



PERCEPCIÓN, EVALUACIÓN Y RESPUESTA AL SÍNTOMA ANGINA DE PECHO, POR MUJERES QUE PRESENTARON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

PERCEPTION, ASSESSMENT AND RESPONSE TO THE SYMPTOM ANGINA PECTORIS BY WOMEN WHO PRESENTED ACUTE CORONARY SYNDROME

Almanza-Vega Nanchi Nahurlandy¹
Romero-Massa Elizabeth²
Espitia-Mejía Mayuriz³
Álvarez-Romero Erick Gustavo⁴

Correspondencia: mey_1831@yahoo.es

Recibido para evaluación: mayo-15-2013. Aceptado para publicación: agosto-25-2014

RESUMEN

Introducción: la Enfermedad Coronaria (EC) es la causa número uno de muerte en el mundo occidental, e importante problema de salud pública con trascendencia mundial. A su vez la angina de pecho es la manifestación clínica del Síndrome Coronario Agudo (SCA).

Objetivo: describir la percepción, evaluación y respuesta a la presencia del síntoma angina de pecho, en mujeres que tuvieron SCA.

Metodología: estudio descriptivo de corte transversal realizado a conveniencia en 100 mujeres que fueron diagnosticadas y tratadas SCA, en un hospital público de la ciudad de Cartagena de Indias, Colombia. De la historia clínica se tomaron los datos de filiación y fueron contactadas para una visita domiciliar, consentimiento informado y aplicación de formulario que incluía datos sociodemográficos e instrumento sobre la experiencia del síntoma angina de pecho, elaborado por Céspedes, quien se basó en la experiencia del Modelo Conceptual de Dodd. La estadística descriptiva fue expresada en promedios y datos porcentuales.

Resultados: Participaron 100 mujeres con edad promedio de 69 años, pertenecientes mayormente a estratos socioeconómicos medio-bajo y bajo, que habían presentado previamente SCA. Un tercio con escolaridad primaria incompleta, 28% en convivencia como unión libre y la mitad incluidas en el régimen de seguridad social contributivo. La experiencia del síntoma angina de pecho en mujeres fue en el 51% como síntoma típico y en el 49% como atípico. El 64% evaluaron la manifestación como un problema cardíaco y en lo referente a la severidad el 38% lo relacionó con la sensación de muerte. Ante la presencia del dolor, tomaron remedios caseros el 41%, lo ignoraron el 36% y respiraron profundamente otro 35%. Al decidir solicitar atención, fueron a un centro de urgencias el 76%. Nueve de cada diez, informaron que el día que presentaron la angina de pecho como manifestación del SCA, demoraron menos de una hora en llegar al consultorio y demorar menos de una hora en ser atendidos, desde el establecimiento del síntoma.

¹ Enfermera. Universidad de Cartagena. Colombia

² Enfermera. Magíster en Enfermería, énfasis en salud Cardiovascular. Docente. Universidad de Cartagena. Colombia

³ Estudiante. Facultad de enfermería. Universidad de Cartagena. Colombia

⁴ Médico. Centro Médico Buenos Aires. Cartagena. Colombia

Conclusión: la mitad de las mujeres evaluadas, percibieron el síntoma angina de pecho como manifestación atípica. Aunque importante proporción lo evaluaron como de origen cardíaco, un tercio lo ignoraron inicialmente. La asistencia al profesional de la salud y la atención brindada por estos, fue notoriamente elevada antes de una hora de instaurada la angina de pecho. **Rev.cienc.biomed. 2014;5(2):272-280.**

PALABRAS CLAVE

Angina de pecho; Síndrome coronario agudo; Dolor en el pecho.

SUMMARY

Introduction: The coronary heart disease (CHD) is the cause number one of death in the occidental world and it is an important problem of public health with worldwide significance. In turn, the angina pectoris is the clinical symptom of the acute coronary syndrome (ACS).

Objective: To describe the perception, assessment and response to the presence of the symptom angina pectoris in women who had ACS.

Methods: Cross-sectional descriptive study carried out to convenience in 100 women who were diagnosed and managed as ACS in a public hospital of the city of Cartagena de Indias, Colombia. Of the medical record were taken the identity data and they were contacted for a home visit, to deal with informed consent, to apply a socio demographic data form and the tool about the experience of the symptom angina pectoris developed by Céspedes, who based it, in the experience of the conceptual model of Marilyn Dodd. The descriptive statistic was expressed in averages and percent data.

Results: 100 women with average age of 69 years old, belonging principally to medium-low and low socioeconomic strata who had previously presented ACS participated. A third of them with incomplete primary education, 28% in civil union and half of them included in contributive health regimen. The experience of the symptom angina pectoris in women was 51% as typical symptom and 49% as atypical symptom. 64% of women assessed the symptom as a cardiac problem and according to the severity, 38% considered it as sensation of death. In front of the presence of the pain, 41% of women took house medicines, 36% ignored it and the other 35% breathed deeply. 76% of women decided to go to an emergency center. Nine of each ten informed that the day in which they presented angina pectoris as symptom of ACS, they delayed less than one hour to arrive to the doctor's office and less of one hour in being attended, since the beginning of the symptom.

Conclusion: Half of the evaluated women perceived the symptom angina pectoris as atypical symptom. Although an important number of them considered it as of cardiac origin and a third initially ignored it. The assistance to the physician and the afforded attention was glaringly high before of one hour since the beginning of the angina pectoris. **Rev.cienc.biomed. 2014;5(2):272-280.**

KEYWORDS

Angina pectoris; Acute coronary syndrome; Chest pain.

INTRODUCCION

Según la Asociación Americana del Corazón, la enfermedad cardíaca es la causa más común de muerte en mujeres en los Estados Unidos. La angina de pecho es síntoma de una enfermedad del corazón, que ocurre cuando el flujo de sangre al corazón es temporalmente bloqueado y el corazón se ve privado de oxígeno (1).

La angina de pecho puede ocurrir como resultado de sobreesfuerzo físico o ser el primer signo de un ataque cardíaco inminente. La angina estable es un tipo de angina

que ocurre varias veces cuando la persona afectada está físicamente activa. La angina inestable se produce sin provocación y es el más peligroso de los dos tipos de angina de pecho. Según la Clínica Cleveland, las mujeres a menudo retrasan la búsqueda de tratamiento, ya que no asocian sus síntomas con problemas del corazón. Las mujeres siempre deben buscar tratamiento inmediatamente al experimentar los síntomas de angina (1).

La enfermedad cardiovascular (ECV) es uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo, siendo la primera causa de mortalidad al ocasionar 17 millones de

muertes al año. Según la Organización Mundial de la Salud, ECV es responsable de 32 millones de eventos coronarios y accidentes cerebrovasculares, de los cuales entre el 40-70% son fatales en países desarrollados. Se estima que este problema es mucho mayor en países en vía de desarrollo y se considera que millones de personas presentan factores de riesgo (2).

Se ha señalado que en la mujer el corazón es más pequeño en relación con la superficie corporal, tiene mayor acortamiento sistólico y las coronarias son de menor calibre lo que puede aumentar las dificultades en los procedimientos terapéuticos de cateterismo cardíaco (por ejemplo angioplastia) y en la cirugía de revascularización miocárdica. Sumado esto, las coronarias de la mujer tienen una mayor tendencia a la tortuosidad. Hasta los 50 años, la mujer exhibe mayor distensibilidad arterial que los hombres, a partir de esta edad aumenta la rigidez de la pared arterial de modo que para edades mayores a 60 años la presión arterial especialmente sistólica, aumenta en la mujer, aspecto que determina uno de los más importantes factores de riesgo para enfermedad coronaria (3).

En estudio documental Caldwell (4), en relación al síntoma de angina de pecho, concluye que la comunidad tiene claridad acerca de que el dolor de pecho es un síntoma de ataque cardíaco, pero no así, sobre otros síntomas diversos.

El sexo femenino, afronta de manera distinta el curso del síndrome coronario agudo (SCA), que se debe abordar así: pedir ayuda profesional, aplicar medidas paliativas caseras, buscar formas relacionadas con la actividad para aliviar el síntoma. Este tipo de afrontamiento corresponde a un patrón cultural definido, construido a través de la vida de la persona y es necesario analizar en forma articulada los hallazgos hasta ahora encontrados y que contienen una riqueza informativa e interpretativa de lo que es vivir con ECV (5).

Romero (6), en un estudio realizado en la ciudad de Cartagena de Indias, expresa que mujeres con enfermedad coronaria tienen más condiciones comórbidas, mayor número

de factores de riesgo y mayor limitación funcional, en comparación al género masculino; e identificó las palabras utilizadas para describir la sensación, dos categorías: "dolor" y "sensación inexplicable", esta última dificulta la valoración del síntoma, ya que las mujeres pueden sentirse incapaces para explicar o describir lo que realmente están experimentando.

Según Salas (7), la variabilidad de la sintomatología constituye punto central en la expresión de la angina de pecho. La localización del dolor no varía en forma significativa, pero la característica de irradiación se identifica por constituir «movimientos de largo recorrido, y ondas y porque rememora varios órganos. Las mujeres describen subcategorías que se refieren a fuerza, resistencia, malestar, agresión, temperatura, dirección y sentido, metafóricas o con extrañas asociaciones».

Existe un número significativo de síntomas que se pueden confundir o interpretar de manera inadecuada (náuseas, vómito, indigestión, etc.); para completar la gravedad, señala algunos autores que solo el 18% de las mujeres reconoce el infarto agudo del miocardio en comparación con el 30% de los hombres (5).

La percepción de los síntomas es descrita como un cambio en la forma como un individuo usualmente siente o se comporta. Se define como una interpretación consciente y cognitiva de la información dada por señales del contexto en un ambiente o situación particular (8). En relación a la evaluación de los síntomas: es el juicio que una persona hace acerca de los síntomas, tales como intensidad, localización, naturaleza temporal, frecuencia, severidad, seriedad, causa, posibilidad de recibir tratamiento y efecto de los síntomas en la vida (9). De igual manera incluye la evaluación de amenaza que poseen los síntomas, así como si son o no peligrosos o tienen un efecto discapacitante. A diferencia de la percepción, la evaluación involucra un alto proceso cognitivo para añadir significado a los síntomas.

La respuesta a los síntomas incluye componentes fisiológicos, psicológicos y comporta-

mentales (9). Las fisiológicas son manifestaciones físicas de los síntomas, las psicológicas están reflejadas en cambios cognitivos o afectivos y las comportamentales son las expresiones objetivas de los síntomas e incluyen comunicación verbal o social.

No se dispone de propuestas métricas para el estudio de la evaluación y la respuesta a los síntomas, dejándose de lado como algo no medible o reduciéndose a la cuantificación de los tiempos de demora únicamente. Se cuenta con un sistema que sustenta la validez de medida de la experiencia del síntoma desde la percepción, la evaluación y la respuesta a los síntomas del SCA (10).

Es de valor considerar la importancia que poseen las intervenciones de tipo cognitivo, ya que favorecen los procesos de afrontamiento de las situaciones que amenazan la salud. Es posible que cuando la mujer se dé a la tarea de considerar los síntomas de SCA con mayor seriedad, se produzcan cambios favorables en las respuestas de acción (11).

De acuerdo a lo anterior, el estudio de la caracterización del síntoma de angina en las mujeres es un tema de interés dentro de los investigadores, sobre todo en lo concerniente al manejo y el cuidado de las mujeres que padecen ECV. El objetivo es caracterizar el síntoma angina de pecho en mujeres con antecedente de SCA.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de corte transversal realizado a conveniencia en 100 mujeres diagnosticadas previamente con SCA, que fueron ingresadas a un centro hospitalario público de la ciudad de Cartagena de Indias, Colombia, durante el segundo periodo del año 2012 y con tiempo de estancias hospitalarias entre 15 y 90 días.

Después de la autorización de la institución para realizar la investigación, se procedió a revisar las historias clínicas de las pacientes objeto de estudio que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: mujeres mayores de 25 años de edad, con diagnóstico de SCA por el electrocardiograma, elevación de las enzimas cardíacas y troponinas. Reci-

bieron tratamiento hospitalario y posteriormente alta para seguimiento ambulatorio. Se extrajeron los datos de filiación del paciente, direcciones y números telefónicos tanto del paciente como de familiares.

Se procedió a comunicarse con las pacientes vía telefónica o personal, para obtener su consentimiento informado para el manejo de datos y participación. A través de la visita domiciliar se explicó el objetivo del estudio, el instrumento seleccionado y fue aplicado formulario especialmente diseñado.

El formulario contenía encuesta genérica de datos sociodemográficos y un instrumento para medir la experiencia con el síntoma angina en pacientes que presentaron SCA, para establecer percepción, evaluación y respuesta al síntoma, a partir del Modelo Conceptual del Manejo del Síntoma (12).

El instrumento de evaluación del síntoma angina de pecho, consta de preguntas que reportaron validez de contenido, validez de escala, validez discriminante y de constructo. Sus autores obtuvieron coeficiente adecuado, el cual garantiza homogeneidad en la medición de acuerdo con los valores de referencia del modelo de máxima validez-máxima confiabilidad, Alpha de Crombach: 0.76 (10). La validez de contenido fue verificado por otros autores, con la intención de definir las especificaciones conceptuales de la escala. Para ello un panel de cuatro expertos evaluó cada uno de los ítems en tres categorías: esencial, útil pero no esencial y no necesario, siguiendo el modelo de Lawshe (13).

Ese instrumento evalúa tres dimensiones: [A] Dimensión I, Percepción: en relación a la presencia de síntomas típicos y atípicos. [B] Dimensión II, Evaluación: permite evaluar el origen de los síntomas y seriedad de los síntomas. [C] Dimensión III, Respuesta: mide las acciones de respuesta del síntoma y el tiempo para solicitar ayuda, recibir atención e iniciar el tratamiento. Dimensión de percepción: 33 preguntas, 2 para la subdimensión síntomas típicos y 31 para la subdimensión síntomas atípicos. Alpha de Crombach: 0.79. Dimensión de evaluación: 14 preguntas, 10 para la subdimensión origen

y 4 para la sub-dimensión severidad. Alpha de Crombach: 0.67. Dimensión de respuesta: 29 ítems, 17 sub-dimensión de acciones y 12 subdimensión de tiempo de demora. Alpha de Crombach: 0.59 (10).

El procesamiento de los datos se efectuó empleando el programa de Excel y el paquete estadístico SPSS versión 17.0. Se establecieron frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y para las cuantitativas se estimaron medidas de tendencia central y estadísticos de dispersión.

Para la realización de esta investigación se contó con el aval del Comité de Ética de la Universidad de Cartagena, se tuvieron en cuenta aspectos importantes que tienen que ver con la seguridad y protección de la identificación de las personas que participaron en la investigación, para ello se utilizó el consentimiento informado, el cual se rigió acorde a lo estipulado en la Resolución 008430 de 1993 (14) del Ministerio de Protección Social en su artículo 15. También se utilizó la protección o trato confidencial de la información de las personas que participaron, basados en el artículo 8 de la misma resolución: "En las investigaciones en seres humanos se protegió la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requirieron y este lo autorizo".

RESULTADOS

En este estudio participaron 100 pacientes mujeres, con edad promedio 69 años. La mitad de la población perteneciente a estrato socioeconómico medio-bajo. La escolaridad más representativa fue primaria incompleta y secundaria incompleta. El 54% perteneciente al régimen contributivo del sistema de salud. El 53% convivía con su pareja (Tabla N°1).

En cuanto a la dimensión I, que permite establecer la percepción del síntoma angina de pecho, la mitad de la población informó que percibió el síntoma típico del SCA, dolor o molestia en la mitad del pecho, opresivo y sin irradiación. Igual cantidad de mujeres informó haber presentado respiración entrecortada, angustia y sudoración. Seis de cada diez manifestaron sensación de ahogo. Casi

TABLA N° 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL N= 100	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	
1 (Bajo-bajo)	23
2 (Bajo)	54
3 (Medio bajo)	20
4 (Medio)	2
5 (Medio-alto)	1
ESCOLARIDAD	
Analfabeta	8
Primaria incompleta	32
Primaria completa	19
Secundaria incompleta	22
Secundaria completa	13
Estudios superiores	6
ESTADO CIVIL	
Casada	25
Separada	14
Soltera	14
U libre	28
Viuda	19
SEGURIDAD SOCIAL	
Subsidiado	46
Contributivo	54

la mitad de las mujeres manifestaron haber percibido síntomas atípicos como dolor de cabeza, dolor o molestia en la espalda, palpitaciones y miedo inusual (Tabla N°2).

En cuanto a la dimensión II, relacionada con la evaluación del origen del síntoma angina de pecho, el 64% informó que lo consideraron como un problema de origen cardíaco y el 38% manifestó haber tenido sensación de muerte (Tabla N°3).

La dimensión III: tiene que ver con la respuesta tomada ante la instauración del síntoma angina de pecho. Fue elevada la respuesta en lo referente a toma de medidas caseras e ignorar la manifestación. No obstante 7 de cada 10 optaron por asistir a un centro de urgencias (Tabla N°4).

DISCUSIÓN

La edad promedio de las mujeres estudiadas fue similar a la encontrada por Rincón (5)

TABLA N° 2. DIMENSIÓN I: PERCEPCIÓN DEL SÍNTOMA ANGINA DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL n=100	
Dolor o molestia en la mitad del pecho, opresivo sin irradiación	51
Dolor o molestia en la mitad del pecho, opresivo irradiado a cuello, brazos o mandíbula	49
Dolor o molestia en cualquier parte del pecho	36
Dolor o molestia en la espalda	46
Dolor o molestia en el cuello	25
Dolor o molestia en los brazos	40
Dolor o molestia en la mandíbula inferior	16
Dolor o molestia en la cabeza	49
Dolor o molestia debajo del seno	20
Dolor o molestia en la boca del estómago	31
Palpitaciones	42
Pérdida del apetito	4
Indigestión	7
Respiración entrecortada	51
Sensación de ahogo	65
Tos	13
Fatiga inusual	15
Incapacidad para moverse	20
Entumecimiento	22
Cansancio	26
Desaliento	33
Deseos de vomitar	33
Vómito	11
Mareo	24
Desmayo	6
Confusión	20
Miedo inusual	47
Depresión	10
Angustia	58
Sudoración	52
Fiebre	1
Escalofrío	18
Sensación de calor	47

TABLA N° 3. DIMENSIÓN II: EVALUACIÓN DEL SÍNTOMA ANGINA DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL N=100	
Cardíaco	64
Respiratorio	18
Estrés	2
Otros	16
SEVERIDAD	
Insignificante	24
Dañino	8
Amenazante	30
Sensación de muerte	38

TABLA N° 4. DIMENSIÓN III: RESPUESTA ANTE EL SÍNTOMA ANGINA DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL n=100	
RESPUESTA INMEDIATA	
Tomar remedios caseros	41
Ignorarlo	36
Respirar profundamente	35
ATENCIÓN PROFESIONAL	
Ir al centro de urgencias	76
Informar a familiares o personas cercanas	65
Asistir con los hijos	82
Asistir con otro familiar	19
DEMORA EN LA ATENCIÓN	
Demorar menos de una hora en llegar al consultorio	90
Demorar menos de una hora en ser atendido	86
Demorar menos de una hora en iniciar tratamiento	77

al estudiar un grupo de 15 mujeres que presentaban dolor o disconfort torácico y prueba de esfuerzo positiva para EC, que estaban en rango de edad entre 52 y 80 años y al estudio de Cortés (15), cuyos rangos de edades se encontraron entre 50 y 95 años. Ellos encontraron que en las mujeres que presentaron el síntoma de angina de pecho a edad avanzada aumentaba la severidad, el retardo en la identificación de los síntomas, demora en consultar y en la atención por especificidad semiológica, tenían menor número de medios diagnósticos ordenados, y por tanto, tratamiento más tardío y resultados

más pobres, con deterioro en el pronóstico y en la de calidad de vida.

Similares resultados han sido presentados por Pimentel (16), en su estudio de mujeres con enfermedad coronaria, que tenían 67.7 años de edad media. Si bien los estudios han demostrado que la enfermedad se incrementa después de la menopausia, puede presentarse en mujeres jóvenes o premenopáusicas, con predisposición o factores de riesgo para padecer de enfermedad coronaria.

De acuerdo a la percepción del síntoma angina de pecho, se encontró que en iguales promedios las mujeres percibieron el síntoma como típico y atípico, acompañado de respiración entrecortada, sensación de ahogo, angustia, dolor, miedo inusual, sensación de calor, palpitaciones, malestares en la cabeza y sudoración. En las mujeres son reiteradas las formas atípicas en la presentación inicial del SCA. Es frecuente que, en la evaluación del dolor torácico, la actitud del médico y del propio paciente reste gravedad a la sintomatología (17). En el estudio realizado por Pimentel (16), se encontraron diferencias significativas en estos hallazgos con respecto a los síntomas asociados al dolor precordial, 107 (35.6%) no reportaron, y 193 (64.3%) sí lo reportaron. Los síntomas asociados más frecuentes fueron disnea, náuseas, sudoración, mareos y vómitos. Otros autores, como Cortés (15) señalan que se tiende a producir compromiso del ser, al afectarse varias esferas humanas. Se presenta compromiso mayor al sentir presión e impedirles respirar, siendo los síntomas simultáneos de importancia, las náuseas y la sensación inminente de hacer deposición; sin embargo se suele subvalorar el dolor. Se ha enfatizado desconexión con el entorno vital y posiblemente por bajo gasto cardíaco puede ocasionarse mareo y pérdida de la conciencia.

Se ha recalcado que muchos pacientes presentan la emergencia con patrones que difieren de los clásicos, como disnea, epigastralgia, dolor en hombro, mandíbula o en dientes, dolor en ambos brazos, náuseas y palpitaciones que hacen la evaluación confusa y difícil de reconocer, no lo solo para el propio paciente, sino también para sus médicos (18).

En cuanto a la evaluación, un promedio significativo lo valoró como un problema cardíaco y una sensación de muerte, que son cifras similares a las que presenta Millán (18), al señalar que mujeres con el síntoma de angina de pecho, lo describieron como una experiencia netamente subjetiva, donde las características del evento las relacionaron con aspectos personales, el entorno y la permanencia del dolor. Señalan que las mujeres presentan síntomas característicos, entre los que se encuentran: miedo a la muerte durante el dolor torácico, sensaciones asociadas al dolor como fatiga, cansancio y desánimo, variabilidad de la expresión del dolor, consecuencias del dolor en la percepción, comunicación y el movimiento, sensaciones asociadas a un ser supremo y percepciones asociadas al estado de salud, concluyeron que las mujeres que vivencian el síntoma de angina de pecho por SCA, es trascendental en sus vidas, les cambia la perspectiva que tienen de la misma y las hace reflexionar sobre las cargas que manejan diariamente y los múltiples roles que desempeñan.

De acuerdo a la respuesta de las mujeres al síntoma angina de pecho, las mayoría de las estudiadas informaron tomar remedios caseros, ignorarlo, respirar profundamente, un gran número fue al centro de urgencias, informar a familiares o personas cercanas en el momento de los síntomas, resultados que son superiores a los que presenta Padilla (19) : 18% informó ignorar los síntomas, 15% tomar remedios caseros. Ese mismo autor señaló que de sus estudiados: 21% manifestó tomar agua, 12% respirar profundamente, 35% esperar a que pasase la sintomatología y 12% llamaba a una ambulancia.

Con respecto a la dimensión respuesta ante el síntoma de angina de pecho, se encontró que el 90% demoró menos de una hora en llegar al consultorio, el 86% demoró menos de una hora en ser atendidas y el 77% demoró menos de una hora en iniciar el tratamiento. De igual forma encontró Padilla (19), que el 93% de las mujeres que decidieron ir al servicio de urgencias tuvieron un tiempo de demora para llegar al servicio de menos de una hora y el 92% tuvieron un tiempo de demora para ser atendidas de menos de una hora. En este estudio (19) un mayor porcen-

taje, 87% tuvieron tiempo de demora para iniciar el tratamiento de menos de una hora. Contrario a estos hallazgos, Soto (20) reporta elevada presencia porcentual de entrevistados que informaron que el tiempo estimado de demora de una a más de 48 horas. Además hizo notar que el 75% de las entrevistadas, demoraron más de doce horas en solicitar atención médica o de enfermería, convirtiéndose estos factores en obstáculos para el inicio oportuno del tratamiento.

El tiempo, hasta solicitar ayuda una vez se presenta la sintomatología de SCA, ha sido objeto de estudio. A pesar que el tiempo de demora es una importante medida, es insuficiente para explicar las decisiones y comportamientos, de tal manera que para entender el proceso es importante comprender las fases, desde la percepción hasta la respuesta del mismo (12).

Cuando se observan los síntomas del SCA, los pacientes reconocen los síntomas como estado anormal, pero pueden no reconocer que los síntomas necesitan de una acción inmediata y pueden recurrir a una variedad de medidas para aliviarlos. Solo cuando los

síntomas continúan o se hacen más severos, reconocen la amenaza a su bienestar y comienzan a buscar tratamiento para sus síntomas (21).

Ante el síntoma angina de pecho, importante expresión frecuente de SCA; por ello es necesario que la población en general esté informada y pueda tener adecuada percepción, evaluación y respuesta, que permita la oportuna intervención asistencial.

CONCLUSIÓN

En un grupo de mujeres que presentaron SCA, la mitad percibieron síntoma angina de pecho como presencia de síntomas atípicos y un tercio prefirió ignorar la manifestación. No obstante, entre las acciones de respuesta fue importante la magnitud en la cual informaron a los familiares y la asistencia en compañía de hijos.

CONFLICTO DE INTERESES: ninguno que declarar.

FINANCIACIÓN: recursos propios de los autores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sirit Y, Acero C, Bellorin M, Portillo R. Síndrome metabólico y otros factores de riesgo cardiovascular en trabajadores de una planta de policloruro de vinilo. *Rev. salud pública*. 2008;10(2):239-49.
2. Sayas, V. ¿Existe diferencia en la evolución de IAM entre la mujer y el hombre? Un estudio descriptivo. En *Enfermería Cardiovascular-Cardiovascular Nursing*. España. Noviembre. 2003. Disponible en <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c222/sayas.htm>
3. Campos C, Sala J. Anatomía/Fisiología Cardiovascular en la Mujer. En Serra c, Sala J, Balestrini C. *Enfermedad Coronaria en la mujer. Dónde están las diferencias*. Córdoba, Argentina: Instituto Modelo de Cardiología; 2005. Consultado 15 de Abril 2012. Disponible en <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c172/campos.php>
4. Caldwell M, Miaskowski C. The Symptom experience of angina in women. *Pain Management Nursing*. 2000;1(3):69-8.
5. Rincón F. Caracterización de los síntomas de angina en un grupo de mujeres con catesterismo positivo para enfermedad coronaria a la luz de la teoría de los síntomas desagradables de Lenz y colaboradores. [Tesis para optar el título de Maestría]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2006.
6. Romero E. *Enfermería cardiovascular*. Bogotá. Editorial Distribuna, 2008. p. 161-74.
7. Salas SS, Alzaga MT, Landeros OE, Chávez DR. Testimonios de la mujer con angina. *Index de Enferm*. 2003;12(42):9-13.
8. Dodd M, Janson S, Faciones N, Faucett J, Froelicher E, Humphreys J. Advancing the science of symptom management. *J of Advanced Nursing*. 2001;33(5):668-76.
9. University of California San Francisco, School of Nursing, Symptom Management Faculty Group. A Model for symptom management. *J of Nursing Scholarship* 1994; 26(4): 272-76.
10. Céspedes VM. Síntomas en la mujer con síndrome coronario agudo: desde las pruebas de validez. *av. enferm*. 2012;30(2):25-8.
11. Céspedes VM. Investigación que prueba teoría: una aproximación desde enfermería cardiovascular. *Rev Aquichan*. 2013;12(2):97-08.

12. Céspedes V M. Modelo conceptual del manejo del síntoma: clasificación por percepción, evaluación y respuesta de mujeres con síndrome coronario agudo; originada por la construcción de un instrumento validado en Bogotá, Colombia. [Tesis doctoral] Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2009.
13. Lawshe CH. Quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*. 1975; 28(4): 563-75.
14. República de Colombia ministerio de Salud, resolución N° 008430 de 1993. 1993-10-04. Fecha de búsqueda 10 junio 2011. Disponible en: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-affff4374bb7.pdf
15. Cortés LA. Tipificación del síntoma dolor torácico tipo isquémico en la mujer, a la luz de la teoría de los síntomas desagradables. *av.enferm*. 2007;(25):76-9. [citado 27 julio 2013]. Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012145002007000200008&lng=es&nrm=iso
16. Pimentel C. Pacussich J. Pinto J. Enfermedad coronaria en la mujer. Experiencia en 300 pacientes en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Revista Peruana de Cardiología*. 2004; 30(3):133-49.
17. Lacharity L. The Experiences of younger women with coronary artery disease. *J of women's health & gender-based medicine*. 1999; 8(6).773-85.
18. Millán E, Díaz L. Experiencia del dolor torácico en la mujer con infarto del miocardio. *av. enferm*. 2009;27(2):33-2.
19. Padilla C. Respuestas de la mujer frente a los síntomas de síndrome coronario agudo basada en el Modelo Conceptual del Manejo de los Síntomas. [Tesis de Maestría] Bogotá: UNAL; 2012.
20. Soto A. 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*. 2007;25(2):58-4.
21. Dempsey S, Dracup K, Moser D. Women's decision to seek care symptoms of acute myocardial infarction. *Heart & Lung: The journal of acute and critical care*. 1995; 24(6):444-56



Universidad
de Cartagena
Fundada en 1827

**REVISTA CIENCIAS
BIOMÉDICAS**

Es el órgano de información científica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena. Colombia.

Publique su trabajo en esta revista enviando su manuscrito a: revistacienciasbiomedicas@unicartagena.edu.co
www.revistacienciasbiomedicas.com

Revista ciencias Biomédicas es una publicación independiente, imparcial, abierta, revisada por pares, de elevada visibilidad internacional, con circulación online e impresa. Publica artículos en todas las modalidades universalmente aceptadas en inglés y en español, de temas referentes con

todas las ciencias biomédicas, incluyendo ámbitos clínicos, epidemiológicos o de estudios básicos.

El sistema de gestión de manuscritos es rápido y justo.

Revista Ciencias Biomédicas está incluida en varias bases de datos latinoamericanas e internacionales.

Antes de enviar su manuscrito, revise las recomendaciones para los autores, presentes en:
www.revistacienciasbiomedicas.com
www.revistacienciasbiomedicas.com.co