e29–39.
 18. Yusuf PS, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanan F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *Lancet* [Internet]. 2004 Sep [cited 2018 Dec 30];364(9438):937–52. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673604170189>
 19. Reynolds HR, Shaw LJ, Min JK. Association of Sex With Severity of Coronary Artery Disease , Ischemia , and Symptom Burden in Patients With Moderate or Severe Ischemia Secondary Analysis of the ISCHEMIA Randomized Clinical Trial. *JAMA cardiol*. 2020;
 20. Saldarriaga CI, Franco G, Garzón AM, García I, Mejía N, Restrepo A. Factores de riesgo para la enfermedad coronaria temprana en mujeres. *Biomédica* [Internet]. 2010 Mar 3 [cited 2018 Dec 30];30(4):559–66. Available from: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/294>
 21. Parvand M, Rayner-Hartley E, Sedlak T. Recent Developments in Sex-Related Differences in Presentation, Prognosis, and Management of Coronary Artery Disease. *Can J Cardiol*. 2018;34(4):390–9.
 22. Isiadinso I, Shaw LJ. Diagnosis and risk stratification of women with stable ischemic heart disease. *J Nucl Cardiol*. 2016;23(5):986–90.
 23. Kirchberger I, Heier M, Golüke H, Kuch B, Von Scheidt W, Peters A, et al. Mismatch of presenting symptoms at first and recurrent acute myocardial infarction. from the MONICA/KORA Myocardial Infarction Registry. *Eur J Prev Cardiol* [Internet]. 2016 Mar 20 [cited 2019 Jan 2];23(4):377–84. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2047487315588071>
 24. Smith R, Frazer K, Hyde A, O'Connor L, Davidson P. “Heart disease never entered my head”: Women’s understanding of coronary heart disease risk factors. *J Clin Nurs*. 2018;27(21–22):3953–67.
 25. Lichtman JH, Leifheit EC, Safdar B, Bao H, Krumholz HM, Lorenze NP, et al. Sex Differences in the Presentation and Perception of Symptoms Among Young Patients With Myocardial Infarction. *Circulation* [Internet]. 2018 Feb 20 [cited 2019 Jan 3];137(8):781–90. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.031650>
 26. An L, Li W, Shi H, Zhou X, Liu X, Wang H, et al. Gender difference of symptoms of acute coronary syndrome among Chinese patients: a cross-sectional study. *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2018 Dec 17 [cited 2019 Jan

- 2];147451511882048. Available from:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1474515118820485>
27. Løvlien M, Schei B, Hole T. Prehospital delay, contributing aspects and responses to symptoms among Norwegian women and men with first time acute myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2007 Dec 23 [cited 2018 Dec 30];6(4):308–13. Available from:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1016/j.ejcnurse.2007.03.002>
 28. Bjørnnes AK, Parry M, Leegaard M, Ayala AP, Lenton E, Harvey P, et al. Self-Management of Cardiac Pain in Women: A Meta-Summary of the Qualitative Literature. *Qual Health Res*. 2018;28(11):1769–87.
 29. Padilla García CI, Sáenz Montoya X. Respuestas de la mujer frente a los síntomas de Síndrome Coronario Agudo basados en el Modelo Conceptual del Manejo de los Síntomas. *Av en Enfermería*. 2014;32(1):102–13.
 30. Soto MA. Factores que intervienen en la demora de la solicitud de atención médica o de enfermería en mujeres que presentan dolor torácico de origen coronario. *Av enferm* [Internet]. 2007 [cited 2020 Apr 2];25(2):58–64. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/282315871_Factores_que_intervienen_en_la_demora_de_la_solicitud_de_atencion_medica_o_de_enfermeria_en_mujeres_que_presentan_dolor_toracico_de_origen_coronario
 31. Sarı İ, Acar Z, Özer O, Erer B, Tekbaş E, Üçer E, et al. Factors associated with prolonged prehospital delay in patients with acute myocardial infarction Akut miyokard infarktüsü hastalarda hastaneye geç geliş ile ilişkili faktörler [Internet]. Vol. 36, *Türk Kardiyol Dern Arş-Arch Turk Soc Cardiol*. 2008 [cited 2019 Jan 3]. Available from: https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_36_3_156_162.pdf
 32. 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.
 33. McSweeney JC, Cleves MA, Fischer EP, Pettey CM, Beasley B. Using the McSweeney Acute and Prodromal Myocardial Infarction Symptom Survey to Predict the Occurrence of Short-Term Coronary Heart Disease Events in Women. *Women's Heal Issues*. 2017;27(6):660–5.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia