



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Aproximación al grado de conocimiento de los profesionales de enfermería en relación a los síntomas asociados a la enfermedad coronaria en la mujer

Sandra Patricia Jimenez Moreno

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Especialización Cardiorrespiratoria
Bogotá, Colombia
2013

Aproximación al grado de conocimiento de los profesionales de enfermería en relación a los síntomas asociados a la enfermedad coronaria en la mujer

Sandra Patricia Jimenez Moreno

Trabajo de grado para optar el título de
Especialista en Enfermería Cardiorrespiratoria

Asesora:
Astrid Yohana Gomez
Especialista en Enfermería Cardiorrespiratoria

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Especialización Cardiorrespiratoria
Bogotá, Colombia
2013

Resumen

Introducción La presencia de enfermedades cardiovasculares en todo el mundo representa el mayor índice de morbimortalidad tanto en hombres como en mujeres, sin embargo, en la actualidad, se ha evidenciado que estos índices ascienden cada día, siendo más las muertes en género femenino.

Sin embargo, la enfermedad isquémica, se presenta de manera distinta entre ambos géneros, la sintomatología, clínica y características son atípicas en la mujer, haciendo en muchas ocasiones que se dé un inadecuado manejo o en otros casos pase desapercibida y no se sospeche un evento coronario

Objetivos (principal) El presente estudio se realizó bajo el interés de dar una aproximación al grado de conocimiento que poseen los profesionales de enfermería sobre la atipicidad de los síntomas de la enfermedad coronaria en la mujer y su reconocimiento.

Materiales y métodos. Se llevó a cabo una encuesta en una Institución, centro de referencia en la atención de enfermedades cardiovasculares en la ciudad de Bogotá, la cual fue aplicada a 30 profesionales de enfermería que laboran en los servicios de urgencias, UCI, UCI coronaria, UCI cardiovascular y hospitalización respectivamente.

Resultados. Los resultados mostraron que los profesionales de enfermería carecen de los conocimientos acerca de la presencia de la enfermedad coronaria en la mujer, especialmente en los síntomas asociados a esta enfermedad.

Descriptor. Mujer, enfermedad coronaria, síntomas, enfermería, conocimiento.

Abstract

The presence of cardiovascular disease worldwide represents the highest rate of morbidity and mortality in both men and women. Nowadays, there is evidence that these rates are increasing day by day, being female deaths the most frequently fact.

Ischemic disease occurs differently between the genders; symptoms, and clinical features are atypical in women, causing in different cases the practice of inappropriate procedures, making the coronary situation go unnoticed and unsuspected.

Objective. This study was based on the interest of giving an approximation to the degree of knowledge possessed by nurses of the atypical nature of the symptoms of the coronary artery disease in women and its recognition.

Methods. A survey was made in a representative cardiovascular diseases care center in Bogotá - Colombia, which was conducted to 30 nurses who work in the emergency department, ICU, coronary ICU, cardiovascular and hospital ICU respectively.

Results. The results showed that nurses have lack of knowledge about the presence of coronary disease in women and especially about the symptoms related to this disease.

Keywords: Women, heart disease, symptoms, nursing, knowled.

Contenido

	Pág.
Resumen	V
1. Descripción del área problemática Marco Referencial	3
1.1 Área Problemática	3
1.2 Problema	13
1.3 Justificación	13
1.4 Objetivos:.....	15
1.4.1 Objetivo general:.....	15
1.4.2 Objetivos específicos.....	15
2. Marco Teórico.....	17
3. Marco metodológico	21
3.1 Abordaje Metodológico	21
3.2 Población.....	21
3.3 Criterios De Inclusión.....	21
3.4 Criterios De Exclusión:.....	21
3.5 Instrumentos.....	21
3.6 Universo Y Muestra	22
3.6.1 Universo	22
3.6.2 Muestra	22
3.6.3 Técnica de Muestreo	22
3.7 Procedimientos (técnica) del análisis de los datos	22
3.8 Aspectos éticos.....	23
4. Resultados.....	25
4.1 Síntomas de angina en la mujer	25
4.2 Tabulación de datos de la encuesta.....	25
4.3 Análisis de resultados	30
5. Conclusiones y recomendaciones.....	33
5.1 Conclusiones	33
5.2 Recomendaciones	34
Bibliografía	35

1. Descripción del área problemática Marco Referencial

“Mujeres diversidad y talento,
desarrollan creatividad y sueños,
no se rinden con tormentas o vientos,
con firmeza, historias van construyendo”.
Arjona, Delia

1.1 Área Problemática

Según datos de la Organización Mundial de la Salud¹, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por Enfermedades Cardiovasculares (ECV) que por cualquier otra causa. Se promedia que en 2005 murieron 7,5 millones de personas, lo cual representa un 30% de todas las muertes registradas en el mundo, es decir, dos personas cada segundo, 8 evidenciando una vez más, el gran impacto que desencadena alrededor del mundo, una enfermedad que evidentemente destruye la vida de miles de seres humanos. Sin duda, es una situación que preocupa al sector salud, ya que se calcula que en el 2015 morirán cerca de 20 millones de personas en el mundo por ECV, especialmente por causas asociadas a cardiopatías y accidentes cerebrovasculares y se prevé, sigan siendo la principal causa de muerte durante próximas décadas³

En Colombia según el DANE, también se confirmó que anualmente mueren 54 mil personas por enfermedades cardiovasculares. El panorama es desolador, puesto que es claro que la enfermedad coronaria ocupa el primer lugar como causa de mortalidad en la población femenina, en Colombia 12, ocasiona millones de muertes más que los ACV, la EPOC, la DM, la violencia, los homicidios y diversos tumores, incluido el cáncer, hecho que preocupa aún más ya que en nuestra sociedad se tiene el concepto que patologías diferentes a la ECV son las causantes de la mayor parte de las muertes, especialmente aquellas relacionadas con el cáncer y específicamente en el género femenino, el de cérvix y de seno, lo cual no permite que la población dimensione la realidad de las ECV.

En cuanto a la principal manifestación clínica de la enfermedad coronaria, se encuentra el Infarto Agudo del Miocardio (IAM), con respecto a la prevalencia a nivel mundial, de este evento tenemos que es de aproximadamente 3,8 millones en varones y 3,4 millones en el

grupo femenino por año, siendo la principal causa de muerte en los países desarrollados en ambos géneros y sin distinción de razas. 2

Como evidencia de lo anteriormente mencionado, se han llevado a cabo diferentes estudios acerca de la incidencia de la enfermedad coronaria, uno de ellos desarrollado en Europa, donde afirman que uno de cada ocho hombres y una de cada 17 mujeres morirán antes de los 65 años a causa de dolencias del corazón. Asimismo, representa la principal causa de invalidez y de disminución en la calidad de vida.¹⁰ Por otra parte, la OPS11 afirmó en el año 2002, que la principal causa global de muerte en la población femenina fue el Infarto Agudo del Miocardio en todas las edades, lo cual demuestra que no se necesita tener edad avanzada para que la enfermedad se presente, algo aún más preocupante, pues de esta manera se aumenta el riesgo inminente de morbimortalidad en la población en general. Del mismo modo, en el estudio realizado por Lockyer (4) se afirma que para el año 2050 la mortalidad por Infarto Agudo del Miocardio será un 30% más elevada en mujeres que en hombres, sin embargo, se conoce que las personas perciben un mayor temor al cáncer 5.

Llama la atención, estos datos estadísticos y al analizar la situación se encuentra que son muchos los factores y las circunstancias que hacen que la mujer se convierta en un ser vulnerable ante la presencia de enfermedades cardiovasculares. En primera instancia se encuentra la concepción de que las ECV son de presentación casi exclusiva del género masculino, hecho que ha provocado que en ocasiones se reste importancia a las manifestaciones de angina en las mujeres o se descarte como parte de los diagnósticos diferenciales por el hecho de ser mujer. A través de la historia siempre se ha señalado la enfermedad coronaria como una enfermedad de mayor prevalencia en el género masculino, según lo referido por Orisel¹⁴ “a la mujer se le han señalado otras causas de muerte de gran trascendencia como las relacionadas con el cáncer, especialmente de mama y cervicouterino”, pero la realidad es otra. Adicionalmente, existen evidencias que todo el proceso de enfermedad isquémica varía entre ambos géneros, Burke⁴⁷ manifiesta: “hay evidencias que el proceso aterosclerótico sería diferente en la mujer, la erosión de la placa sería más común en las mujeres con muerte súbita en comparación con ruptura de placa en el hombre” lo que cambia todo el contexto en relación al abordaje que se debe dar a la mujer desde antes de la presentación de un evento coronario, como lo es brindar más educación en la importancia de hábitos y estilos de vida saludables para mantener la salud y prevenir la formación de la placa aterosclerótica.

Cabe denotar, que además de las diferencias de género que han existido, en las cuales no se puede negar que ha prevalecido una sociedad machista, como hemos visto, también, se ha excluido a la mujer de varios estudios e investigaciones, lo que en cierta medida retrasó el encontrar la diferencia en las manifestaciones clínicas para la enfermedad coronaria entre ambos géneros, pues como afirma Sánchez⁶², “la Cardiopatía Isquémica ha sido considerada clásicamente una enfermedad ligada al sexo masculino, lo cual ha propiciado aspectos como la baja toma de conciencia del alcance

real del problema por parte tanto de los profesionales sanitarios como de la población”, lo que afirma que aún hoy en día se tiene prelación en detectar un infarto en el género masculino más que en el femenino y no se le ofrece a la mujer la atención que se merece.

Sanchez⁶⁰ refiere que es a partir de la década de los 90´ cuando se empieza a incluir a la mujer en este tipo de estudios, por lo que el conocimiento que se tiene al respecto es relativamente escaso. Sin embargo, existen diversos estudios que han revelado las diversas características y manifestaciones de la enfermedad coronaria en la mujer, los cuales aun no son conocidos por la mayoría de los profesionales.

Algunas investigaciones¹⁵ revelan que en los años 90´ la OPS¹³ dio cierto significado en relación a la diferencia de géneros, abriendo una nueva visión para los profesionales desde aquel entonces, posición bastante superpuesta y verídica al afirmar que “abordar la salud desde una perspectiva de género significa reconocer que más allá de las diferencias biológicas de sexo, existen distinciones de género socialmente construidas entre hombres y mujeres que afectan diferencialmente la salud”, colocando de manifiesto la necesidad de comprender las diversidades de los procesos salud-enfermedad entre ambos géneros.

Por su lado otros estudios,¹⁵ revelan que son menores los trabajos que se realizan en la mujer cuando presenta dolencias; afirman que “el género femenino tuvo mayor riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular o por IAM como consecuencia de menor selectividad de pruebas, al señalar que aún con resultados anormales en las pruebas no invasivas, las mujeres recibieron menos exámenes complementarios confirmatorios entre los que se incluyó la angiografía coronaria, afectando la realización de tratamientos”, en consecuencia, esto nos confirma que se prescriben mayor número de pruebas diagnósticas y tratamientos necesarios al género masculino que al femenino, lo que refleja que la mujer pasa a un segundo plano, no importando lo referido por ella ni lo que muestran muchos de sus exámenes. Por su parte, Anchique³⁸ reitera lo anteriormente mencionado “mujeres con lesiones no significativas de los vasos coronarios han llevado a diagnósticos erróneos, ya que el hecho de no presentar cambios agudos en el EKG puede llevar a obviar que esté cursando con un Síndrome Coronario Agudo y por ello puede ser menos estudiada para establecer su perfil de riesgo.” Es entonces donde se hace necesario analizar los factores de riesgo que posee cada mujer, la clínica que presenta, desarrollar una buena anamnesis y ante la sospecha de enfermedad coronaria, realizar los estudios complementarios que sean necesarios.

Otro factor relevante es el relacionado con la idea que ha existido en la sociedad sobre algunos mitos en relación a que el género influye en la tolerancia al dolor, así, lo afirman algunos investigadores; “los hombres y las mujeres responden al dolor de modos distintos, tanto psicológica como emocionalmente”¹⁶. Aunque todos lo hemos experimentado algunas veces, cuando se nos pide describirlo se hace bastante difícil, por

ello es que el dolor es subjetivo. Muchas mujeres por ejemplo, al referirse al momento del parto manifiestan que fue doloroso, pero no desgarrador, otras, por el contrario manifiestan que es un dolor intenso, indescriptible, que es el dolor más fuerte que han sentido en sus vidas; de esta forma se demuestra que es un tema de interés reconocer que la mujer afronta de manera diferente la sintomatología de la enfermedad coronaria. Está demostrado que el hombre consulta con mayor celeridad cuando experimenta dolor con el objetivo de conocer la causa de su dolencia, a diferencia de la mujer quien pospone este momento hasta que no encuentra otra opción, esto se señala en estudios, como el realizado por Aranguren y col¹⁷, “la mujer se concentra en disminuir las actividades, hacer reposo, respirar primero o acudir a los analgésicos, luego consultar a los servicios de salud”, lo cual aumenta sin duda el riesgo de mortalidad y/o el padecimiento de complicaciones.

Por otro lado, el Dr. Granados¹⁸, nos demuestra que el umbral es una cuestión puramente fisiológica; sin embargo, hay un componente afectivo emocional, factor que depende del estatus cultural, de la extracción social de la población y de la experiencia previa que se tenga con el dolor, por ejemplo, “a la mujer, el organismo la provee de mecanismos de defensa contra ciertos dolores como los del parto”. Del mismo modo, en el estudio realizado por Benjumea nos enseña que para la mujer “el proceso de buscar ayuda implica un análisis de su condición actual para resolver por sí misma sus dolencias”¹⁹, este autor manifiesta que la mujer “tiene además otra posibilidad como la de hacerse cargo de ella misma con remedios naturales y tomar medidas de autocuidado de acuerdo a sus creencias y cultura, midiendo las consecuencias de cualquier decisión”, es así, como podemos observar lo fundamental de relacionar toda la clínica y manifestaciones que nos expresa la mujer sin dejar de lado todos los factores que la rodean, sus condiciones personales, laborales, socioeconómicas y culturales. En otro trabajo de investigación, esta vez realizado por Cortes²⁰ refiere que “la mujer ante el síntoma doloroso asume conductas que se relacionan con el reposo, a pesar de todas las limitaciones que le produce el síntoma, continúa con su labor y toma medidas como el reposo y la disminución de esfuerzos, y se aferra a sus creencias”, de modo que, es preciso brindar educación constante y alertar sobre el dolor como signo importante de alarma a la población femenina. Adicionalmente, Escobar³⁶ en su estudio, refiere en relación al afrontamiento del dolor, que la mujer deja pasar largo tiempo con la presencia de este síntoma, y en muchas ocasiones no le da importancia “las mujeres describieron que tuvieron un tiempo prolongado de experimentar el dolor sin manifestarlo a un familiar cercano y mucho menos a un profesional de la salud, retrasando la determinación de un diagnóstico precoz que permitiera acceder a un tratamiento oportuno” y es entonces “hasta cuando el dolor se torna incapacitante para ejercer sus roles, la mujer se ve obligada a consultar a un servicio de salud”.

Hay evidencias que demuestran que la mujer asume de manera diferente el momento en que cursa con un evento isquémico, el Dr. Golberg⁵⁰ comenta que al indagar a un grupo de mujeres posterior al episodio refirieron: “ Muchas mujeres las veo tomar una aspirina si creen que están teniendo un ataque al corazón, nunca llamé o consulté”; lo que nos muestra que para ellas si la molestia sede en ese momento se conforman y no le prestan

la atención que requiere, poniendo en riesgo su vida, pues el dolor podría ceder momentáneamente y posteriormente desencadenar una muerte súbita.

Dentro de la misma línea Alfonso, 21 en su estudio confirma que “existen diferencias entre las características del riesgo y la enfermedad cardiovascular en las mujeres respecto a los varones, tanto en la presentación clínica como en la evolución, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento”, por lo cual el profesional de enfermería debe tener una nueva visión amplia y poseer otra perspectiva en el abordaje a la mujer; esto significa, que al apelar a conocimientos sólidos, desarrolle una valoración de manera holística, en donde como profesional de enfermería, realice un análisis del estado físico, indague sobre los antecedentes, su estado emocional, roles y creencias y logre establecer un concepto claro y oportuno para la detección de un evento coronario.

Otro factor importante que afecta directamente a la mujer es la atención que se le brinda cuando se presenta a los servicios de salud. Está comprobado que existe una inadecuada y tardía atención médica a la mujer con respecto al hombre²² y nuevamente confirma que algunos estudios han descrito que las mujeres reciben menos procedimientos intervencionistas que los hombres, consideradas como un grupo sesgado en la detección inicial de isquemia miocárdica por métodos tradicionales incluyendo electrocardiografía e imagenología²², lo que la hace aun más vulnerable pues tampoco se realizan los estudios básicos ni pertinentes para su diagnóstico. Del mismo modo, Sancho²³ señala que el dolor suele aparecer en la mujer unido al estrés psicosocial por lo cual el electrocardiograma en reposo puede ser normal, ratificando una vez más, la importancia de realizar una valoración integral que lleve a justificar el empleo de dos medios diagnósticos como mínimo, para la detección de enfermedad coronaria en la mujer. Así mismo, un punto que preocupa, es que los síntomas en la mujer, al comienzo de la enfermedad no son típicos, por lo cual el diagnóstico no se hace a tiempo y si se suma que la mujer consulta tardíamente, encontramos que su enfermedad ha avanzado y su experiencia de vida ha cambiado totalmente, tanto para ella como para su familia, afirma Millán. 24 De allí la importancia que el profesional de Enfermería conozca lo atípico de la presentación de esta patología en la mujer y pueda ayudarle en su diagnóstico y tratamiento de manera eficaz y oportuna. Toda la sintomatología que la mujer describa es importante para determinar el curso de la enfermedad, pues según un estudio realizado, un porcentaje cercano al 60% de las mujeres que experimentaron un IAM no reconocieron previamente los síntomas.²⁵ Otros estudios revelan²⁸ que las manifestaciones iniciales de cardiopatía isquémica en las mujeres ocurren diez años más tarde que en los hombres y el primer infarto ocurre veinte años más tarde. En la misma línea el estudio llevado a cabo en Perú²⁹ arrojó algunas conclusiones muy importantes, pero al mismo tiempo bastante preocupantes, pues evidenció el tiempo de inicio de la sintomatología en un grupo de mujeres hasta antes de ingresar a la UCI Coronaria: El 17.3% ingresaron antes de las 6 horas, el 34.7% entre las 6 y 24 horas y más de 24 horas el 48%. Las causas de la demora podrían tener varias explicaciones, entre ellas encontramos la demora en buscar ayuda; la demora en la atención; así como una pobre valoración de los profesionales de salud para que lleve a reconocer la enfermedad.

Lo anteriormente citado se relaciona con el hecho de que las mujeres llevan consigo innumerables responsabilidades y quehaceres en su vida diaria, ya que, además de desarrollar el mayor número de labores domésticas, también se desempeñan como parte de la fuerza laboral del hogar; es decir, la mujer asume más obligaciones, las cuales trata de cumplir a cabalidad para mantener así la “*estabilidad familiar*”; esto significa una gran carga tanto física como mental, incluso postergando su propio cuidado, lo que poco a poco va generando estrés y con frecuencia termina desencadenando eventos coronarios. Lo mencionado con antelación, se relaciona con el hecho de que no es un secreto que la mujer tiene sentimientos muy arraigados frente a las personas que aprecia, mayormente por su familia y siempre brinda cuidado a quienes la rodean, evidenciándose que en muchas ocasiones ella deja su cuidado propio para dedicarse a sus seres queridos, ella puede esperar; para la mujer, “lo importante es que todos se encuentren bien” y poca atención deja para sí misma, por esta razón Chavarría²⁷ manifiesta que cuando una mujer experimenta un cambio en su estilo de vida, sea por su condición de salud o por el aumento de la edad y/o la presencia de los trastornos que se presentan con ésta, no identifica el dolor como un problema sino que eleva su nivel de tolerancia hasta el punto de convivir con el síntoma, identificándolo como una fase más del proceso de su ciclo de vida. Del mismo modo, según el estudio de Nicholls³¹, ratifica que las mujeres tardan más en buscar auxilio para las enfermedades del corazón, ya sea por no reconocimiento de los síntomas o por infravalorarlos.

Así mismo, se encontró que el 50% de las mujeres respondieron como “poco probable” y “es una enfermedad de hombres”; a una encuesta en la que se les preguntó si consideraban que pudieran enfermarse del corazón; lo que reafirma el desconocimiento y la percepción de la mujer frente a la enfermedad cardiovascular.³² Otro factor importante es conocer que en la mujer la enfermedad coronaria está relacionada con sus actitudes, emociones y creencias, tal como lo afirma Millán.³³

De la mano de la problemática de la consulta tardía y la falla en el reconocimiento del síntoma de ECV, se han realizado diversas investigaciones para determinar los factores influyentes en la aparición de la enfermedad coronaria en la mujer, la manera como se presenta la enfermedad, y así mismo la forma como es expresada cada vivencia en diferentes grupos de mujeres. En estas investigaciones se ha observado que las pacientes consultan a los servicios de urgencia con “patrones que difieren de los clásicos, como disnea, epigastralgia, dolor en hombro, mandíbula o en dientes, dolor en ambos brazos, náuseas, palpitaciones que hacen la evaluación confusa y difícil de reconocer”, no solo para el propio paciente, sino también para los profesionales de la salud, como lo relata en su estudio Loaiza.³⁴ Por su parte el estudio Wise³⁵ encontró que la angina típica tuvo 35% de sensibilidad y 77% de especificidad, por lo cual desarrollaron un cuestionario de equivalencia de dolor de pecho para la mujer, encontrando que en mujeres menores de 55 años que referían síntomas como tensión, pesadez, entumecimiento, quemazón en región precordial, estaban directamente relacionados con la cardiopatía isquémica. En otro estudio, se describe como la sintomatología que se presenta en la mujer, indiscutiblemente es diferente a la del hombre, Aranguren y Cols³⁷, refieren que el síntoma de angina en la mujer se presenta en un 51% en el tórax anterior, esta variable incluye la región precordial y el hemitórax derecho; el 47% de las mujeres

localizan el dolor en el brazo izquierdo y tan sólo un 4% en el cuello”, también manifiestan que la mujer subvalora el síntoma anginoso. En otra investigación, se encontró que la mujer con enfermedad coronaria presenta una manifestación tardía de dolor en el pecho, las mujeres presentan síntomas comunes como fatiga inusual, cansancio excesivo, así como alteración en el patrón de sueño, aunque también refirieron la presencia de síntomas prodrómicos cuatro meses antes de presentarse la angina; desaliento, dolor en los omoplatos y en los hombros, así como la ansiedad e indigestión estuvieron asociados³⁹, otra razón por la cual la enfermedad puede pasar desapercibida o ser difícil de detectar.

Por otro lado, según Molina⁴⁰ “la manifestación clínica de dolor torácico en la mujer luego de la menopausia ha hecho que se confunda el diagnóstico debido a que puede relacionarse con somatizaciones generadas por estrés”, pues el estrés es muy común en la sociedad y más aún por los diferentes roles a los que la mujer se enfrenta cada día, por ello en muchas ocasiones se podría observar en la valoración angustia, afán y relacionarlo fácilmente con un episodio de ansiedad o estrés en el género femenino y más aún posterior a la menopausia.

Analizar cada síntoma, cada expresión en la mujer, indiscutiblemente es de gran ayuda para llegar al verdadero diagnóstico; según Pimentel⁴¹ “la mujer experimenta de forma diferente los síntomas de la cardiopatía isquémica y no hay consenso con respecto a un patrón único. Nader afirma que en la mujer “la expresión y presentación del dolor es indefinido, atípico o silente en comparación al hombre”.⁴² Del mismo modo Millán⁴³, comprobó que la mujer experimenta una serie de sensaciones como “la presencia de características específicas como el dolor en la espalda, mareo, pérdida de las fuerzas y de la energía, cansancio físico, dificultad para respirar, dolor a nivel del cuello con necesidad de palparse a causa del ahogo, sensación de frío que generalmente se inicia en manos y pies y que luego se extiende a todo el cuerpo.” Los resultados obtenidos por Millán, son aportes valiosos para la enfermería ya que según su investigación nos muestra diferentes experiencias vividas por varias mujeres que presentaron SCA y nos ayuda a identificar las características de la enfermedad coronaria en la mujer. Según Millán⁴⁴, logró determinar varias descripciones atípicas en un grupo de mujeres que experimentaron alguna vez un IAM, observando que en ellas “el dolor es fuerte, pero indescriptible por su magnitud y presentación inesperada”; algunas refirieron que “se manifiesta con sensación de frío (como hielo en los pies y manos), entumecimiento, se acompaña de malestar generalizado y sensación de mareo que se reflejan en un cansancio físico y mental al menor esfuerzo; otras, manifestaron desorientación momentánea y otras pérdida total de conocimiento, lo cual incrementa la sensación de impotencia ante la situación vivida”. Dentro de las características del dolor, esta autora⁴⁴ encuentra que “es quemante, referido como una sensación de calor y ardor localizado a nivel de la espalda que se dispersa por el brazo, para luego extenderse por todo el cuerpo y llegar a la cabeza, pero en algunos casos se describe asociado a frío generalizado”, y es por características como estas donde puede confundirse con otras enfermedades y dar un mal direccionamiento a la mujer que acude buscando ayuda. Eillen⁴⁵ también menciona que la mujer manifiesta “pérdida de la percepción del tiempo, dificultad para la comunicación e incapacidad para la movilidad”.

Por otra parte, "Aunque los hombres y las mujeres pueden experimentar presión en el pecho que se siente como un elefante sentado, las mujeres pueden experimentar un ataque al corazón, sin presión en el pecho", afirmó Goldberg, MD, "En su lugar, pueden experimentar falta de aire, presión o dolor en la parte baja del pecho o parte superior del abdomen, mareos, desmayos, presión superior de la espalda o fatiga extrema".⁴⁸ Otro factor influyente al hablar de cómo la mujer asume el síntoma anginoso, es debido a que "muchas mujeres piensan que los signos de un ataque al corazón son inconfundibles, pero en realidad puede ser más sutil y a veces muy confuso",⁴⁹ lo cual podría dar a entender las razones por las cuales la mujer deja pasar este suceso y continua con sus labores y su rutina diaria sin prestarle importancia, como bien lo ha referido el Dr. Goldberg: "a pesar de que la enfermedad cardíaca es el asesino número uno de las mujeres, ellas suelen atribuir los síntomas a condiciones menos peligrosas para la vida, tales como reflujo, acidez, la gripe o el envejecimiento normal". Afirmó que "esto lo hacen porque tienen miedo y porque ponen a sus familias primero".⁵⁰ El Dr. Goldberg ⁵⁰, señala algunos signos y características en la presentación de la enfermedad isquémica en la mujer, entre los cuales se encuentran: "presión incómoda, opresión, sensación de llenura o dolor en el centro de su pecho que tiene una duración de más de unos pocos minutos, o que desaparece y vuelve a aparecer"; "dolor o molestia en uno o ambos brazos, la espalda, el cuello, la mandíbula o el estómago, disnea con o sin malestar en el pecho, sudor frío, náusea o mareo", pudiendo observar la diferencia con respecto al hombre en la presentación de los síntomas. En otro estudio realizado, Cortés⁵¹ encontró, que algunas mujeres vivieron su experiencia coronaria de manera diferente, ellas le refirieron: "primero fue como una borrachera, dolor muy extenso en donde perdieron el sentido y después mucho vómito, ahogada, no tenía respiración" afirma que también puede haber palpitations sin dolor en el pecho, ⁵¹ sintomatología que denota la poca similitud con la presentación de la enfermedad en el género masculino. Otro síntoma asociado a la enfermedad coronaria en la mujer son los síntomas gastrointestinales⁵², como también la sensación inminente de hacer deposición⁵⁴ la mujer puede referir en esta zona malestar, dolor usualmente en epigastrio y puede ser relacionado con gastroenteritis, dolor abdominal inespecífico, gastritis, intoxicación alimenticia, entre otras patologías.

Otra característica que se presenta, es que "el tipo de dolor referido por las mujeres con dolor torácico indica que el 66,6%, lo clasifica como permanente o continuo, tanto que el 33,3% lo cataloga como intermitente"⁵³, así que se pueden tener diversos casos en los que el dolor puede estar presente todo el tiempo pero también, puede no estarlo.

La mujer experimenta diversas sensaciones y manifestaciones según lo encontrado por Cortés⁵⁵ "el calor la afecta, siente ardor, quemazón, cefalea, diaforesis, decaimiento, asfixia, fatiga, frialdad, fiebre". Sin embargo también le refirieron que "el dolor es una experiencia desagradable que la compromete profundamente en su comportamiento y vivencia, pero aun así "aprenden" a convivir con el síntoma"⁵⁵, puesto que se hace asombroso que aun siendo molestas todas estas experiencias, la mujer "trata" que no le afecte en sus labores cotidianas.

Sumado a lo anterior, cuando estos síntomas aparecen, la mujer desprecia sus dolores, los expresa de manera diminutiva, sin darle prelación o la verdadera importancia que requieren, lo que conlleva a una atención inoportuna y demorada, aumentando igualmente las complicaciones; se observa que “aunque pueden expresar el gran impacto del síntoma, luego suelen referirse a éste con palabras que le restan importancia, subvalorando una gran sensación. Se puede observar que la mujer se expresa con palabras como: “es un dolorcito, unas picaditas, unas punzaditas” 56, entre otras.

Otro punto para analizar es el referido por Lockyer⁶¹ quien manifiesta que los propios profesionales de la salud tienen dificultades para diagnosticar un Infarto Agudo del Miocardio en una mujer o para identificar sus síntomas. Del mismo modo, según Sancho⁶³, una vez que la mujer decide buscar ayuda especializada refiere dificultades en el proceso diagnóstico y en muchas ocasiones no es tomada en serio, lo cual hace pensar en un mal direccionamiento del profesional por el cual es valorada. La atención a la mujer con Coronariopatía Isquémica es deficiente y precaria a pesar de la importante repercusión que puede generar, manifiesta Sancho 64. Algo que lamentablemente ocurre es lo asegurado por Mc Sweeney⁶⁵ cuando refiere que en muchas ocasiones “en un erróneo planteamiento de presunción por parte del profesional de salud que las atiende, al identificar la sintomatología referida por la mujer, el profesional la clasifica con trastornos ansioso-depresivos”, lo cual certifica la falta de conocimientos y falta de profundidad en la valoración que se realiza con la mujer que consulta buscando ayuda.

Por otro lado, como ya se ha descrito con antelación, existen diferencias de género para la detección de la enfermedad isquémica en la mujer, tales como el retraso en la identificación de los síntomas, la demora en consultar, al igual que la tardanza en la atención por lo inespecífico de los síntomas relacionados, entre otros; pero sumado a esto se encuentra lo que Cortés menciona en su estudio y es muy importante “en los protocolos de manejo existentes no tienen en cuenta las posibles diferencias de género y esto da lugar a valoraciones inadecuadas”⁶⁶, Esto cobra relevancia desde el punto de vista de aquellos profesionales que no tienen el conocimiento acerca del tema quienes podrían conocerlo, socializarlo y así mismo compartirlo con sus colegas para poder prestar la atención oportuna en determinadas situaciones, si contaran con protocolos o guías actualizadas sobre ECV en la mujer.

De igual manera señala Miller⁶⁷ al referir que la gravedad de los síntomas y la baja progresión o síntomas intermitentes, constituyen los factores clínicos más predecibles de la tardanza en la atención de las mujeres, sumado esto a factores como confusión en la interpretación de signos y síntomas, que podrían reducir el cuidado oportuno por parte de los profesionales de la salud y sus intervenciones tempranas. Tal como manifiesta Cortés⁶⁸, el abordaje del personal de salud y específicamente el de enfermería sigue aun los lineamientos del modelo biomédico a través de parámetros dirigidos al manejo de la enfermedad y no a la comprensión de la situación de salud del individuo en su contexto. Por esto, es importante recordar que el individuo es un ser integral y que cada persona es única, en la cual intervienen diferentes aspectos que la afectan y se hace

indispensable valorarla de manera holística, reconociendo su ser y su entorno, pues todos estos aspectos influyen en su estado de salud.

La falta de conocimiento de la enfermedad cardiovascular en la mujer proviene con gran preocupación tanto de la comunidad médica como de las propias pacientes, lo cual dificulta un diagnóstico temprano, afirma Anchique⁶⁹, por tal motivo es fundamental que el profesional de enfermería comprenda las diferencias de género y la experiencia de la Enfermedad Isquémica en la mujer y lo más importante identifique las diferencias individuales relacionando su nivel cultural, demográfico, social, educativo, psicológico, ambiental y emocional, de forma tal que, pueda realizar una evaluación adecuada y dar el enfoque pertinente. Evangelista⁷⁰ también reafirma que “en ocasiones son los propios profesionales sanitarios los que ignoran o menosprecian estos pródromos iniciales en la mujer, atribuyendo las molestias a estados ansiosos, depresivos o situaciones de estrés”. Es muy concordante lo que Sancho⁷¹ afirma que “hoy más que nunca es necesaria una reorientación de las clásicas preguntas de investigación que se venían formulando” pues como profesionales de enfermería, no podemos quedarnos en lo visual ni en lo subjetivo, sino que debemos explorar cuidadosamente todo lo referido por la mujer para llegar a obtener un diagnóstico verdadero. Por todo esto, Enfermería debe ser pionera en la detección de esta problemática, es hora de afrontar esta realidad como una pandemia mundial en la cual debe ser primordial que los profesionales conozcan firmemente las características de la enfermedad coronaria en la mujer para contribuir en su diagnóstico oportuno, así como mejorar y salvar la vida de miles de mujeres que se presentan a diario en nuestros servicios, pues “incluso cuando los signos son sutiles, las consecuencias pueden ser mortales, sobre todo si la mujer no recibe ayuda de inmediato”⁷²

Se ha querido realizar un llamado concienzudo para que los profesionales de enfermería seamos más cautelosos y oportunos al realizar cada una de nuestras valoraciones y lograr identificar los signos y síntomas de alarma más silentes de la enfermedad coronaria en la mujer.

Por último, se debe tener presente la problemática que se desencadena, la enfermedad coronaria está afectando a más temprana edad, pues es evidente un aumento significativo en la incidencia y prevalencia de la enfermedad isquémica coronaria en el género femenino. En un estudio realizado por la National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)³⁰, observaron un incremento en la prevalencia de cardiopatía isquémica en la mujer de 4.6% en la población entre los 20 y 24 años y de un 79% en la mujer mayor de 75 años, lo que alerta en el padecimiento de la enfermedad a cualquier edad, siendo indispensable el autocuidado permanente durante todas las etapas de la vida para disminuir los riesgos y las probabilidades de llegar a sufrir una isquemia cardiaca. Sin embargo, así como se ha tenido el concepto que es una enfermedad de hombres, también se tiende a relacionar con la edad, y aunque no se puede negar que a mayor edad mayor riesgo, Weiner⁴⁶ manifiesta que “recientes publicaciones muestran que las pacientes jóvenes también estarían en alto riesgo”⁴⁶

En conclusión, la enfermedad isquémica del corazón en la mujer y sus síntomas, es un tema que aún hace falta difundir, por tanto se hace fundamental que el profesional de enfermería tenga conocimientos sólidos y reconozca las enfermedades más prevalentes, pero sobretodo las identifique oportunamente y con ello lograr encaminar futuras investigaciones y proyectos de divulgación de esta problemática. De allí la necesidad de aproximarse al grado de conocimiento que los profesionales de enfermería poseen sobre ECV en mujeres, ya que son ellos quienes atienden día a día a mujeres con estos síntomas y la literatura aún no nos muestra evidencia relacionada con este conocimiento.

1.2 Problema

La enfermedad isquémica del corazón en la mujer se ha descrito desde el punto de vista de diferencias en la presentación según género, características del síntoma, tratamiento y diagnóstico, en este ítem se hace referencia a las deficiencias en la valoración y uso de medios diagnósticos, pero específicamente el grado de penetración de estos conocimientos en los profesionales de enfermería no se ha descrito en la literatura.

La información encontrada sobre la enfermedad isquémica en la mujer es importante ya que brinda la base teórica para el manejo de este grupo de población, pero es claro que este saber no ha sido divulgado a la totalidad de los profesionales de salud, específicamente, médicos y enfermeros, ya que persiste las mismas estadísticas que demuestran la falencia en la identificación y manejo de estas mujeres con ECV. Por otro lado la inexistencia de guías o protocolos que incluyan las diferencias en la presentación de esta patología en la mujer, es evidencia del desconocimiento.

1.3 Justificación

Es indiscutible la prevalencia de la enfermedad coronaria en gran parte de la población, ésta se ubica como la causa más importante asociada a mortalidad en todo el mundo, en Colombia la enfermedad isquémica ocupa la *primera causa de muerte en mujeres*, las estadísticas según lo presentado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística_ DANE6 señalan que 12.036 muertes en el año 2007, fueron por esta causa; éstas cifras han aumentado significativamente en los últimos años. Esta enfermedad provoca múltiples muertes prematuras y dado que la asistencia sanitaria de las enfermedades cardiovasculares es costosa y prolongada, constituye también una gran carga económica,⁷ siendo ésta otra problemática para los recursos de cada país.

Desde este punto de vista se puede reconocer como uno de los problemas más significativos en salud pública, pues “las enfermedades cardiovasculares cobran miles de vidas más que todos los tumores combinados.” Se encontró que el porcentaje es más elevado en mujeres (55% de todas las muertes) comparado con el de los hombres (43% del total de fallecimientos).⁹

Esto se podría explicar ya que la mujer presenta mayor vulnerabilidad frente a las enfermedades cardiovasculares, puesto que posee más factores de riesgo, muchos de ellos modificables, pero por falta de conocimientos o falta de información, la mujer los desconoce, llevando a que cotidianamente practique los mismos hábitos y estilos de vida, lo que conlleva al aumento en la prevalencia de la enfermedad.

Por otro lado, a lo largo de la historia se ha relacionado la enfermedad coronaria con el género masculino, en muchos países, incluyendo el nuestro, se le ha atribuido como una enfermedad de hombres, de igual manera se tiene el concepto que esta enfermedad presenta las mismas manifestaciones clínicas en ambos géneros como sucede en la mayoría de las patologías, lo cierto es que para la enfermedad isquémica en la mujer este concepto no aplica.

Recordemos que la mujer es un ser fundamental e indispensable para el núcleo familiar y así mismo para la sociedad, es quien generalmente, le da dirección a la familia y en ella se encuentran inmersas diversas funciones y responsabilidades. De igual manera, en la mujer intervienen diversos factores y situaciones que la afectan y es por ello que el género femenino se hace más vulnerable de sufrir una enfermedad coronaria, pues sus emociones y sensaciones están directamente relacionadas con la enfermedad isquémica coronaria, según lo referido por Cortés en ellas “el dolor trastorna el estado emocional y de ánimo, por lo general refieren estar desesperadas, agitadas, asustadas, lo cual les quita la tranquilidad y les produce angustia por el miedo a lo desconocido”⁵⁷, la mujer coloca antes de sí misma todas las actividades y responsabilidades que tienen sus seres queridos, puesto que para ella toda su familia y su entorno son importantes y cada situación que experimenta interviene en su estado emocional, las alegra, las enorgullecen, pero así mismo, las angustia y las deprime, lo que se convierten en factores de riesgo para un evento coronario.

Estudiar e investigar acerca de la enfermedad coronaria en la mujer sigue siendo un tema de gran interés, que no se puede dejar de lado debido a su importancia, pues es una problemática de fuerte impacto a nivel mundial, aunque según Mosca⁵⁹ el diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica en la mujer continua siendo aún un desafío para la Medicina.

Por otro lado, en la actualidad la enfermedad coronaria se presenta como un virus, pues como se ha señalado, afecta a miles de personas no solo en Colombia sino en todo el mundo. Es una enfermedad incidiosa, puesto que inicialmente se presenta de manera lenta y silente, por lo tanto muchas personas no presentan síntomas, o como en el caso de las mujeres, restan importancia a estos y postergan la consulta, lo que conlleva a que cuando se decide a consultar la enfermedad está realmente avanzada, hecho que conlleva múltiples complicaciones, secuelas e incluso la muerte.

Sumado a lo anteriormente mencionado, en la mayoría de ocasiones, es el profesional de enfermería quien tiene el primer contacto con la mujer cuando ella decide consultar, es él, quien realiza la anamnesis inicial y escucha lo referido por ellas. Este primer contacto es de suma importancia ya que de la valoración y hallazgos obtenidos dependerá que la mujer sea diagnosticada de manera urgente y certera y así mismo tratada, de allí la responsabilidad de esta ciencia y el conocimiento de esta condición patológica y sus diferencias con respecto al género masculino.

Aproximarse al grado de conocimiento de los profesionales de enfermería sobre la ECV en la mujer, cobra importancia desde el punto de vista de detección temprana y oportuna de las mujeres con dicha condición y el inicio oportuno de la terapia apropiada lo que conlleva a la prevención de complicaciones sobre el sistema cardiovascular y por ende optimización del proceso de recuperación, lo que puede redundar en disminución de incapacidades importantes y alteraciones de la dinámica familiar y social.

Del mismo modo al acercarse al grado de conocimiento que se posee sobre el tema enfermería pueda generar programas de divulgación y planes de cuidado basados en teorías de Enfermería, tendientes a mejorar la atención a este grupo poblacional y de la misma forma, hacer que las enfermeras reconozcan que si se continua ignorando las diferencias en cuanto a género de la enfermedad coronaria en la mujer conducirá en gran medida a diagnósticos erróneos por subestimar la sintomatología referida por ella.

Por último, poder determinar en cierto grado el conocimiento que enfermería posee actualmente acerca de lo atípico de la enfermedad coronaria en la mujer, es el puente para destinar futuras investigaciones dirigidas a la socialización y divulgación del conocimiento de enfermería sobre dicho fenómeno, pues si este conocimiento es claro para los profesionales de enfermería, se logrará tener una atención oportuna para la mujer, se le podrá brindar la información y la educación acerca de dicha problemática y se logrará ir reduciendo el riesgo de morbimortalidad en el género femenino por esta causa.

1.4 Objetivos:

1.4.1 Objetivo general: Realizar una aproximación al grado de conocimiento de los profesionales de enfermería en relación a los síntomas asociados a la enfermedad coronaria en la mujer.

1.4.2 Objetivos específicos:

* Diseñar un instrumento que permita recabar la información sobre el grado de conocimiento que los profesionales de enfermería poseen sobre angina en la mujer.

* Aplicar la encuesta diseñada para determinar el nivel de familiarización con la caracterización de los síntomas

* Diseñar y acompañar la entrega de una herramienta de socialización y divulgación para los profesionales de enfermería sobre la enfermedad cardiovascular en la población femenina

2. Marco Teórico

DOROTHEA OREM

Dorothea Orem, analizó la importancia que tiene para la enfermería el conocimiento, donde se hace fundamental adquirir una teoría con bases sólidas, pues de allí se obtiene un fuerte y valioso conocimiento para la correcta aplicación de la profesión; la parte teórica nos da los principios científicos de los cuidados que proporcionamos al ejercer ésta ciencia, y es donde ponemos en práctica lo aprendido, así mismo, se van adquiriendo experiencias para las diferentes situaciones que se presenten a lo largo de la misma; Orem refería que “Una base personal esencial de las enfermeras para la práctica de la enfermería es el conocimiento especializado obtenido mediante las experiencias en situaciones prácticas y el conocimiento de enfermería teórico conceptualizado por fuentes autorizadas que describe y explica la enfermería en una gama de tipos de situaciones prácticas de la enfermería”.⁷³

También reflexiona en los diferentes momentos y situaciones que se presentan constantemente en la práctica y para lo cual enfermería siempre debe estar preparada, esta autora refiere que “Cuando las enfermeras abordan y entran en situaciones concretas de la práctica de la enfermería, se enfrentan a la necesidad de formular y dar respuesta a ciertas preguntas: ¿Qué debo saber cómo enfermera? ¿Sobre qué tengo que indagar? ¿Qué preguntas tengo que formular? ¿Qué significado doy a la información obtenida, a los juicios que hago? ⁷⁴

Así mismo, durante la práctica de enfermería se van adquiriendo nuevos conocimientos, los cuales son bastante valiosos e indispensables para la disciplina, pues en cada ocasión y situación la enfermería aporta sus conocimientos para brindar un mejor y oportuno cuidado a sus pacientes; Orem

afirma: “estas cuestiones identifican el tipo de conocimiento teórico especializado, que las enfermeras deberían tener mientras investigan los detalles relevantes para la enfermería en situaciones concretas de su práctica profesional”.⁷⁵

Señala también un punto importantísimo en el margen del ser y el quehacer de enfermería al reconocer que cada una de nuestras acciones y decisiones son verdaderamente importantes para nuestros pacientes; Orem manifiesta que “es esencial para las enfermeras saber, ser capaces de expresar y por tanto comunicar, lo que hacen, por qué lo hacen, y los resultados de lo que hacen. La conceptualización de la enfermería es el primer paso. 76

Orem habla acerca de la importancia que tiene el conocimiento de enfermería en la práctica, pues es la enfermería una profesión de gran responsabilidad desde todo punto de vista, ella afirma que “los profesionales de enfermería llevan a cabo la valoración, la toma de decisiones y operaciones productivas para saber qué sucede en las situaciones concretas de la práctica de la enfermería, para saber qué puede cambiarse; para tomar decisiones sobre lo que debería hacerse; y para producir un sistema de cuidados. 77

En la disciplina de enfermería están superpuestas diversas acciones, todas y cada una de gran importancia y responsabilidad para el mejoramiento de la salud de las personas que lo requieren, es por esto que “el conocimiento que proporciona, guía, y direcciona la acción es dinámico en la persona que lo posee, la enfermera” 78.

Orem, también afirma que “Las enfermeras identifican en cada situación de la práctica la adecuación de sus propios conocimientos y habilidades.” 79

La enfermería es una ciencia que requiere de cuidados propios e individuales para cada persona, es enfermería que prima en cada acto, en cada decisión, desde el principio de la misma: “Desde una perspectiva de acción, la enfermera educada como tal era reconocida como esencial para la enfermería puesto que la enfermera es el agente cuyas acciones producen cuidados de enfermería”. 80

Esta teórica enmarca en sus líneas, frases propias del nacimiento de una disciplina única y transformadora en toda la historia, que ha surgido para trascender y evolucionar a lo largo del tiempo; aquí algunos de sus pensamientos más llamativos para el presente estudio: “En las situaciones prácticas, las enfermeras experimentan acontecimientos que las implican a ellas mismas y a otros”. “Observan, reflexionan, razonan y comprenden como personas que saben de enfermería. El conocimiento de la enfermería es un proceso cognitivo y no una condición estática de la enfermera”. 81 “Las enfermeras trabajan en *situaciones vitales* con otras personas para originar condiciones beneficiosas para las personas a las que cuidan. La enfermería demanda el ejercicio de la inteligencia práctica y especulativa de las enfermeras”.82 “En las situaciones prácticas de enfermería, las enfermeras deben tener información exacta y ser conocedoras de las

situaciones y circunstancias existentes en los pacientes, y de los cambios que empiezan a surgir en ellos”.83

“Las enfermeras, como las personas en otros servicios humanos o las personas que se esfuerzan para obtener resultados, deben ser conscientes de la coherencia entre lo que saben y lo que hacen. Para lograr este estado, las enfermeras deben ser cognitivamente activas en todas las situaciones prácticas de la enfermería”.84

“La observación, incluyendo el ejercicio de habilidades perceptivas altamente desarrolladas; la reflexión y el juicio son esenciales en la determinación de los hechos relevantes de enfermería tanto reales como prácticos de las situaciones en que las personas están bajo los cuidados de enfermería”. 85

“Las enfermeras piensan sobre su comprensión práctica de lo que puede hacerse para obtener unas condiciones más deseables y emiten juicios clínicos sobre lo que debería hacerse y lo que debería evitarse”.86

“Sin el conocimiento de las ciencias prácticas de la enfermería, las enfermeras son incapaces de otorgar un significado de enfermería a lo que observan y a la información real que obtienen, a los complejos juicios que emiten sobre situaciones concretas y a las necesidades de cambio y posibilidades del mismo que perciben”.87

“La regla de la enfermera es actuar con precaución, usando enfoques de prueba controlados y actuando para prevenir daños a medida que avanza la acción. Tales acciones exigen la presencia de profesionales con un sólido conocimiento teórico y experimental de la enfermería”. 88 “La razón para el cambio es que el conocimiento sobre una ciencia práctica debe usarse para desarrollar un concepto válido y útil de una disciplina práctica.”89 “Practicar la enfermería significa entrar en las situaciones vitales de otros para actuar como enfermera con legitimación social y de enfermería”. 90

“Las enfermeras deben ser capaces de atribuir significado de enfermería a la información obtenida y a utilizarla como base para hacer juicios y tomar decisiones de enfermería”. 91

“Es importante que las enfermeras tengan libertad para asumir las responsabilidades de la práctica de la enfermería. 92 El conocimiento de enfermería es la base fundamental para otorgar los mejores cuidados en la práctica.

En resumen, el conocimiento científico y su puesta en práctica, ha sido materia de estudio de diferentes teóricos dada la implicación que tiene sobre el desarrollo de la disciplina, es así como Orem, presenta este conocimiento como pilar sobre el cual se fundamenta la toma de decisiones en la práctica, sin este se puede llegar a romper el equilibrio del ejercicio profesional, por lo tanto se debe trabajar desde la formación de los enfermeros y continuar con la divulgación a los profesionales en ejercicio, de temas de interés para la disciplina, como lo es el caso de la enfermedad isquémica del corazón en la mujer.

3. Marco metodológico

En el presente capítulo se contextualiza el diseño escogido para el desarrollo del estudio.

3.1 Abordaje Metodológico

Diseño descriptivo, de corte transversal, donde se realiza una aproximación al grado de conocimiento que los profesionales de enfermería de una Institución de IV nivel, poseen sobre la enfermedad isquémica del corazón en la mujer.

3.2 Población

Profesionales de Enfermería que laboran en una Institución de IV nivel de la ciudad de Bogotá, en el período comprendido entre los meses de mayo y junio de 2013.

3.3 Criterios De Inclusión

- Profesionales de Enfermería
- Desempeño en servicios urgencias, unidad de cuidado coronario y hospitalización

3.4 Criterios De Exclusión:

- No se refieren

3.5 Instrumentos

Los instrumentos utilizados para el desarrollo del estudio se diseñaron basados en estudios e investigaciones realizadas por profesionales de enfermería de varios países, especialmente de la Universidad Nacional de Colombia, los cuales evidenciaron la sintomatología y características individuales de diversas mujeres que han experimentado un IAM. Con base en lo anterior se diseñó:

- ✓ Encuesta semiestructurada para profesionales de enfermería sobre síntomas de angina en la mujer, para aplicar a 30 profesionales de Enfermería que cumplieran con los criterios de inclusión y no los de exclusión. Anexo 1.

3.6 Universo Y Muestra

3.6.1 Universo. Todos los profesionales de enfermería que laboran en una Institución de Salud de IV nivel de la ciudad de Bogotá, durante el periodo comprendido entre mes mayo y de junio de 2013.

3.6.2 Muestra. 30 Profesionales de enfermería que laboran actualmente en una Institución de Salud centro de referencia en el tratamiento de las afecciones cardiovasculares, las cuales se desempeñan en los servicios de hospitalización cardiología, urgencias y cuidados coronarios y que cumplieron con los criterios de inclusión.

3.6.3 Técnica de Muestreo. Se realizó un muestreo intencional, tomándose profesionales de enfermería que laboran en los servicios seleccionados en la Institución de IV nivel, en el periodo comprendido entre el mes de mayo y junio de 2013 que cumplieran con los criterios de selección.

3.7 Procedimientos (técnica) del análisis de los datos

Una vez establecidos los criterios de inclusión y exclusión, la enfermeras investigadora empleó una encuesta semiestructurada, basada en los estudios e investigaciones realizadas por profesionales de enfermería de varios países, especialmente de la Universidad Nacional de Colombia, sobre sintomatología y características individuales de diversas mujeres que han experimentado un IAM, esta entrevista se aplicó a 30 profesionales de Enfermería que laboran en una Institución de IV nivel de la ciudad de Bogotá, en los servicios de hospitalización, urgencias y cuidados coronarios.

La enfermera investigadora realizó la aplicación de las encuestas a los profesionales de enfermería y registró todos los datos en los formularios diseñados para tal fin.

Se utilizó la estadística descriptiva para expresar las características de la muestra.

La enfermera investigadora aplicó las encuestas por medio del cuestionario diseñado para tal fin (Encuesta para profesionales de enfermería sobre síntomas de angina en la mujer (Anexo 1)), éste fue diligenciado en primera instancia por la enfermeras investigadora y un grupo de enfermeras de diferentes instituciones de salud, una vez se comprobó que el instrumento cumplía con las características tanto técnicas como de contenido que se requerían, fue entregado a cada una de las enfermeras seleccionadas.

La enfermera investigadora entregó a cada participante el formulario, previa explicación sobre el objetivo del mismo y su diligenciamiento. Este proceso se realizó dentro del horario de turno y dentro del área de trabajo, ya que se buscó que el personal se encontrará en su ambiente de trabajo, este proceso fue ejecutado por la investigadora. Una vez obtenido el consentimiento informado, se procedió a desarrollar las encuestas con cada una de sus cinco preguntas, se permitió la libre expresión de los participantes. Todas las encuestas fueron guardadas. Por último se realizó tabulación de los datos de las encuestas para profesionales de enfermería sobre síntomas de angina en la mujer. En cada ítem los valores se expresan como número (N°) o valor absoluto y porcentaje (%).

3.8 Aspectos éticos

Esta propuesta fue sometida fue presentada en su totalidad en la Institución involucrada con el estudio, dándose a conocer además de la justificación y el propósito del proyecto, los beneficios esperados así como la posibilidad de rehusarse a participar o retirarse del mismo de manera voluntaria.

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, esta propuesta se clasifica como “investigación con bajo riesgo”¹ y cumple con lo estipulado en su Artículo 4, buscando la construcción del conocimiento apropiado que contribuya a la prevención y control de los problemas de salud de la población incluida en las instituciones hospitalarias de Bogotá. Igualmente, acorde con los requisitos establecidos en el Artículo 5 de la misma resolución, para este estudio prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad y a la privacidad de los participantes así como la protección de sus derechos y su bienestar. Y serán ellos quienes decidan si desean o no participar en la investigación.

Por tal razón, para el desarrollo de esta investigación fue fundamental contar con el consentimiento informado de los profesionales seleccionados garantizando en todo momento la confidencialidad de la información recopilada en el proceso, así como la posibilidad de aclarar eventuales dudas antes, durante o después de la investigación. Dicho consentimiento está ajustado a los requisitos establecidos en el Artículo 15 de la Resolución 8430 de 1993. Los datos se recogieron en las fechas y en los lugares acordados previamente, establecidos de común acuerdo con el personal de la institución involucrada en el estudio.

La autora de la investigación se comprometió a mantener principios éticos² como la **veracidad**, a través del uso exacto de los datos para la presentación de los resultados

obtenidos, citando en los casos pertinentes, las fuentes de información o de referencia; la **fidelidad**, es decir, la obligación de cumplir con aquello a lo que uno se ha comprometido y mantener la confidencialidad; la **reciprocidad**, toda vez que en el proceso de desarrollo del estudio se espera que las personas conozcan más sobre su salud tomando como referencia el escenario de trabajo. En este sentido, los resultados de la investigación serán publicados y dados a conocer a la comunidad académica y a las instituciones, para que sean utilizados en beneficio de los colectivos involucrados.

Con relación a la propiedad intelectual, la elaboración de este proyecto siguió las directrices emanadas del Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional de Colombia, así como del Acuerdo 007 de 2008 del Consejo Superior Universitario de esta misma Universidad, respetando los derechos patrimoniales de la Universidad por las razones establecidas en el Artículo 16 del Acuerdo 035 ya mencionado.

4. Resultados

4.1 Síntomas de angina en la mujer

El instrumento de encuesta sobre síntomas de angina en la mujer fue aplicado a un total de 30 enfermeras, contó con un total de 5 ítems, los cuales contaron con respuestas de selección múltiple.

La población de enfermería que participó en las encuestas fue en su mayoría del género femenino (26= 86,6%), las edades de los mismos oscilaron entre los 24 y 48 años, y se consiguió obtener un número de 6 participantes por cada uno de los turnos, lo cual permitió una información amplia.

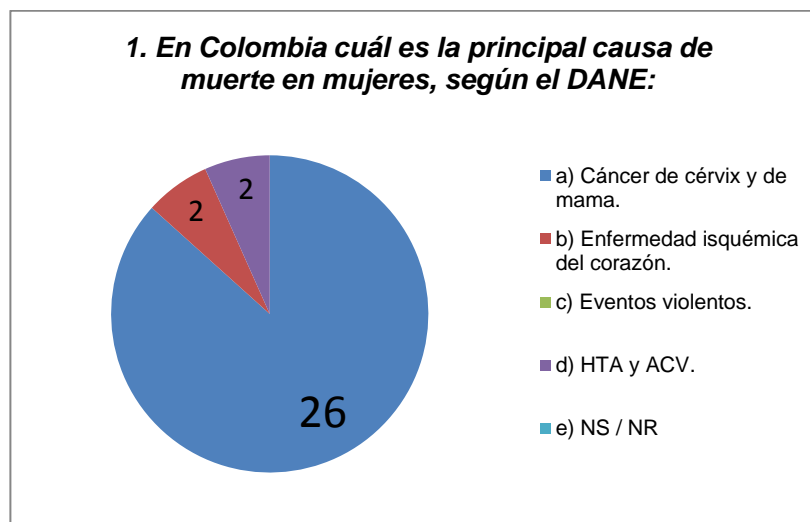
Una vez recolectados los datos se tabularon las respuestas de acuerdo a cada pregunta y se determinó la frecuencia de cada respuesta, posteriormente se analizaron las respuestas determinando el número de respuestas correctas.

4.2 Tabulación de datos de la encuesta

Tabla 1.

Pregunta 1: En Colombia cuál es la principal causa de muerte en mujeres, según el DANE:

RESPUESTAS	N DE RESPUESTAS
a) Cáncer de cérvix y de mama.	26 = 86.66%
b) Enfermedad isquémica del corazón.	2 = 6.66%
c) Eventos violentos.	0 = 0%
d) HTA y ACV.	2 = 6.66%
e) NS / NR	0 = 0%

Figura 1. Principal causa de muerte en mujeres. Colombia - DANE**Tabla 2.**

Pregunta 2: Cuáles son los factores de riesgo cardiovascular con mayor presencia e impacto en mujeres

RESPUESTAS	N DE RESPUESTAS
a) Tabaquismo, hipertensión arterial y estrés.	4 = 13.3%
b) Hipertensión arterial, diabetes y obesidad.	23 = 76.6%
c) Colesterol alto, sedentarismo y obesidad.	3 = 10%
d) Ninguna de las anteriores.	0 = 0%
e) NS / NR	0 = 0%

Figura 2. Principales factores de riesgo cardiovascular en mujeres:

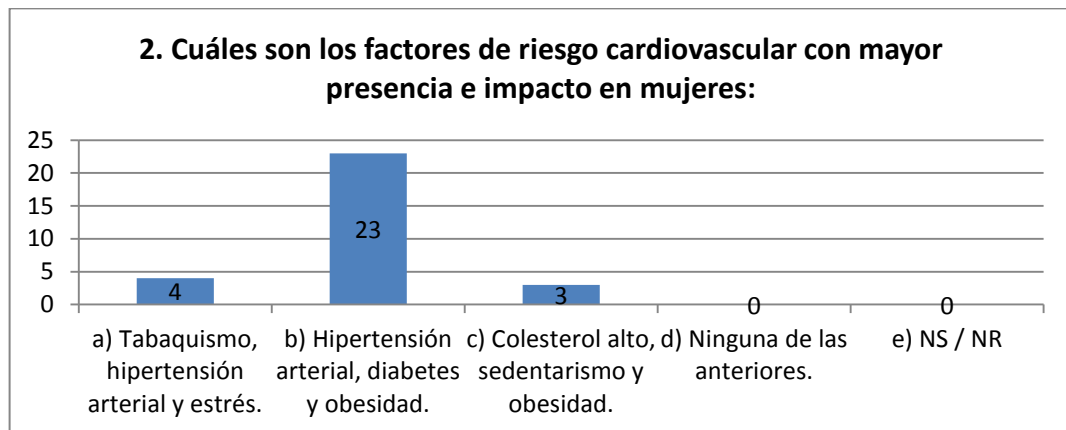
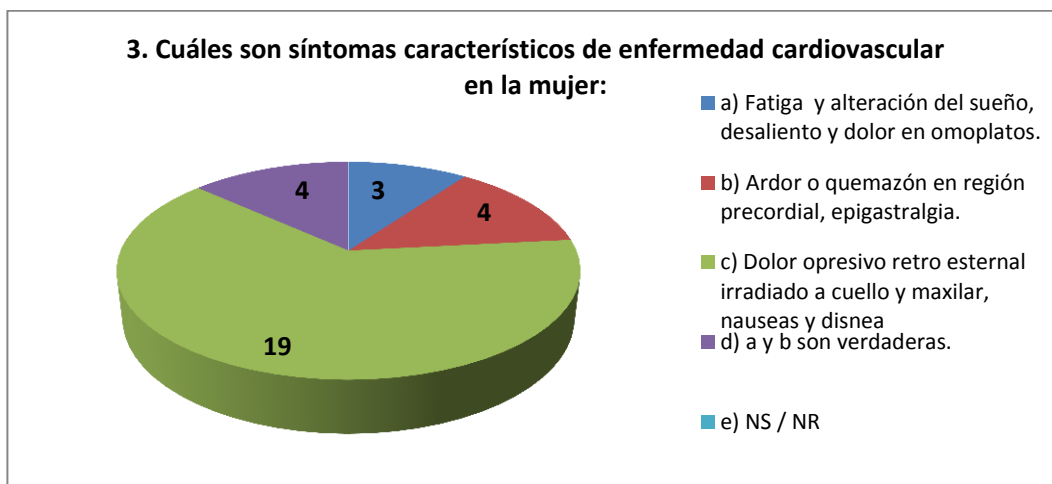


Tabla 3.

Pregunta 3. Cuáles son síntomas característicos de enfermedad cardiovascular en la mujer:

RESPUESTAS	N DE RESPUESTAS
a) Fatiga y alteración del sueño, desaliento y dolor en omoplatos.	3 = 10%
b) Ardor o quemazón en región precordial, epigastralgia.	4 = 13.3%
c) Dolor opresivo retro esternal irradiado a cuello y maxilar, nauseas y disnea	19 = 63.3%
d) a y b son verdaderas.	4 = 13.3%
e) NS / NR	0 = 0%

Figura 3. Síntomas característicos de enfermedad cardiovascular en la mujer**Tabla 4.**

Pregunta 4: En un síndrome coronario agudo, el electrocardiograma puede encontrarse:

RESPUESTAS	N DE RESPUESTAS
a) Con cambios en todos los hombres y mujeres.	21 = 70%
b) Con cambios sólo en hombres.	1 = 3.3%
c) Sin cambios en mujeres con lesiones de vasos no significativas.	3 = 10%
d) Sin cambios en hombres con lesiones de vasos no significativas.	2 = 6.6%
e) NS / NR	3 = 10%

Figura 4. Cambios en el EKG, en un síndrome coronario

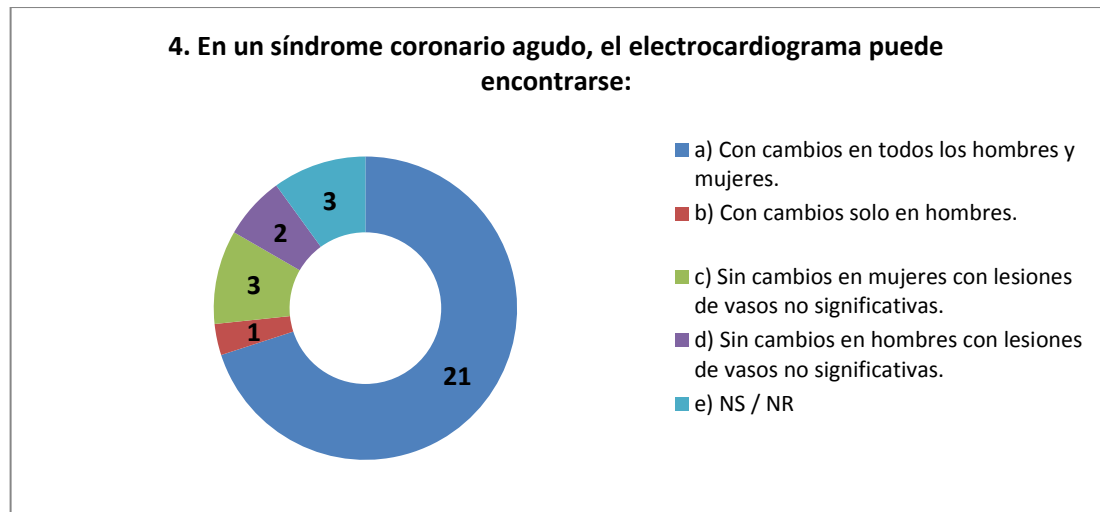
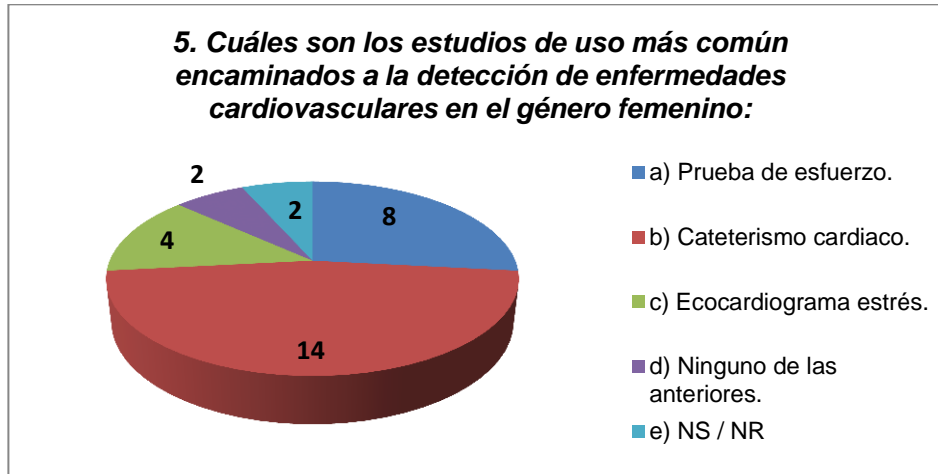


Tabla 5.

Pregunta 5: Cuáles son los estudios de uso más común encaminados a la detección de enfermedades cardiovasculares en el género femenino:

RESPUESTAS	N DE RESPUESTAS
a) Prueba de esfuerzo.	8 = 26.6%
b) Cateterismo cardiaco.	14 = 46.6%
c) Ecocardiograma estrés.	4 = 13.3%
d) Ninguno de las anteriores.	2 = 6.66%
e) NS / NR	2 = 6.66%

Figura 5. Medios diagnósticos de mayor uso para detección de enfermedad cardiovascular en la mujer



4.3 Análisis de resultados

Según los resultados arrojados por las encuestas, los profesionales de enfermería no reconocen la enfermedad isquémica como el problema de mortalidad más importante a nivel Colombia en el género femenino; por el contrario atribuyen el mayor número en su mayoría a el cáncer de cérvix y de mama y a otras causas como la hipertensión arterial y los accidentes cerebrovasculares.

Los profesionales presentan un déficit de conocimientos acerca de las manifestaciones clínicas de la enfermedad coronaria en la mujer, carecen de información acerca de las manifestaciones y experiencias del género femenino en la isquemia cardiaca, especialmente en los síntomas asociados a esta enfermedad. Se sigue reconociendo como síntomas prevalentes, aquellos que se presentan en el hombre.

De igual manera, un buen porcentaje de los profesionales no tienen el conocimiento sobre las posibilidades de encontrar el electrocardiograma sin cambios en mujeres con lesiones de vasos no significativas, el 70% de los profesionales encuestados piensa que en el Síndrome coronario Agudo, el EKG siempre va a estar alterado, con cambios en ambos géneros y es por ello que muchas veces se da a la mujer un mal direccionamiento, demostrando los estudios que afirman que las mujeres reciben menos exámenes complementarios en la detección de enfermedades coronarias.

Los resultados encontrados hacen un llamado para que los Profesionales de Enfermería no dejen de lado el estudio individual y permanente, más aún cuando hay patologías como la enfermedad coronaria, que se convierten en una pandemia mundial y en la mayor parte de los casos, de no detectarse a tiempo, sugieren complicaciones y secuelas de por vida para nuestras mujeres, objeto primordial de cuidado.

Es importante transferir este conocimiento, pues como bien se ha resaltado, los profesionales de enfermería son en la mayoría de los casos el primer contacto que tienen los pacientes, y son autónomos de sus decisiones; la falta de conocimiento podría convertirse en una debilidad para la disciplina.

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

De los resultados obtenidos se puede concluir que los profesionales no poseen un amplio conocimiento sobre los síntomas de angina en la mujer, por tanto se continúa diagnosticando sobre la base de la sintomatología típica del hombre.

La labor de Enfermería dentro de las instituciones de salud, desde la valoración física y anamnesis, es clave fundamental para conocer la condición de salud de la paciente, indagar en sus antecedentes patológicos, familiares, medicamentos y su adherencia, todo en conjunto debe constituirse como un foco de acción para la disciplina de Enfermería, dada la responsabilidad en la identificación de mujeres con ECV, ya que son estos profesionales los que se encargan en la mayoría de centros sanitarios de realizar la clasificación de los pacientes que allí acuden.

En la medida en que la divulgación de todos aquellos aspectos recabados en múltiples estudios y confinados en saber de pocos, sean de dominio general y presentados de manera clara a la mujer, será fuente propicia para ayudar a reducir las cifras de mortalidad a nivel mundial.

El dolor torácico en la mujer y su relación con la enfermedad coronaria, es una manifestación que debe generar interés y estudio y debe permitir la integración del conocimiento y la teoría, así como intervenciones oportunas, lo cual implica un compromiso con la salud del género femenino.

Se debe iniciar una nueva era en la investigación de la cardiopatía isquémica en la mujer, nuevos modelos de diagnóstico, nuevos factores de riesgo, pruebas diagnósticas con mayor sensibilidad y especificidad para la mujer ya que el aumento de la expectativa de vida llevará indefectiblemente a un incremento en la prevalencia de enfermedad coronaria especialmente en la mujer.

Este llamado lleva entonces a tomar medidas, buscar soluciones viables que nos conduzcan al trabajo de llevar una información oportuna, de una manera clara, sencilla, que contribuya en la sociedad, como es el crear una cultura de autocuidado, identificar los síntomas de alarma para buscar ayuda y acudir oportunamente, de solicitar que se realicen los exámenes que sean necesarios para descartar realmente la Enfermedad Coronaria.

5.2 Recomendaciones

Se recomienda a los profesionales de Enfermería, la realización de otros estudios de este tipo en diferentes instituciones del país y al mismo tiempo implementar dentro de los planes de educación de enfermería la divulgación sobre la ECV en la mujer. Así mismo, sugerimos continuar con este proceso de indagación en una población de profesionales más amplia que permita lograr una mayor representación.

Se sugiere a los profesionales de enfermería trabajar en la modificación de protocolos y guías de manejo, de tal forma que se puedan realizar ajustes a los mismos, que incluyan la información sobre la presentación y diagnóstico de la ECV en la mujer.

Dentro de las líneas de investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, se resalta la necesidad de profundizar en la divulgación de los resultados de las investigaciones realizadas como las relacionadas con angina y caracterización del síntoma en mujeres en las instituciones de salud, en la misma Facultad y en otras Facultades.

Se sugiere a la Facultad de Enfermería, el diseño y aplicación de estrategias de divulgación de los resultados de sus investigaciones sobre salud cardiovascular en la mujer.

Bibliografía

ALFONSO, Fernando; Temas de actualidad en cardiología clínica y extrahospitalaria. Un nuevo proyecto: enfermedad cardiovascular en la mujer. En: temas de actualidad en cardiología. Febrero, 2005, vol. 59, no. supl1.

ALFONSO, F., Bermejo, J., Segovia, J. (2006). Enfermedades cardiovasculares en la mujer : ¿Por qué ahora? Revista Española de Cardiología; 59 (3): 259- 63.

ANCHIQUE, Claudia Patricia. La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en Colombia. En: El espectador.com, Bogotá, Colombia. Marzo 17. 2009.

ARANGUREN M. Diana y Cols. Caracterización de los síntomas de angina en la mujer. Análisis de los estudios realizados en la Facultad de Enfermería en la Universidad Nacional de Colombia de 2001-2006. En: Tesis de especialización de enfermería Cardiorespiratoria. 2007. P 107.

BENJUMEA, Carmen de la Cuesta. Las mujeres y el manejo de un síntoma: de la valoración a la selección. En: Salud Pública de México. Marzo-abril, 1999, Vol. 41, no. 2.

BURKE AP., Farb A., Effect of risk factors on the mechanism of acute thrombosis and sudden coronary death in women. Circulation 1998;97:2110-2116.

CARABALLO, Domingo. Detección oportuna de enfermedad coronaria en mujeres de la Universidad de Antioquia, enviadas al programa de prevención de enfermedades cardiovasculares. <http://www.encolombia.com/meno5299-deteccion.htm>

CHAVARRIA, Maria Eugenia. La investigación en la salud de la mujer en el siglo XXI. Artículo publicado en la revista de la Academia mexicana de Cirugía. (vol.70: n°3) México 2002, p 197.

COLOMBIA. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Defunciones por grupo de edad y sexo. www.dane.gov.co, 2007.

CORTES, Luis. Revista Avances en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia: Tipificación del síntoma dolor torácico tipo isquémico en la mujer a la luz de la teoría de los síntomas desagradables, 2007, p 84

EDEN, Brenda. Chest Pain in Women What's the Difference?, The Nurse Practitioner. February, 2008, vol. 33, no. 2. Ibid, p.1.

ESCOBAR, Shirley. Síntomas de mujeres con angina un estudio internacional, Características en la presentación de los síntomas de angina en mujeres remitidas para pruebas de esfuerzo en la Fundación Cardioinfantil. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería Programa de Especialización en Enfermería Cardiorrespiratoria, Bogotá. 2004.

EVANGELISTA et, al, 2009; Digiacomo et, al 2007

Fundación Cardioinfantil. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería Programa de Especialización en Enfermería Cardiorrespiratoria,

Bogotá. 2004. Reis SE, Holubkov R. et al., The Wise investigators. Coronary microvascular dysfunction is highly prevalent in women with chest pain in the absence of coronary artery disease. Am Heart J 2001;141:735-741

GOLDBERG, Nieca, MD director médico de la Joan H. Tisch Centro de Salud de la Mujer en la Universidad de Nueva York Langone Medical Center y miembro de la Asociación Americana del Corazón. http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/WarningSignsofaHeartAttack/Heart-Attack-Symptoms-in-Women_UCM_436448_Article.jsp.

GRANADOS, Vinicio. Revista de divulgación científica y tecnología de la Universidad Veracruzana: La ciencia y el hombre.

<http://www.arthritis.org/espanol/combata-el-dolor/dolor/dolor-controlando/dolor-controlando-hombres-mujeres/>

<http://www.colombiacorazon.com/Sobrenosotros.html>

http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/diseases/cardiovascular_es.htm

http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/WarningSignsofaHeartAttack/Heart-Attack-Symptoms-in-Women_UCM_436448_Article.jsp.

<http://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol18num1/articulos/dolor/index.htm>

Informe de la Salud cardiovascular en España en el contexto Europeo. Sociedad Española de Cardiología, Fundación Española del corazón. Pag 30

JARAMILLO N. Enfermedad coronaria. Enfermería cardiovascular. Bogotá: Distribuna; 2008, p. 544

LOCKYER, Lesly. (2005). Women's interpretation of their coronary heart disease symptoms. *Eur. J. Of Cardiovascular Nurs.*; 4 (7): 161- 162.

LOCKYER, Lesly. Women's interpretation of their coronary heart disease symptoms. En: *European journal of cardiovascular nursing*. Vol.4, 2005, p 29-35

MASERI A., Severi S., et al "Variant" angina. One aspect of continuous spectrum of vasospastic myocardial ischemia. *Am J, Cardiol* 1978;42:1019-1035.

MCSWEENEY, J., Lefler, L., Fischer, E., Naylor, A., Evans, L. (2007). Women's prehospital delay associated with myocardial infarction. Does race really matter? *J. cardiovasc. Nurs.*; 22 (4): 279- 285. Lockyer, L. (2008). Women's interpretation of cardiac symptoms. *Eur J. Cardiovascular Nurs.*; 4 (7): 161-162

MILLAN, Eillen. La experiencia del dolor torácico en la mujer con Infarto Agudo del Miocardio. 2008 p.20

MILLER, L., Christine. Cue sensitivity in women with cardiac disease. En: *Nursing progress in cardiovascular*, summer 2000, pp.43-52.

MILLER, Christine I.; Integrative literature reviews and meta-analyses, a review of symptoms of coronary artery disease in women, School of Nursing, University of Wisconsin, USA, 2008.

MOLINA, E; ¿Se valora bien el dolor torácico en la mujer?, Unidad de Cardiología Extrahospitalaria, Servicio de Cardiología, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, vol. 2. No 2. Julio 2007.p. 17. 5Ibid, p.17.

Mortalidad Colombia 2001-2002. DANE.gov.co

MOSCA L, Grundy SM et al Guide to preventive cardiology for Women. AHA/ACC Scientific Statement : Concensus Panel Statement. Circulation 1999;99:2480-2484.

NADER, Julia, Aura Blanco. Factores psicosociales y fisiológicos que llevan a la presentación de angina en la mujer. Trabajo para optar el título de especialista Cardiorespiratorio.2006.

NIGHTINGALE, F. (1860). Notes of nursing: What is and what it is not, London, 1860, Harrison & Sons.

OPS Organización Panamericana de la Salud (1999). Equidad de género y políticas de reformas del sector salud. Guía para la preparación de informes. Washington.

OPS. Situación de Salud en Colombia. Ministerio de Protección Social. Republica de Colombia.

OREM, Dorothea: Conceptos de enfermería en la práctica. Ed. Científicas y técnicas, S.A. 1993 Barcelona – España. págs. 2-93

Organización Mundial de la Salud. Nota informativa, febrero 2007.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>

ORISEL, Lina. Estado del arte de estudios de Investigación sobre enfermedad coronaria en la mujer durante el periodo de 1998. Bogotá 201. P.11.

PACUSSICH Carolina, Pinto Jubitza, Javier. Peruana de Cardiología: Enfermedad coronaria en la mujer. Experiencia en 300 pacientes en el Hospital Nacional Arzobispo-Loaiza. 2004, pag 133.

PIMENTEL, Carolina, pacussich Jubitza, Pinto, Javier. Peruana de Cardiología: Enfermedad coronaria en la mujer. Experiencia en 300 pacientes en el Hospital Nacional Arzobispo-Loaiza. 2004

REIS SE, Holubkov R. et al., The Wise investigators. Coronary microvascular dysfunction is highly prevalent in women with chest pain in the absence of coronary artery disease. Am Heart J 2001;141:735-741

Rate of progression of coronary atherosclerotic plaque in women. Nicholls S, Wolski K, Sipahi I, Schoenhagen P, Crowe T, Kapadia S, Hazen S, Tuzcu E, Nissen S. J Am Coll Cardiol. 2007 Apr 10;49(14):1546-51

SANCHEZ, David. Tesis doctoral. La enfermedad coronaria en la mujer: Una aproximación fenomenológica. Universidad de Alicante, Junio de 2012.p 24

SANCHEZ, P. 2003. Mujer y salud. Familia, trabajo y sociedad. Madrid. Ed. Díaz de santos. S.A.

SANCHEZ, P. 2003, Rohlfs, 2004. Mujer y salud. Familia, trabajo y sociedad. Madrid. Ed. Díaz de santos. S.A.

SANCHO, D. (2011). Teorías y modelos en la práctica de enfermera. Enfermería global; 10 (3). Edición digital. Disponible en <https://www.eglobal.es> P 25

SANCHO, David Tesis doctoral. La enfermedad coronaria en la mujer: una aproximación fenomenológica. Universidad de Alicante . Junio del 2012. p. 18

WEINER DA; Ryan TJ, et al. Exercise stress testing: correlations among history of angina, ST segment response and prevalence of coronary artery disease in the Coronary Artery Surgery Study (CASS) N England J Med 1979;301; 230-235.pag 133-134.

ANEXO 1. ENCUESTA PARA PROFESIONALES DE ENFERMERIA SOBRE SINTOMAS DE ANGINA EN LA MUJER

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Facultad de Enfermería

ENCUESTA PARA PROFESIONALES DE ENFERMERIA SOBRE SINTOMAS DE ANGINA EN LA MUJER

Esta encuesta se realiza como parte del desarrollo del estudio de investigación llamado “Aproximación al grado de conocimiento de los profesionales de enfermería en relación a los síntomas asociados a la enfermedad coronaria en la mujer”. Su objetivo es reconocer la percepción que usted como enfermero (a) tiene sobre los síntomas de angina en el género femenino.

FECHA: _____ TURNO: _____

NOMBRE: _____ N° SECUENCIAL: _____

EDAD: _____ GENERO: M _____ F: _____

SERVICIO: _____ NIVEL DE ESTUDIOS: _____

1. En Colombia cuál es la principal causa de muerte en mujeres, según el DANE:

- a) Cáncer de cérvix y de mama.
- b) Enfermedad isquémica del corazón.
- c) Eventos violentos.
- d) HTA y ACV.
- e) NS / NR

2. Cuáles son los factores de riesgo cardiovascular con mayor presencia e impacto en mujeres:

- a) Tabaquismo, hipertensión arterial y estrés.
- b) Hipertensión arterial, diabetes y obesidad.
- c) Colesterol alto, sedentarismo y obesidad.
- d) Ninguna de las anteriores.
- e) NS / NR

3. Cuáles son síntomas característicos de enfermedad cardiovascular en la mujer:

- a) Fatiga y alteración del sueño, desaliento y dolor en omoplatos.

- b) Ardor o quemazón en región precordial, epigastralgia.
- c) Dolor opresivo retro esternal irradiado a cuello y maxilar, nauseas y disnea
- d) a y b son verdaderas.
- e) NS / NR

4. En un síndrome coronario agudo, el electrocardiograma puede encontrarse:

- a) Con cambios en todos los hombres y mujeres.
- b) Con cambios solo en hombres.
- c) Sin cambios en mujeres con lesiones de vasos no significativas.
- d) Sin cambios en hombres con lesiones de vasos no significativas.
- e) NS / NR

5. Cuáles son los estudios de uso más común encaminados a la detección de enfermedades cardiovasculares en el género femenino:

- a) Prueba de esfuerzo.
- b) Cateterismo cardíaco.
- c) Ecocardiograma estrés.
- d) Ninguno de las anteriores.
- e) NS / NR

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lo estamos invitando a participar de manera **VOLUNTARIA** en un estudio de investigación llamado “***Aproximación al grado de conocimientos de los profesionales de enfermería en relación a los síntomas asociados a la enfermedad coronaria en la mujer***”.

Este estudio se desarrolla como parte del trabajo final de la especialización en Enfermería Cardiorrespiratoria de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, está aprobado por el departamento de enfermería de la Fundación Clínica Shaio y cuenta con el respaldo institucional y de la Universidad Nacional de Colombia.

La enfermera investigadora del estudio es Sandra Jimenez.

El objetivo de este estudio es realizar una aproximación al grado de conocimiento de los profesionales de enfermería en relación a los síntomas asociados a la enfermedad coronaria en la mujer, de esta forma se podrá prevenir el efecto del desconocimiento de esta condición patológica y su diferente presentación en la mujer y por ende facilitar el diagnóstico y tratamiento de este grupo, lo que puede conducir a una recuperación más rápida y menores complicaciones.

Actividades del estudio. Para realizar este estudio de investigación, debemos diligenciar una encuesta. Si usted resulta ser un buen candidato, se realizarán los siguientes pasos:

- 1) Una encuesta (para profesionales de enfermería) por parte de la enfermera investigadora. Esta encuesta busca conocer su percepción sobre los síntomas de angina en la mujer.

Condiciones de participación. Su participación en este estudio es completamente voluntaria lo que significa que usted tomará libremente la decisión de participar y de retirarse en cualquier momento. Si usted decide no participar, usted seguirá contando con los mismos servicios y condiciones de atención a los cuales tiene derecho.

Es importante que usted sepa que ninguno de las actividades del estudio (encuesta) tendrán costo para usted ni para su empresa aseguradora de salud (EPS, compañía de medicina prepagada, etc...). Igualmente, es importante que sepa que usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio.

La información que obtengamos de usted y de otros profesionales de enfermería, se utilizará únicamente con fines educativos y se manejará con absoluta confidencialidad. Esto significa que su nombre no será revelado y usted siempre será identificado por un número secuencial. De igual forma, en caso de publicación de los resultados del estudio, su nombre no podrá ser identificado.

La enfermera investigadora vinculada al estudio, cuyos datos se anotan a continuación, estará atenta a responder todas sus dudas antes, durante y después de concluido el estudio.

Sandra Jimenez

Cel: 310 2049955

**Al firmar este consentimiento usted acepta participar
de manera voluntaria en este estudio**

Yo _____ con la cedula de ciudadanía _____ acepto que:

1. Leí o me han leído y explicado completamente la información anterior y he tenido la oportunidad de hacer preguntas que me ayudaron a entender lo correspondiente a mi participación.
2. Entiendo los riesgos y los beneficios y por lo tanto libremente doy mi consentimiento para participar en el estudio de investigación resumido en este formulario. Entiendo que si no acepto, esto no afectará la atención que recibo en esta o en otra institución de salud.

Profesional de enfermería voluntario:

Nombre

Número de identificación

Firma

Fecha

Nombre de la persona que presentó / explicó el documento:

Nombre

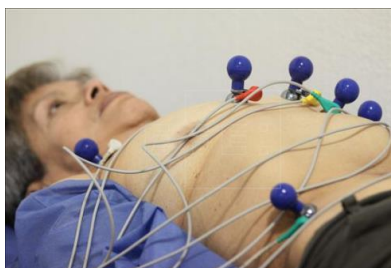
Firma

Fecha

ANEXO 3 FOLLETO PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

VULNERABILIDAD CORONARIA EN LA MUJER

En un estudio realizado “El género femenino tuvo mayor riesgo de muerte por ECV o por IAM como consecuencia de menor selectividad de pruebas, al señalar que aún con resultados anormales en las pruebas no invasivas, las mujeres recibieron menos exámenes complementarios.



“Los profesionales de enfermería llevan a cabo la valoración, la toma de decisiones, y operaciones productivas para saber qué sucede en las situaciones concretas, para saber qué puede cambiarse; para tomar decisiones sobre lo que debería hacerse”. **Dorothea Orem**

EL CORAZON DE LAS MUJERES ESTA EN NUESTRAS MANOS



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1Organización Mundial de la Salud. Nota informativa, febrero 2007. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>
- 2 COLOMBIA. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Defunciones por grupo de edad y sexo. www.dane.gov.co, 2007.
- 3http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/diseases/cardiovascular_es.htm)
- 4OPS. Situación de Salud en Colombia. Ministerio de Protección Social. Republica de Colombia.
- 5Julia Nader, Aura Blanco. Factores psicosociales y fisiológicos que llevan a la presentación de angina en la mujer. Trabajo para optar el título de especialista Cardiorespiratorio.2006.
- 6PACUSSICH, Carolina, Jubitz, Pinto, Javier. Peruana de Cardiología: Enfermedad coronaria en la mujer. Experiencia en 300 pacientes en el Hospital Nacional Arzobispo-Loaiza. 2004, pag 148.
- 7EDEN, Brenda. Chest Pain in Women What’s the Difference?, The Nurse Practitioner. February, 2008, vol. 33, no. 2
- 8MILLAN, Eillen. La experiencia del dolor torácico en la mujer con Infarto Agudo del Miocardio. 2008, p 53-57
- 9Ibid, EDEN, Brenda.
- 10CORTES, Luis. Revista Avances en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia: Tipificación del síntoma dolor torácico tipo isquémico en la mujer a la luz de la teoría de los síntomas desagradables, 2007, p 84
- 11 GOLDBERG, Nieca, MD director médico de la Joan H. Tisch Centro de Salud de la Mujer en la Universidad de Nueva York Langone Medical Center y miembro de la Asociación Americana del Corazón.
- 12ANCHIQUE, Claudia Patricia. La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en Colombia. En: El espectador.com, Bogotá, Colombia. Marzo 17. 2009.
- 13Ibid, CORTES, Luis. P 82-84



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA
POSGRADOS EN ENFERMERÍA

SANDRA JIMENEZ
ENFERMERA PROFESIONAL

ENFERMEDAD CORONARIA EN LA MUJER



Según datos de la OMS ¹, las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa.

INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO EN LA MUJER

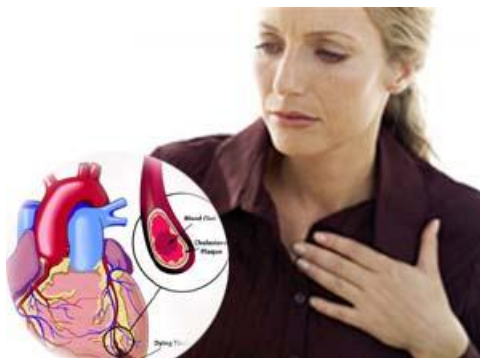
El porcentaje de IAM es más elevado en mujeres (55% de todas las muertes) comparado con el de los hombres (43% del total de fallecimientos). ³



La OPS 3 afirmó que en el año 2002, la principal causa global de muerte en la población femenina fue el IAM en todas las edades. ⁴

Manifestaciones clínicas, características y experiencias de la enfermedad coronaria en el género femenino

En la mujer “la expresión y presentación del dolor es indefinido, atípico o silente en comparación al hombre”. ⁵



* A diferencia del género masculino, la mujer puede experimentar los siguientes síntomas en el IAM:

*Disnea, epigastralgia, dolor en hombro, mandíbula o en dientes, dolor en ambos brazos, náuseas, palpitaciones, tensión, pesadez, entumecimiento, quemazón en región precordial. ⁶



*Vómito, desmayos, sensación de llenura, síntomas gastrointestinales, sensación inminente de hacer deposición.⁷

*Mareo, sensación de frío, o sensación quemante, desorientación momentánea o pérdida total del conocimiento. ⁸

*Fatiga, cansancio excesivo, alteración en el patrón de sueño, dolor en omoplatos y en hombros, ansiedad, indigestión.⁹

*Dificultad para la comunicación, atragantamiento e incapacidad para la movilidad.¹⁰



➤ Importante tener en cuenta:

* Las mujeres pueden experimentar un ataque al corazón, sin presión en el pecho.¹¹

* Mujeres con lesiones no significativas de los vasos no presentan cambios agudos en el Electrocardiograma.¹²

* La mujer subvalora sus dolores, los expresa de manera diminutiva, así: “como un dolorcito que va y viene, una picadita, una punzadita”¹³