



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

1 de 2

Neiva, 31 de agosto de 2018

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad

El (Los) suscrito(s):

Aiza Yulied Mosquera Mosquera, con C.C. No. 1.080.188.355,

Daniel Santiago Obregón Sánchez, con C.C. No. 1.075.295.478,

Elisa Andrea Alarcón Bonilla, con C.C. No. 1.080.296.302,

Laura Marcela Olaya Cardozo, con C.C. No. 1.075.307.746,

María Paula Castro Fierro, con C.C. No. 1.081.419.483,

Paula Manuela Alvarado Nuñez, con C.C. No. 1.010.221.783,

autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado titulado **“CARACTERIZACIÓN DE LOS SÍNTOMAS EN MUJERES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO, FUNDAMENTADO EN EL MODELO CONCEPTUAL DEL MANEJO DEL SÍNTOMA”** presentado y aprobado en el año 2018 como requisito para optar al título de ENFERMERO (A);

Autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales “open access” y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.
- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional www.usco.edu.co, link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

2 de 2

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

Aiza Yulied Mosquera Mosquera

Firma: *Aiza Yulied Mosquera Mosquera*

Daniel Santiago Obregón Sánchez:

Firma: *Daniel Santiago Obregón Sánchez*

Elisa Andrea Alarcón Bonilla

Firma: *Elisa Alarcón Bonilla*

Laura Marcela Olaya Cardozo

Firma: *Laura Olaya C.*

María Paula Castro Fierro

Firma: *MP Paula Castro Fierro*

Paula Manuela Alvarado Nuñez

Firma: *Paula Manuela Alvarado N.*



TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: “Caracterización de los Síntomas en mujeres con Síndrome Coronario Agudo, fundamentado en el Modelo Conceptual del Manejo del Síntoma”

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Alarcón Bonilla	Elisa Andrea
Alvarado Nuñez	Paula Manuela
Castro Fierro	María Paula
Mosquera Mosquera	Aiza Yulied
Obregón Sánchez	Daniel Santiago
Olaya Cardozo	Laura Marcela

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Andrade Méndez	Brayant

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Enfermero (a)

FACULTAD: Salud

PROGRAMA O POSGRADO: Enfermería

CIUDAD: Neiva - Huila AÑO DE PRESENTACIÓN: 2018 NÚMERO DE PÁGINAS: 97

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):



DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO

CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	2 de 3
---------------	---------------------	----------------	----------	-----------------	-------------	---------------	---------------

Diagramas ___ Fotografías ___ Grabaciones en discos ___ Ilustraciones en general Grabados ___
Láminas ___ Litografías ___ Mapas ___ Música impresa ___ Planos ___ Retratos ___ Sin ilustraciones ___ Tablas
o Cuadros

SOFTWARE:

MATERIAL ANEXO:

PREMIO O DISTINCIÓN (*En caso de ser LAUREADAS o Meritoria*):

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

<u>Español</u>	<u>Inglés</u>
1. Síndrome coronario agudo	Acute Coronary Syndrome
2. Síntomas atípicos	Atypical Symptoms
3. Percepción de los síntomas	Perception of the Symptoms
4. Salud de la mujer	Health of the woman
5. Seriedad del síntoma	Seriousness of symptoms

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

Las manifestaciones clínicas del Síndrome Coronario Agudo son descritas tomando como referencia la presentación en los hombres. Presentándose un error, pues se ha determinado que la mujer presenta características anatómicas cardiovasculares, factores intrínsecos y síntomas que difieren en el hombre denominados "Atípicos" desconocidos por las mujeres y algunos profesionales de la salud.

Por lo anterior, esta investigación tiene como objetivo Caracterizar los síntomas en mujeres con Síndrome Coronario Agudo que consultan el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP) de la ciudad de Neiva de enero a abril del 2018. Planteando un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, dirigido a las mujeres que cumplan los criterios de inclusión con previo diligenciamiento del consentimiento informado.

Obteniendo como resultados la presencia de varios síntomas atípicos en la mayoría de las mujeres como la angustia, miedo, depresión, náuseas y mareo que confunden a las mujeres en considerarlos de poca amenaza y relacionándolo con otras patologías, además confirmando la presencia de síntomas típicos como dolor torácico (85%) y palpitaciones (65%). Por lo anterior, se evidencio que las mujeres retrasan la asistencia a consulta médica pues el 27% decidieron acudir en más de 6 horas.



Este estudio promueve la comprensión del fenómeno de percepción, evaluación y respuesta de las mujeres ante los síntomas de SCA, siendo éste un importante factor que influye en el comportamiento en la búsqueda de atención, tratamiento y probabilidad de complicaciones; conllevando a la planeación de intervenciones específicas en esta temática.

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

The clinical demonstrations of the Acute Coronary Syndrome are described taking like reference the presentation in the men. Presenting an error, as it has determined that the woman presents cardiovascular anatomical characteristics, intrinsic factors and symptoms that differ in the man designated "Atypical" Strangers by the women and some professionals of the health.

By the previous, this investigation has like aim Characterise the symptoms in women with Acute Coronary Syndrome that consult the University Hospital Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP) of the city of Neiva of January to April of the 2018. Posing a quantitative study, descriptive of transversal court, headed to the women that fulfil the criteria of inclusion with previous diligenciamiento of the consent informed.

Obtaining as resulted the presence of several atypical symptoms in the majority of the women like the anxiety, fear, depression, nauseas and seasickness that confuse to the women in considering them of little threat and relating it with other pathologies, besides confirming the presence of typical symptoms like thoracic pain (85%) and palpitations in the heart (65%). By the previous, observe that the women delay the assistance to medical query as 27% decided to attend in more than 6 hours.

This study promotes the understanding of the phenomenon of perception, evaluation and answer of the women in front of the symptoms of SCA, being this an important factor that influences in the behaviour in the research of attention, treatment and probability of complications; comporting to the planeación of interventions specify in this thematic.

APROBACION DE LA TESIS

Nombre Presidente Jurado: Francy Hollmin Salas Contreras

Firma:

Nombre Jurado: Luz Omaira Gómez Tovar

Firma:

Nombre Jurado: Ingrid Yolercy Troche Gutiérrez

Firma:

CARACTERIZACIÓN DE LOS SÍNTOMAS EN MUJERES CON SÍNDROME
CORONARIO AGUDO, FUNDAMENTADO EN EL MODELO CONCEPTUAL DEL
MANEJO DEL SÍNTOMA

ELISA ANDREA ALARCÓN BONILLA
PAULA MANUELA ALVARADO NÚÑEZ
MARÍA PAULA CASTRO FIERRO
AIZA YULIED MOSQUERA MOSQUERA
DANIEL SANTIAGO OBREGÓN SÁNCHEZ
LAURA MARCELA OLAYA CARDOZO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA-HUILA
2018

CARACTERIZACIÓN DE LOS SÍNTOMAS EN MUJERES CON SÍNDROME
CORONARIO AGUDO, FUNDAMENTADO EN EL MODELO CONCEPTUAL DEL
MANEJO DEL SÍNTOMA

ELISA ANDREA ALARCÓN BONILLA
PAULA MANUELA ALVARADO NÚÑEZ
MARÍA PAULA CASTRO FIERRO
AIZA YULIED MOSQUERA MOSQUERA
DANIEL SANTIAGO OBREGÓN SÁNCHEZ
LAURA MARCELA OLAYA CARDOZO

Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de
Enfermero (a)

Asesor:
BRAYANT ANDRADE MÉNDEZ
Magister en Enfermería en salud cardiovascular

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA-HUILA
2018

Nota de aceptación

4.5 cuatro punto cinco

Francisco A. Delas Jr.

Firma presidente del jurado

[Firma manuscrita]

Firma del jurado

Ingrid Yolera Troche G.

Firma del jurado

Neiva, junio del 2018

DEDICATORIA

A Dios por darnos la sabiduría y fuerza
para realizar este trabajo.

A nuestras familias por su amor y apoyo
incondicional.

Aiza Yulied
Daniel Santiago
Elisa Andrea
Laura Marcela
María Paula
Paula Manuela

AGRADECIMIENTOS

Los investigadores expresan sus agradecimientos a:

Al docente Brayant Andrade Méndez M.Sc. Enfermería en salud cardiovascular por su paciencia, dedicación y asesoría en pro de la investigación.

Al programa de enfermería de la Universidad Surcolombiana, por sus aportes para formarnos como profesionales.

Al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva, por brindarnos el acceso a sus instalaciones para llevar a cabo la investigación.

A las mujeres participantes de este estudio por la información y confianza brindada para la investigación.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	16
1. JUSTIFICACIÓN	18
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
3. OBJETIVOS	26
3.1 OBJETIVO GENERAL	26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
4. MARCO REFERENCIAL	27
4.1 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS	27
4.1.1 Enfermedad Coronaria	27
4.1.2 Síntoma	27
4.1.3 Modelo conceptual del manejo del síntoma	28
5. MARCO CONCEPTUAL	29
5.1 SÍNDROME CORONARIO AGUDO	29
5.1.1 Definición	29
5.1.1.1 Angina estable e inestable	29
5.1.1.2 Infarto agudo de miocardio	29
5.1.1.3 Muerte súbita	29
5.1.2 Factores de riesgo	29
5.1.2.1 Tabaquismo	30

	pág.
5.1.2.2 Hipertensión	30
5.1.2.3 Diabetes mellitus	30
5.1.2.4 Obesidad	30
5.1.2.5 Consumo de alcohol.	30
5.1.2.6 Sexo	31
5.1.2.7 Edad	31
5.1.2.8 Menopausia	31
5.1.2.9 Características morfológicas	31
5.1.3 Síntomas	31
5.1.4 Diagnóstico	32
5.1.5 Tratamiento	33
5.2 MODELO CONCEPTUAL DEL MANEJO DE LOS SÍNTOMAS	34
5.2.1 Dimensiones del modelo	35
5.2.2.1 Percepción de los síntomas	36
5.2.2.2 Evaluación de los síntomas	37
5.2.2.3 Respuesta a los síntomas	37
5.3 ESTADO DEL ARTE DE LA EXPERIENCIA DEL SCA	37
5.3.1 Epidemiología	37
5.3.2 Factores de riesgo	38
5.3.3 Respuesta a los síntomas	39
5.3.4 Tratamiento	40

	pág.
5.3.5 Síntomas	40
6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	42
7. DISEÑO METODOLÓGICO	46
7.1 TIPO DE ESTUDIO	46
7.2 POBLACIÓN	46
7.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN	46
7.3.1 Criterios de inclusión	46
7.3.2 Criterios de exclusión	46
7.4 MUESTRA	47
7.5 METODOLOGÍA Y TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	47
7.5.1 Método	47
7.5.2 Técnica	47
7.5.3 Formatos de recolección de la información	48
7.5.4 Plan, tabulación y análisis	48
7.6 CONTROL DE SESGOS	49
7.6.1 Sesgo de selección	49
7.6.2 Sesgo de información	49
7.6.3 Sesgo de confusión	49
7.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	49
8. RESULTADOS	52
8.1 SOCIODEMOGRÁFICOS	52

	pág.
8.2 FACTORES DE RIESGO	57
8.3 LUGAR Y ACTIVIDAD AL INICIO DE LOS SÍNTOMAS	61
8.4 TIEMPOS DE DEMORA	62
8.5 PERCEPCIÓN DE LOS SÍNTOMAS	63
8.6 ORIGEN DE LOS SÍNTOMAS	65
8.7 SERIEDAD DE LOS SÍNTOMAS	66
8.8 ACCIONES DE RESPUESTA	66
8.9 ANÁLISIS EXPLORATORIO	67
9. DISCUSIÓN	71
10. CONCLUSIONES	74
11. RECOMENDACIONES	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	85

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Revisión síntomas	32

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Esquema del modelo conceptual del manejo de los síntomas	36
Figura 2. Mujeres mayores de 65 años.	52
Figura 3. Lugar de residencia	53
Figura 4. Nivel socioeconómico	53
Figura 5. Ingresos económicos mensuales familiares.	54
Figura 6. Escolaridad	54
Figura 7. Estado civil	55
Figura 8. Seguridad social	55
Figura 9. Nombre de la aseguradora	56
Figura 10. Ocupación	56
Figura 11. Factores de riesgo modificables	57
Figura 12. Cantidad de factores de riesgo modificables	57
Figura 13. Factores de riesgo no modificables	58
Figura 14. Cantidad de factores de riesgo modificables	59
Figura 15. Enfermedad cardiovascular preexistente	59
Figura 16. Menopausia	60
Figura 17. Antecedentes de enfermedad cardiovascular	60
Figura 18. Actividad al inicio de los síntomas	61
Figura 19. Lugar de inicio de los síntomas	61
Figura 20. Tiempo de espera para ir a consulta medica	62

	pág.
Figura 21. Tiempo que tardó en llegar a urgencias	62
Figura 22. Tiempo que demoro en ser atendida	62
Figura 23. Percepción de los síntomas	63
Figura 24. Origen de los síntomas	65
Figura 25. Seriedad de los síntomas	66
Figura 26. Acciones de respuesta	66
Figura 27. Relación de edad con Enfermedad Cardiovascular Preexistente	67
Figura 28. Relación dolor torácico con un problema cardiaco	68
Figura 29. Relación ECV preexistente y participación programa RCV	69
Figura 30. Relación dolor torácico con un problema cardiaco	69
Figura 31. Relación dolor torácico con un problema cardiaco	70

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Acta de aprobación por el comité de Ética y Bioética HUHMP	86
Anexo B. Consentimiento informado	88
Anexo C. Autorización para el uso del instrumento	90
Anexo D. Instrumento de características sociodemográficas y factores de riesgo para enfermedad cardiovascular	91
Anexo E. Instrumento para medir la experiencia del síntoma en la mujer con síndrome coronario agudo	93
Anexo F. Certificación banco de proyectos semillero	95
Anexo G. Cronograma de actividades	96
Anexo H. Presupuesto	97

RESUMEN

Las manifestaciones clínicas del Síndrome Coronario Agudo son descritas tomando como modelo la presentación en los hombres, estandarizando los dos sexos. La evidencia demuestra que la mujer presenta características anatómicas cardiovasculares, factores intrínsecos y síntomas que difieren en el hombre denominados “Atípicos” desconocidos por las mujeres y algunos profesionales de la salud, que condicionan la oportunidad en la atención y posibles complicaciones.

Esta investigación caracterizó los síntomas en mujeres con Síndrome Coronario Agudo que fueron atendidas en el Hospital Universitario de Neiva de enero a abril del 2018. Se desarrolló un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal a 81 mujeres que cumplieron los criterios de selección con previo diligenciamiento del consentimiento informado y aval del comité ética.

Los resultados demuestran que la gran mayoría de la muestra poseen más de dos factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, se evidencia diversidad de síntomas atípicos manifestados por la mayoría de las mujeres destacándose la molestia o dolor torácico (85%) y palpitaciones (65%). Así mismo, se evidencia que las mujeres retrasan la asistencia a consulta médica, con un 27% decidieron acudir en más de 6 horas.

Este estudio promueve la comprensión del fenómeno de percepción, evaluación y respuesta de las mujeres ante los síntomas de SCA, siendo éste un importante factor que influye en el comportamiento en la búsqueda de atención, tratamiento y probabilidad de complicaciones; conllevando a la planeación de intervenciones específicas en esta temática.

Palabras claves: Síndrome Coronario Agudo, Síntomas Atípicos, Percepción de los Síntomas, Salud de la Mujer.

ABSTRACT

The clinical demonstrations of the Acute Coronary Syndrome are described taking like model the presentation in the men, standardising the two sexes. The evidence shows that the woman presents cardiovascular anatomical characteristics, intrinsic factors and symptoms that differ in the man designated "Atypical" strangers by the women and some professionals of the health, that condition the opportunity in the attention and possible complications.

This investigation characterised the symptoms in women with Acute Coronary Syndrome that they were attended in the University Hospital of Neiva of January to April of the 2018. It developed a quantitative study, descriptive of transversal court to 81 women that fulfilled the criteria of selection, with previous development of the consent informed and guarantee of the ethical committee.

The results show that the big majority of the sample possess more than two factors of risk for cardiovascular illness, evidence diversity of atypical symptoms manifested by the majority of the women standing out the annoyance or thoracic pain (85%) and palpitations in the heart (65%). Likewise, evidence that the women delay the assistance to medical query, with 27% decided to attend in more than 6 hours.

This study promotes the understanding of the phenomenon of perception, evaluation and answer of the women in front of the symptoms of SCA, being this an important factor that influences in the behaviour in the research of attention, treatment and probability of complications; comporting to the planeación of interventions specify in this thematic.

Key words: Acute Coronary Syndrome, Atypical Symptoms, Perception of the Symptoms, health of the woman.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación enfoca su atención en el Síndrome Coronario agudo (SCA) como la principal enfermedad cardiovascular (ECV) que impacta severamente la salud pública mundial. Dentro de esta patología, las manifestaciones clínicas hacen parte de las características definitorias del SCA, con mayor hincapié en los síntomas; tradicionalmente descritos dentro de la semiología tomando como referencia el dolor torácico izquierdo irradiado ipsilateral, característico en la población masculina, pero con algunas diferencias particulares en las mujeres. Siendo esta comparación errónea, pues investigaciones han determinado que las mujeres presentan unas características anatómicas e intrínsecas propias de ellas, que las condicionan más a esta patología. Así mismo, las mujeres presentan síntomas diferentes o adicionales a los de los hombres denominados “Atípicos”, los cuales son desconocidos por ellas y algunos profesionales de la salud, lo que resulta en retrasar la consulta oportuna, tomar conductas inapropiadas; generando asistencia a los servicios de salud tardíamente con repercusiones serias en la salud.

El objetivo principal de esta investigación es caracterizar la sintomatología en mujeres con SCA, debido a que Enfermería por ser responsable del cuidado integral de las personas, está llamado a liderar la identificación e intervención de este fenómeno, haciendo uso de sus referentes teóricos. Por consiguiente, el Modelo conceptual del Manejo de los Síntomas es el referente teórico adecuado que usa la investigación para desarrollar una de sus dimensiones llamada experiencia del síntoma.

El Huila se encuentra entre los departamentos donde más se presenta alta tasa de mortalidad por infarto, siendo el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP) de la ciudad de Neiva un centro de atención donde se atiende un alto porcentaje de pacientes no solo del Huila sino de toda la región sur colombiana, por lo que fue un lugar adecuado para desarrollar esta investigación obteniendo como resultados la identificación de los factores de riesgo cardiovasculares, la percepción y respuesta del síntoma, las causas de demora en solicitar atención en salud; generando un conocimiento valioso para nuestra población. Lo cual reforzará la formulación de guías de manejo clínico y planes educativos que permitan identificar oportunamente las alteraciones, prevenir eventos adversos y lograr una consulta oportuna y eficaz.

El marco referencial conceptualiza al lector en referencia al SCA para entender la problemática planteada, el modelo teórico utilizado junto con sus dimensiones y que este mismo se dé una idea de la relación que se planteó entre la problemática

y el desarrollo del trabajo, pues se sustenta con una ardua revisión bibliográfica realizada por los investigadores.

Además, para llevar a cabo la descripción del fenómeno y el cumplimiento de los objetivos, se construyó un instrumento que contenía los factores de riesgo y sociodemográficos, que, junto con el permiso de uso del instrumento para medir la experiencia del síntoma por su autora, abarcaba la situación planteada. Con estas herramientas se podría recoger la información necesaria de aquellas pacientes que cumplieran los criterios de inclusión para luego ser agrupadas las variables en una base de datos.

Se evidenció en los resultados la variedad de síntomas que presentan las participantes previo al evento coronario, que dificultan para ellas relacionarlo directamente con un problema cardíaco, adicionalmente se encontró que las participantes no le daban importancia a lo que les estaba sucediendo por lo cual sus acciones de respuesta no solucionarían esto, sumado a que ellas demoran la asistencia a consulta médica desde que inician los síntomas, influyendo en su tratamiento y estilo de vida.

Las mujeres con SCA presentan diversidad de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular algunos modificables y no modificables, como la edad y la menopausia que claramente inciden directamente con la probabilidad de la oclusión de las arterias coronarias. Además, el rol de cuidadora en el hogar y contar con apoyo familiar, está relacionado con los tiempos en que deciden las mujeres buscar atención profesional; el cual, si es tardío, puede estar directamente relacionado con complicaciones al recibir una atención inoportuna.

1. JUSTIFICACIÓN

Las estadísticas a nivel mundial reportan como primera causa de morbimortalidad la enfermedad cardiovascular en ambos sexos. En Colombia, de acuerdo con las estadísticas del DANE y el Ministerio de salud, la principal causa de muerte de mujeres a partir de los 45 años es la enfermedad isquémica del corazón ⁽⁵⁾.

Actualmente, la literatura nacional e internacional señala la necesidad de una mayor investigación respecto a las formas de presentación de la cardiopatía isquémica en la mujer, con el objetivo de vencer el “Síndrome de Yentl”, descrito por la Dra. Bernardine Healy en 1991, quien manifiesta la invisibilidad médica de las mujeres en la evaluación de enfermedades cardíacas, porque tradicionalmente se ha presumido que dichas enfermedades están ligadas al sexo masculino. Prueba de ello es la tasa de inclusión de mujeres en ensayos clínicos cardiovasculares, la cual es baja con respecto a los varones: el 20% de participación para las mujeres en estudios de prevención de enfermedad coronaria y el 30-35% en ensayos de cardiopatía isquémica (CI)⁽⁸⁾.

El desconocimiento de las características de los síntomas y factores condicionantes para Síndrome Coronario Agudo es frecuente, tanto para el personal de salud como para ellas mismas. Muestra de ello se documenta en los resultados investigativos reportados en un grupo de mujeres de los Estados Unidos de América, identificando que solo el 8% de los encuestados manifestó como sus mayores problemas de salud la enfermedad cardíaca y el accidente cerebrovascular; menos del 33% identificó la enfermedad cardíaca como la principal causa de muerte. Las mujeres de 25 a 44 años manifestaron que el cáncer de mama era la principal causa de muerte en las mujeres de 65 años o más; demostrando que este grupo poblacional carece de información precisa y predispone a una actuación inadecuada ante las enfermedades del corazón⁽²⁰⁾.

Dentro de los grandes vacíos del conocimiento de género se encuentra la caracterización del cuadro clínico de angina en la mujer, los términos utilizados y en general, la forma de vivirlos por parte de la mujer colombiana, aspectos que han sido investigados de forma parcial a nivel mundial y en algunas ciudades de Colombia como Bogotá, Bucaramanga, Santa Marta y Cartagena⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²³⁾⁽²⁴⁾. En nuestra región del Sur colombiano no hay reporte de investigaciones que aborden el fenómeno del síndrome coronario agudo en mujeres, por esta razón surge la necesidad de estudiarlo.

Debido al constante aumento de consultas en los servicios de urgencias se hace imprescindible disponer de un sistema para clasificar pacientes en función de su gravedad para atender de forma prioritaria al que más lo necesita. En la organización de servicios de urgencias, es necesario contar con dicho sistema procurando un acceso rápido, ordenado, dirigido, atendiendo con prioridad a los pacientes de mayor gravedad. Es allí donde Enfermería toma un rol directamente implicado en la atención inicial del paciente, ya que es la encargada de llevar este proceso a cabo definiendo que pacientes tienen prioridad sobre otros, dirigiendo servicios como TRIAGE. En esta medida, se hace relevante la identificación precisa y oportuna de los signos y síntomas presentes en determinadas patologías, en este caso los que presentan las mujeres que padecen Síndrome Coronario Agudo, pues se ha evidenciado que en dicho caso los síntomas varían y el retardo en la consulta oportuna generan mayores complicaciones cardiovasculares y alto riesgo de mortalidad.

Enfermería como profesión tiene la razón de ser en cuidado integral, individual y colectivo, mantenimiento y recuperación de la salud, lo cual lleva a educar a las personas, familias y comunidades en el cuidado de sí mismas, priorizando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, transformando la dependencia en autocuidado. Esto se relaciona con la capacitación que debe brindar enfermería en la detección de los síntomas, pues en patologías como el síndrome coronario agudo suelen variar dificultando el manejo asistencial.

Enfermería como disciplina tiene la necesidad de conocer y abordar los fenómenos a través de la teoría. La respuesta de las mujeres frente a los síntomas con enfermedad coronaria puede ser abordada y analizada por diversos modelos o teorías. Esta investigación decide utilizar el Modelo Conceptual del Manejo de los Síntomas, por ser un modelo que, junto con el instrumento basado en este mismo, nos permitirá cumplir los objetivos planteados, pues está dirigido a indagar acerca de los síntomas principalmente, tomando como referente las dimensiones de la percepción, la evaluación y las respuestas al síntoma que conforman el modelo. A su vez, para abordar objetivamente las respuestas de las mujeres ante la experiencia del síntoma, se utilizará el instrumento diseñado por la doctora Céspedes⁽²⁵⁾ basado en el Modelo Conceptual del Manejo del Síntoma. Este instrumento elaborado en Colombia presenta validez facial, de constructo y confiabilidad; lo cual facilitaría el abordaje de las mujeres con Síndrome Coronario Agudo y el conocimiento de las respuestas de éste tipo de mujeres que consultan en el Hospital Universitario de Neiva, pues se encuentra diseñado para describir la percepción del síntoma. Este instrumento es ideal para la investigación, debido a que contiene ítems dirigidos a conocer la percepción de las mujeres que han padecido esta enfermedad, además de esto, se encuentra avalado para ser utilizado en estudios de Enfermedades Cardiovasculares y lo más relevante usado

ya en nuestro país. Adicionalmente este instrumento maneja un lenguaje claro que facilitará el intercambio de información con la mujer que ha experimentado el SCA,

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP) de la ciudad de Neiva-Huila ofrece servicios de III y IV nivel de complejidad, brindando atención especializada a la población del Sur colombiano, reportando un número considerable de atención de mujeres en los servicios de urgencias y cuidados intensivos con patologías cardiovasculares, en particular síndrome coronario agudo; lo cual es un criterio de factibilidad y viabilidad para llevar a cabo la presente investigación. A su vez, la Universidad Surcolombiana cuenta con un convenio docente – asistencial con el hospital Universitario, el cual es el principal centro de práctica para los alumnos de la Facultad de Salud (Enfermería y Medicina).

Reconocer el Síndrome Coronario Agudo como una complicación seria para la mujer, sumado a todos los síntomas que lo encierran y la celeridad con la que se debe acudir al servicio de salud; debe ser un punto de inicio para la formación del personal de salud, el cual debe tener claridad en la temática, reconocer las necesidades de cuidado de su población y planear estrategias de intervención, las cuales deben ser efectivas y que impacten la salud de la población femenina de la región y del país.

Adicionalmente esta investigación pertenece al banco de proyectos del grupo de investigación CUIDAR de la Universidad Surcolombiana y cursa actualmente como pre seleccionada para conformar el banco de proyectos de semilleros de investigación y desarrollo tecnológico e innovación, en la modalidad de financiación de esta misma universidad. Lo cual, demuestra la relevancia y apreciación por parte de profesionales externos que encontraron en esta investigación, reforzando la viabilidad del estudio.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad cardiovascular pertenece al grupo de enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) que afecta seriamente la salud de las personas y pone en alerta los sistemas de salud a nivel mundial; evidenciado en los reportes epidemiológicos como la primera causa de mortalidad, ocasionando 17,5 millones de muertes al año, más de tres cuartas partes de las defunciones por esta causa se producen en los países de ingresos bajos y medios.⁽¹⁾ De esta forma, la autoridad sanitaria de las Naciones Unidas reconoce que la enfermedad cardiovascular es un problema de salud pública mundial y que requiere con urgencia mecanismos para reducir esta carga evitable en los países desarrollados y en vía de desarrollo.⁽²⁾

En América latina las ECV afectan aproximadamente al 27,7% de la población adulta y el costo por esta patología supera los 30 mil millones de dólares ⁽³⁾. Colombia, se encuentra dentro de los países latinos con mayor gasto total de su salud con el 7% y el costo de 2.4 mil millones de dólares a causa de este fenómeno⁽³⁾, pero no solo es un gran costo económico para el país, pues, trae consigo como consecuencias la pérdida de productividad, lo que conlleva a disminución de la productividad, ausentismo laboral y que la economía recaiga en un cuidador que se ve involucrado, sumado a un 16% de pérdida de años de vida saludable y a la mortalidad como principal causa con el 30%⁽⁴⁾

Las enfermedades cardiovasculares son numerosas, por lo cual se han clasificado en grupos que comparten características, en especial el origen de la patología, estos grupos se clasifican en: enfermedades coronarias, cerebrovasculares, reumáticas del corazón, cardiopatías congénitas y vasculopatías periféricas.⁽¹⁾

La enfermedad coronaria está representada por el SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA) y es la principal causa de defunción en Colombia con el 16%, seguido de la enfermedad cerebrovascular con 6,8% ⁽⁵⁾. El SCA se presenta como consecuencia al cierre total o parcial de la luz de una arteria coronaria que irriga al corazón, la ruptura de una placa ateromatosa que conlleva a la formación de un trombo intra-coronario, que, según la cantidad y duración de la oclusión, produce angina inestable, infarto agudo de miocardio (IAM) o muerte súbita.⁽⁶⁾

Actualmente se reconoce que estas enfermedades son producto de los hábitos que adopta una persona durante toda la vida, con gran influencia comportamental. Los estudios INTERHEART que se llevaron a cabo entre febrero 1999 – marzo 2003 que incluyeron más de 29 mil pacientes de 52 países de todos los

continentes y el estudio CARMELA (2010) que evaluó 11.550 sujetos en Latinoamérica, coinciden en identificar como factores de riesgo modificables para SCA: tabaquismo, hipertensión, diabetes mellitus, obesidad, inactividad física, hábitos alimenticios inadecuados, consumo de alcohol, apolipoproteínas en plasma y factores psicosociales⁽⁷⁾⁽⁸⁾. Aunque, hombres y mujeres tienen estos factores de riesgo en común, algunos de estos comprometen más a las mujeres; principalmente las patologías como la dislipidemia, la diabetes mellitus (DM) y la hipertensión. La DM aumenta las posibilidades de presentar SCA para las mujeres de 3 a 7 veces, la dislipidemia es predictor de SCA en mujeres mayores de 65 años y en el caso de la hipertensión de ser controlada se podría reducir en un 36% el desarrollo de SCA⁽⁹⁾.

A su vez, la Asociación Americana del Corazón (AHA) en su artículo publicado en el 2016 tiene de referente específico a la mujer en el infarto, determinando como factores de riesgo no modificables para presentar SCA el sexo, edad, raza, menopausia, características morfológicas, alteraciones endocrinas y antecedentes patológicos, y la importancia o relevancia que toma cada uno de estos factores de riesgo los cuales permiten que la mujer sea aún más vulnerable a presentar SCA.⁽¹⁰⁾

Dentro de los factores de riesgo no modificables las mujeres presentan variaciones anatómicas en relación al hombre, una de estas es el tamaño del corazón, pues las mujeres tienen un menor tamaño de este con respecto a su superficie corporal y por consiguiente realizan mayor esfuerzo en las contracciones para tratar de compensar el volumen sistólico bajo, además, las arterias son de menor calibre y de naturaleza tortuosa, lo cual provoca mayor probabilidad de formación de placas ateromatosas que predisponen a un SCA.⁽¹¹⁾

La respuesta hormonal juega un papel importante en la presentación de esta patología en el caso del sexo femenino, ya que el estrógeno a nivel vascular se traduce en una respuesta positiva con el óxido nítrico manteniendo una vasodilatación e inhibición del proceso aterosclerótico vascular⁽¹²⁾, su disminución a causa de la menopausia trae consigo cambios hemodinámicos y en el perfil lipídico⁽¹⁰⁾, pues al descender los niveles de estrógenos disminuyen las HDL, provocando un aumento progresivo del colesterol LDL quien es precursor de la formación de placas ateroscleróticas⁽⁹⁾.

Es importante aclarar que la menopausia que es una fase natural del ciclo de vida de la mujer no es causante de SCA, sin embargo, encontrarse en esta etapa sumado a los otros factores de riesgo potencian la posibilidad de presentar SCA, pues, como ya se mencionó, los estrógenos protegen al corazón de diversos

daños, incluyendo; estresantes, citotóxicos e hipertróficos, regulando el metabolismo cardíaco, realizando citoprotección, promoviendo regeneración cardiomiocítica, regulando el remodelado ventricular izquierdo eficaz y estabilizando la función electrofisiológica y contráctil del corazón.⁽¹³⁾

Como respuesta al SCA surgen diversos síntomas, clasificados en típicos o atípicos debido a la frecuencia con que se presentan en ambos sexos. De acuerdo con López en 2012 los síntomas típicos del SCA en ambos sexos se relacionan con disconfort, dolor torácico irradiado hacia miembros superiores o brazo izquierdo y diaforesis⁽¹⁴⁾; mientras que la literatura ha demostrado que los síntomas atípicos de SCA los reportan las mujeres asociados con más frecuencia a disnea, palpitaciones, fatiga, cansancio, dolor de mandíbula y cuello, tos, y a trastornos digestivos como pérdida del apetito, náuseas y vomito⁽¹⁵⁾, es decir, estos síntomas encontrados como atípicos para SCA en las mujeres, los pueden relacionar con incomodidad u otras patologías, ya que son síntomas inespecíficos o incomprensibles de relacionar con una alteración cardíaca.

Es equivocado considerar el SCA como una patología sin importancia para la mujer, esto se debe a la poca influencia de estudios que identifiquen la verdadera situación que viven las mujeres con enfermedades cardíacas y a la baja frecuencia durante su etapa fértil⁽⁹⁾, pues existe un predominio en la estigmatización de que esta enfermedad se destaca en el sexo masculino y debido a esto la mujer ha sido desprotegida frente al manejo de esta patología. Lo anterior tiene consecuencias para la identificación oportuna de los síntomas, la clasificación apropiada y la gestión de pruebas diagnósticas.

La combinación de elementos como los factores de riesgo, el desconocimiento de los síntomas que se presentan y las manifestaciones del SCA en las mujeres, hacen de esta, una población más vulnerable. Sumado a que las personas de países con ingresos medios y bajos generalmente no se benefician de programas de atención primaria integrados para la detección precoz y tratamiento temprano de la enfermedad y sus factores de riesgo, ya que tienen un menor acceso a servicios de asistencia en salud eficientes y equitativos que respondan a sus necesidades⁽¹⁾.

Adicionalmente las mujeres tardan mucho más en acudir al servicio de Urgencias una vez que se establecen los síntomas de la enfermedad, por lo general cuando se habla de síntomas típicos, por ser los de mayor conocimiento. Este hecho quizás pueda ser atribuible a un problema cultural o social. Según la evidencia empírica, las mujeres suelen dar más prioridad a la situación familiar que a sus propias necesidades para no causar problemas o molestias. Esta afirmación es

reportada en los resultados del estudio de López en 2012 llamado mujeres y hombres frente al síndrome coronario agudo⁽¹⁴⁾, el cual determinó como se mencionó anteriormente que las causas de la demora pre hospitalaria se deben al contexto social y cultural como lo es la creencia de que los hombres son los más afectados por el SCA y la preocupación por su hogar más que por la propia salud. Además, confirma que el tiempo que demoran en acudir a las IPS las mujeres cuando inician los síntomas es mayor al de los hombres. Es así, que el 40% de las mujeres afirmaba no percibir como grave ni creer sufrir problemas del corazón y el 60% percibía la gravedad y la creencia de que se trataba de un problema cardiaco; y categorizaban las causas de la demora en solicitud de atención que se debía a: evitar causar problemas o molestias a la familia, acabar de realizar las tareas domésticas y la confusión o dificultades en el diagnóstico por parte del profesional en salud que le atendió⁽¹⁶⁾. En nuestro contexto las mujeres prefieren ocultar su sintomatología o la gravedad de esta, por el rol de cuidadora de la familia, pues es un papel muy marcado de la mujer, es decir, llegan a pensar que si la cuidadora de la familia estará incapacitada, no hay quien cuide de los integrantes de esta, o por no querer incomodar a sus familiares en sus labores rutinarias con lo que sería para ellas una simple enfermedad o molestia y argumentando que ellas deben terminar las labores de la casa porque nadie más puede hacerlas y que acudir a un centro de salud sería perder tiempo para ellas.

En la categoría de confusión o dificultades en el diagnóstico por parte del profesional en salud que atiende estas pacientes, Enfermería toma un rol destacado implicado en la atención inicial, debido al constante aumento de consultas en los servicios de urgencias, se hace imprescindible disponer de enfermeros y enfermeras con conocimientos completos de síntomas y factores de riesgo de SCA, ya que son profesionales encargados del manejo de Triage que es un sistema para clasificar pacientes en función de su gravedad para atender de forma prioritaria, y el clasificar adecuadamente a las pacientes con alto riesgo de SCA puede implicar salvar la vida de la paciente con un diagnóstico y tratamiento oportuno, pues para 2013 en Colombia, las enfermedades cardiacas en la mujer causaron 126 muertes por cada 100 mil mujeres y esto aportó 20% al total de los años de vida saludable perdidos⁽⁴⁾, estadísticas que se podrían reducir si la atención inicial y educación hubiera sido oportuna.

El Huila como departamento ubicado en el Sur colombiano no es ajeno a esta situación ya que entre los años 2005 y 2010 ocupó el quinto lugar por tasa de mortalidad más alta por infarto⁽¹⁷⁾. Ya para 2013, la tasa de mortalidad por enfermedades cardiacas para la mujer en el Huila fue de 134 muertes por cada 100 mil mujeres y cerca del 23% de los años de vida saludable perdidos⁽¹⁸⁾. Así mismo, un alto porcentaje de pacientes son atendidas en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, como centro de referencia que atiende a población del sur Colombiano, prestando servicios de alta complejidad, tecnología

de punta y personal de especialistas; que brindan atención a la población mencionada; destacándose los servicios de cardiología no invasiva, hemodinamia y cirugía cardiovascular, que ofrecen medios diagnósticos y terapéuticos modernos a los pacientes con SCA.

Un alto porcentaje de los pacientes del departamento del Huila consultan el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, la cual es una institución situada en la ciudad de Neiva (Huila - Colombia) que presta servicios de salud de III y IV nivel de complejidad, designado un centro de referencia nacional en la cual se atiende a población del sur Colombiano que incluye los departamentos del Caquetá, Putumayo, parte de Amazonas, Tolima y Cauca, por lo cual adquiere un nivel de responsabilidad mayor en relación a otros hospitales de la misma zona. Por los numerosos servicios que ofrece el HUHMP, el flujo de pacientes es considerable, según reporte de la oficina epidemiológica solo al servicio de urgencias llegaron entre enero y junio de 2017 60 pacientes a causa de IAM.

El Síndrome Coronario Agudo es un problema en el cual hasta el momento no se ha ejercido mayor control, sumado a las diferencias importantes respecto al sexo en la presentación clínica de este síndrome; como lo señaló la OPS y la OMS, abordar la salud desde una perspectiva de género significa reconocer que más allá de las diferencias biológicas existen distinciones de género socialmente construidas entre hombres y mujeres que afectan diferencialmente la salud⁽¹⁹⁾. Pero, además, se necesita el conocimiento por igual de los profesionales, las instituciones de salud y las propias mujeres, sobre las particularidades del SCA con objeto de lograr la participación más activa y eficaz de todas las partes directamente implicadas.

Es así que, identificar el Síndrome Coronario Agudo como una complicación sería para la mujer, desconocer todos los síntomas que lo encierran y minimizar la celeridad con la que se debe acudir al servicio de salud, va a ser determinante para la vida de la paciente, por una falla en el diagnóstico oportuno o un bajo porcentaje de tratamiento favorable y resultando en un aumento de la mortalidad en las mujeres. Por lo anterior se plantea el siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores de riesgo cardiovascular y la experiencia de los síntomas en las mujeres que presentan Síndrome Coronario Agudo en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP) de la ciudad de Neiva, durante los meses de enero a abril del 2018?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar los factores de riesgo y la experiencia de los síntomas del Síndrome Coronario Agudo, fundamentado en el modelo conceptual del Manejo del Síntoma, en las mujeres atendidas en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP) de la ciudad de Neiva, durante los meses de enero a abril del 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar los factores de riesgo cardiovasculares en las mujeres que presentan SCA en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP) de la ciudad de Neiva, durante los meses de enero a abril del 2018.

Reconocer la percepción de los síntomas por parte de las mujeres que presentan SCA, basado en el modelo conceptual del Manejo de los Síntomas, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP) de la ciudad de Neiva, durante los meses de enero a abril del 2018.

Reconocer la respuesta ante los síntomas de las mujeres con SCA, basado en el modelo conceptual del Manejo de los Síntomas, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP) de la ciudad de Neiva, durante los meses de enero a abril del 2018.

Identificar las causas de demora en solicitar atención en salud por parte de las mujeres con síntomas de SCA, basado en el modelo conceptual del Manejo de los Síntomas, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP) de la ciudad de Neiva, durante los meses de enero a abril del 2018.

4. MARCO REFERENCIAL

En este capítulo se abordará la enfermedad cardiovascular como primera causa de morbimortalidad en el mundo, por lo cual, se considera un problema de salud pública, no solo por los considerables gastos que deja para América latina y en especial para Colombia, sino, por el impacto en la vida de las personas, pues provoca aumento de años de vida potencialmente perdidos, aumento significativo en la posibilidad de recaer en la enfermedad, ausentismo laboral que lleva a una pérdida en la productividad y que al final recaigan los costos sobre un cuidador. Dentro de las enfermedades cardiovasculares se encuentra el Síndrome Coronario Agudo (SCA), que reúne las patologías más graves de estas (angina inestable, infarto agudo de miocardio (IAM) o muerte súbita) y el que mayor número de muertes acumula.

Dentro de los factores de riesgo para SCA se encuentran dos grupos: modificables y no modificables, estos últimos condicionan más a las mujeres que a los hombres a presentar dicha enfermedad, debido a que las mujeres son directamente más vulnerables a los factores de riesgo no modificables como su diferencia anatómica en el corazón, venas y arterias, la menopausia y el componente endocrino. Además, se añaden los síntomas, pues se encuentran dos tipos de síntomas: típicos y atípicos y las mujeres en su mayoría presentan síntomas Atípicos o inespecíficos para un SCA, lo que potencia el riesgo vital para la mujer por la falta de conocimientos sobre esta patología, demora en la solicitud de atención en salud, que lleva a un diagnóstico no oportuno y que el tratamiento adecuado no se pueda ofrecer o ya sea insuficiente por la gravedad, finalizando en un aumento de la mortalidad para las mujeres.

4.1 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

4.1.1 Enfermedad Coronaria. Es una patología que incluye síntomas producidos por la ruptura o deterioro de una placa ateromatosa, dando paso a la formación de un trombo intracoronario, que es el causante de angina inestable (AI), infarto agudo de miocardio (IAM) o muerte súbita, esto depende del tamaño y la permanencia del trombo, la presencia de circulación adyacente y el desarrollo de vasoespasmo en el momento de la ruptura⁽⁶⁾.

4.1.2 Síntoma. Es una experiencia personal que se manifiesta con cambios en el desarrollo biológico, psicológico y social⁽²⁶⁾. Foucault plantea que este es un fenómeno objetivo, una realidad natural y es discontinuo en la enfermedad,

mientras que Pierce propone que el síntoma es un índice o signo natural que denota un objeto: la enfermedad⁽²⁷⁾.

4.1.3 Modelo conceptual del manejo del síntoma. Es un modelo teórico de Enfermería que plantea que los síntomas deben ser percibidos como manifestaciones personales que expresen un cambio del desarrollo biológico, psicológico y social. Dentro de este, incluyen 3 dimensiones: la experiencia de los síntomas, manejo de los síntomas y respuesta ante los síntomas⁽²⁸⁾.

5. MARCO CONCEPTUAL

En este capítulo se hablará sobre el Síndrome Coronario Agudo, desde los aspectos más generales como significado, síntomas, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento hasta los más específicos como las diferencias de presentación en hombres y mujeres, y el modelo teórico utilizado en la presente investigación que es El Modelo Conceptual de los Síntomas, con un enfoque en la primera dimensión.

5.1 SÍNDROME CORONARIO AGUDO

5.1.1 Definición. Es el conjunto de enfermedades que ocurren cuando una placa conformada por grasa, colesterol, calcio y otras sustancias de la sangre se aloja en las arterias coronarias, estas arterias suministran una gran cantidad de sangre al corazón, al pasar el tiempo, la placa (ateroma) endurece disminuyendo así el paso de sangre por las arterias y dificultando el flujo de sangre rica en oxígeno al musculo cardiaco⁽²⁹⁾, lo anterior causa:

5.1.1.1 Angina estable e inestable. Es el dolor torácico que aparece cuando la circulación de sangre por los vasos sanguíneos es deficiente⁽³⁰⁾, debido a la lesión fija de las arterias coronarias epicárdica conllevando a isquemia miocárdica aguda⁽³¹⁾.

5.1.1.2 Infarto agudo de miocardio. Ocurre por la oclusión de las arterias coronarias a causa de la placa ateromatosa y da como resultado la muerte o necrosis de parte del corazón, disminuyendo su funcionalidad⁽³²⁾. El infarto agudo de miocardio se puede manifestar con la elevación del segmento ST o sin la elevación de este.

5.1.1.3 Muerte súbita⁽⁶⁾: Esta puede ser por dos tipos: Arritmias o por fallo cardiaco, en la primera hay perdida de la conciencia y falta de pulso arterial, mientras que la segunda existe un colapso circulatorio antes de que se presente el paro cardiaco⁽³³⁾.

5.1.2 Factores de riesgo. Factor de riesgo es cualquier característica o exposición que aumenta la probabilidad de padecer cualquier patología. Estos se pueden clasificar como modificables y no modificables.

Los factores de riesgo modificables (Son los que con medidas necesarias y específicas se pueden controlar o terminar) según el estudio INTERHEART son:

5.1.2.1 Tabaquismo. Consumo de tabaco de manera crónica y adictiva, lo anterior es porque el tabaco contiene nicotina que es una sustancia que causa dependencia⁽³⁴⁾.

5.1.2.2 Hipertensión. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre en las paredes de los vasos sanguíneos, la Hipertensión es cuando esta fuerza está aumentada y puede deberse a la falta de ejercicio, mala alimentación, tabaquismo... Cuando la presión arterial sistólica (Presión de la sangre a las paredes de los vasos sanguíneos cuando el corazón se contrae⁽³⁵⁾) esta mayor o igual a 140 mmHg y la tensión arterial diastólica (Presión que la sangre ejerce cuando el corazón se relaja para volverse a llenar⁽³⁵⁾) está mayor o igual a 90 mmHg se considera alta o elevada⁽³⁶⁾.

5.1.2.3 Diabetes mellitus. Enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce la insulina (Hormona producida por el páncreas que regula la cantidad de glucosa en la sangre⁽³⁷⁾) o cuando la insulina no es utilizada eficazmente por el organismo. Existen 3 tipos de diabetes: La Diabetes tipo 1 sucede cuando hay ausencia de síntesis de insulina por eso es insulino dependiente, la diabetes tipo 2 se produce cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce y la tipo 3 es la Gestacional que se presenta en el embarazo⁽³⁸⁾.

5.1.2.4 Obesidad. Es un acumulamiento patológico de grasa que es perjudicial para la salud. Para saber si la persona es obesa o no se utiliza la medición del índice de masa corporal (IMC) que es una relación entre el peso y la talla, se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de la talla en metros. En el caso de una persona adulta con obesidad su IMC es igual o superior a 30⁽³⁹⁾.

5.1.2.5 Consumo de alcohol. El alcohol es una sustancia psicoactiva con propiedades que causan dependencia y esta es causante de más de 200 enfermedades y trastornos. Cuando la persona es incapaz de controlar su deseo a consumir alcohol o se le dificulta dejar de consumirlo, se denomina alcoholismo⁽⁴⁰⁾.

Y como no modificables (Estos son propios de la persona, no se pueden controlar)⁽⁶⁾:

5.1.2.6 Sexo. Esto se relaciona con el hecho de que a diferencia de los hombres las mujeres tienen un menor tamaño del corazón en relación a su superficie corporal, además las venas de las mujeres son de naturaleza tortuosa lo que facilita la formación de placas ateromatosas en ellas y así las predisponen a padecer SCA ⁽¹⁰⁾.

5.1.2.7 Edad. Este factor de riesgo se relaciona con la menopausia que según lo plantea la OMS es un estado morfológico de la mujer caracterizado por el cese de la secreción hormonal ovárica efectuando cambios en el aparato urogenital, sistema cardiovascular y óseo. ⁽⁴¹⁾

5.1.2.8 Menopausia. El estrógeno a nivel vascular se traduce en una respuesta positiva con el óxido nítrico manteniendo una vasodilatación y en una inhibición del proceso aterosclerótico vascular⁽¹²⁾, Esta vasodilatación e inhibición del proceso aterosclerótico vascular disminuye en la menopausia, pues en esta fase de la mujer los niveles de estrógeno disminuyen considerablemente.

5.1.2.9 Características morfológicas. las mujeres presentan variaciones anatómicas en relación al hombre, como el tamaño del corazón, pues las mujeres tienen un menor tamaño del corazón con respecto a su superficie corporal y por consiguiente tendrá que realizar mayor esfuerzo en las contracciones para tratar de compensar el volumen sistólico bajo, además, las venas son de menor calibre y de naturaleza tortuosa, lo cual provoca mayor probabilidad de formación de placas ateromatosas que predisponen a un SCA⁽¹¹⁾

5.1.3 Síntomas. Es una respuesta o un estado de alerta que envía el organismo cuando algo anda mal, es algo “subjetivo” que siente la persona, esta es diferencia que tiene con el signo que es lo “Objetivo”, lo que se puede observar.⁽⁴²⁾

En el contexto de enfermedad cardiovascular, según la OMS sus síntomas más comunes son el dolor torácico, dolor en los brazos, hombro izquierdo y mandíbula⁽¹⁾.

Es importante mencionar que la evidencia científica toma como referente los síntomas presentados por el sexo masculino, dejando a un lado la sintomatología presentada por las mujeres ⁽⁴³⁾, es por esto, que los síntomas se dividen en típicos y atípicos⁽¹⁰⁾ los últimos que pueden estar relacionados con manifestaciones poco frecuentes, que pueden estar presente en la mujer y no ser reconocidos por el

profesional de salud, aclarando que las mujeres pueden presentar cualquiera de los siguientes dos tipos de síntomas⁽¹⁰⁾

Tabla 1. Revisión síntomas

Síntomas típicos	Síntomas atípicos
Dolor/Incomodidad en el pecho (Presión, opresión, apretón): Radiación del dolor a la mandíbula, cuello, hombros y espalda.	Dolor en pecho agudo, pleurítico, ardor, reproducible.
Aturdimiento: Perturbación espontánea de los sentidos que dificulta razonar de forma coordinada.	Fatiga inusual, Falta de aliento inusual
Disnea: Dificultad para respirar.	Dolor en la parte superior de la espalda, pecho, cuello, mandíbula, brazo, hombro y espalda.
Nauseas.	Síntomas parecidos a la gripe
Vómito	Sensación de miedo y ansiedad
Diaforesis: Excesiva sudoración.	Debilidad generalizada.

Fuente: American Heart Association

5.1.4 Diagnóstico. Se basa en:

Revisión y actualización de la historia clínica⁽⁶⁾ (Documento donde se registran los datos clínicos de la persona, es un documento legal que solo podrá ser manipulado por el personal de salud).

Alteraciones electrocardiográficas: El electrocardiograma es un examen que se realiza con el fin de conocer la actividad eléctrica del corazón, En él se analiza el ritmo, regularidad de los latidos, tamaño y posición de las aurículas y ventrículos⁽⁴⁴⁾ por esa razón, es verdaderamente útil en el diagnóstico del síndrome coronario agudo, ya que al existir una placa de aterosclerótica se disminuye el flujo de sangre hacia el corazón, además este deberá hacer mayor esfuerzo para bombear sangre y este trabajo extra es detectado como cambio eléctrico en un electrocardiograma. En el caso del IAM se presenta: presencia de pico onda T, elevación del segmento ST, desarrollo de la onda Q e inversión de la onda T⁽⁴⁵⁾.

Pruebas enzimáticas: Cuando las enzimas cardíacas están elevadas en la sangre es una señal de muerte celular cardíaca, al morir las células cardíacas liberan distintas enzimas cardíacas y al medirlas en sangre podemos realizar un diagnóstico diferencial⁽⁴⁶⁾. Por ejemplo, en el IAM es la prueba de mayor determinación seriada, en este se hace examen de troponina C (La troponina es una proteína presente en el músculo estriado y músculo cardíaco) y troponina I, estas dos son específicas de necrosis o muerte cardíaca, En el caso de troponina I se dice que está alterada cuando hay un valor superior a 10ug/L⁽⁴⁷⁾.

5.1.5 Tratamiento. En esta parte es de vital importancia una valoración inicial bien hecha y realizada en el menos tiempo posible, idealmente el tiempo transcurrido entre la llegada del paciente al servicio de urgencias y la aplicación del tratamiento deberá ser menor a 30 minutos. Una vez el paciente tenga contacto con el profesional de la salud, este deberá hacer una historia clínica, valoración física, electrocardiograma y toma de marcadores bioquímicos⁽⁴⁸⁾.

Según el resultado del electrocardiograma se puede dividir en dos pasos a seguir: Cuando en el electrocardiograma hay elevación de ST sugiere trombo coronario oclusivo⁽⁴⁹⁾ y se puede utilizar antiagregantes (Sustancia o fármaco que tiene por efecto inhibir la agregación de las plaquetas, inhibiendo así la formación de trombos nuevos y aumento de trombos ya existentes en arterias y venas⁽⁵⁰⁾), anticoagulantes (Fármacos que impiden la coagulación de la sangre⁽⁵¹⁾), fibrinólisis (Degradación de las redes de fibrina formadas en el proceso de la coagulación y esto se hace con el fin de evitar la formación de trombos) o intervención coronaria percutánea (Consiste en la introducción de un pequeño globo inflable en una arteria de la ingle o brazo y se dirige al corazón mediante una guía de rayos X, una vez se alcanza la zona obstruida, se infla el globo para dilatar brevemente la arteria y así mejorar el paso sanguíneo⁽⁵²⁾).

En el caso en que no exista elevación de ST que sugiere un trombo no oclusivo⁽⁴⁷⁾, se puede proceder por los anti anginosos (Fármacos utilizados en la angina de pecho, dolor doloroso de la mama), anticoagulantes y antiagregantes para estabilizar la placa de ateroma⁽⁴³⁾.

Además de lo mencionado anteriormente, se debe tener en cuenta ciertas medidas generales que son de rutina como⁽⁴⁸⁾ el oxígeno: Es práctica universal la aplicación de oxígeno por cánula nasal en todos los pacientes sospechosos de Síndrome coronario agudo, esto por que limita el daño isquémico y disminuye la elevación del segmento ST en el IAM. Aspirina: Esta actúa bloqueando rápidamente la formación de plaquetas y a su vez la de trombos. Adicionalmente fundamental la Analgesia.

5.2 MODELO CONCEPTUAL DEL MANEJO DE LOS SÍNTOMAS

El reconocimiento de Enfermería como una disciplina profesional implica una directa relación entre el cuidado de enfermería, el desarrollo conceptual y el método seleccionado para proporcionar el cuidado; de esta manera el ejercicio práctico de la profesión tiene un soporte reflexivo e ideológico que la fundamenta.⁽⁵³⁾

Cuando hablamos de enfermería, hablamos del “cuidado”, e indirectamente hacemos referencia al metaparadigma, que son los conceptos globales del fenómeno de interés de la disciplina como los son: persona, salud, entorno y enfermería.⁽⁵⁴⁾

Por lo anterior se han desarrollado teorías y modelos conceptuales de enfermería que definen la disciplina y explican su razón de ser, sus principios científicos y filosóficos, y sus valores.

La teoría consiste en un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir fenómeno de interés para la disciplina. La utilidad de la teoría para la enfermería radica en que le permite aumentar los conocimientos sobre su propia disciplina, al utilizar de manera sistemática un método de trabajo.

Se define como modelo a la representación simbólica de la realidad, un conjunto de conceptos abstractos y generales, así como proposiciones que se integran para dar un significado. El modelo sirve como eslabón en el desarrollo de una teoría.⁽⁵⁵⁾

El Modelo Conceptual del Manejo del Síntoma, fue desarrollado originalmente en 1994 por El Centro para el Manejo del Síntoma de la Facultad de Enfermería de la Universidad de California, en San Francisco (USA), posteriormente se realizó una modificación en el 2001 en la cual se publicó un contexto filosófico⁽²⁸⁾.

Es una teoría deductiva de rango medio que describe el manejo de síntomas como un proceso multidimensional que ocurre en los dominios de la ciencia de enfermería.⁽²⁸⁾ Propone que los síntomas deben ser vistos como experiencias subjetivas que reflejan un cambio en la función biopsicosocial, sensación o cognición de una persona.

Incluye 3 dimensiones la experiencia de los síntomas, manejo de los síntomas y respuesta ante los síntomas.

5.2.1 Dimensiones del modelo. Experiencia de los síntomas: Esta dimensión hace referencia a la percepción de los síntomas, como fueron evaluados y que respuesta hubo ante estos.

Estrategias de Manejo del síntoma: Se tiene en cuenta quien, cuando, donde, cómo y cuáles fueron las estrategias utilizadas para manejar estos síntomas.

Resultados de los síntomas: Se refiere a que resultados tuvieron los síntomas, como quedo el estado emocional y funcional de la persona, si estos llevaron a una morbilidad o co-morbilidad o si estos terminaron en mortalidad.

Las dimensiones del Modelo se encuentran contextualizadas por variables externas, las cuales son:

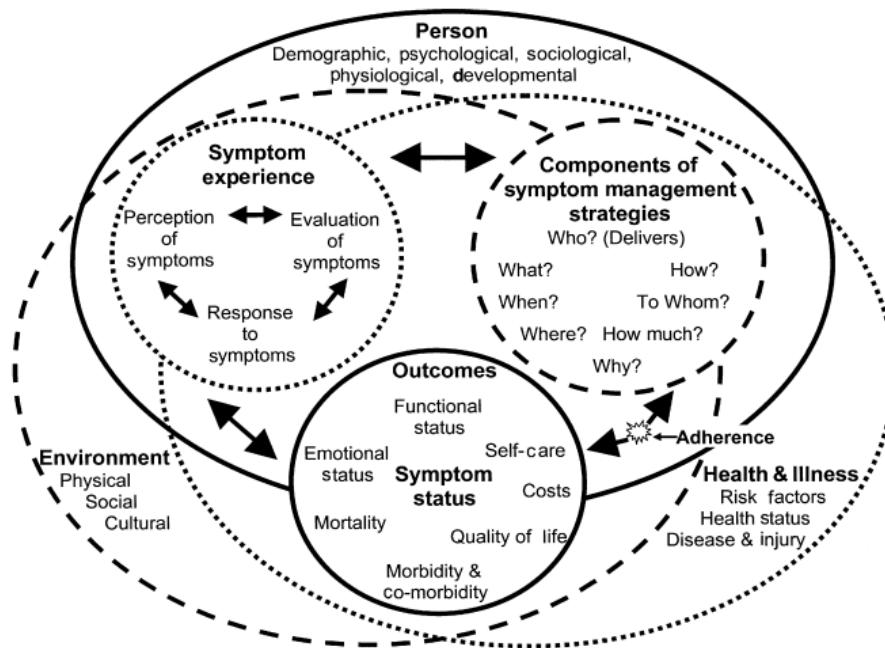
Variables personales: El dominio de persona incluye lo demográfico, psicológico, sociológico y fisiológico; y son propios de las visiones y respuestas individuales de la experiencia de los síntomas. Las variables demográficas son: edad, sexo, etnia, estado civil, estrato social y/o financiero. Las variables psicológicas incluyen los rasgos de personalidad, capacidad cognitiva y motivación. Las variables sociológicas incorporan la unidad familiar, la cultura y la religión. Las variables fisiológicas son patrones de actividad y descanso y capacidad física.

Variables ambientales: se refiere a las condiciones o al contexto en el cual ocurren los síntomas. Incluye variables físicas, sociales y culturales. El ambiente físico puede incluir la casa, el trabajo y el hospital. El ambiente social incluye el soporte social y las relaciones interpersonales. Los aspectos culturales del ambiente son las creencias, los valores y las prácticas que son únicos a un grupo étnico, racial o religioso.

Variables relacionadas con el proceso salud-enfermedad: el dominio de salud y enfermedad está comprendido por variables únicas del estado de salud o enfermedad de un individuo e incluye factores de riesgo, estado de salud y enfermedad. Los factores de riesgo pueden ser comportamientos heredados o comportamientos no heredados. El estado de salud incorpora ritmos fisiológicos,

estructura corporal y función. La enfermedad refleja desviaciones agudas y crónicas debido a patologías⁽⁵⁶⁾.

Figura 1. Esquema del modelo conceptual del manejo de los síntomas⁽²⁶⁾.



Fuente: Céspedes, investigación que aprueba teoría.

5.2.2 Dimensión experiencia del síntoma

5.2.2.1 Percepción de los síntomas. (Evalúa Síntomas típicos y atípicos) La percepción de los síntomas se refiere a si un individuo nota un cambio de la manera que se siente o se comporta generalmente; es una interpretación consciente y cognitiva de la información o sensaciones dadas por un contexto o situación particular, esta incluye: Conciencia somática: estar consciente del cuerpo o de alguna función fisiológica. Descriptores de los síntomas (puente entre la percepción del paciente y el reporte de los síntomas) Intensidad y umbral de los síntomas, localización, Comorbilidades (contribuyen a confundir la percepción de los síntomas)

5.2.2.2 Evaluación de los síntomas. (Evalúa origen de los síntomas y seriedad de los síntomas) La evaluación de los síntomas pretende dar significado a los mismos. Hace un juicio acerca de los síntomas como: la intensidad, localización, naturaleza, frecuencia, severidad, causa, y la posibilidad de recibir tratamiento. De igual forma determina la amenaza que poseen estos síntomas, si son o no peligrosos, y si pueden ser incapacitantes.

5.2.2.3 Respuesta a los síntomas. (Evalúa acciones de respuesta y tiempos de demora) Respuestas comportamentales: expresiones objetivas de los síntomas e incluyen comunicación verbal o social. Respuestas psicológicas: reflejadas en cambios cognitivos o afectivos. Respuestas fisiológicas: manifestaciones físicas de los síntomas⁽²⁸⁾.

Existen relaciones bidireccionales entre los componentes de la dimensión de experiencia de síntomas. Por ejemplo, tanto la evaluación como la respuesta pueden modificar la percepción. Si una persona cree que el síntoma es desagradable, la percepción de intensidad puede ser aumentada. Estos procesos se conciben como interactivos y pueden ocurrir simultáneamente.

5.3 ESTADO DEL ARTE DE LA EXPERIENCIA DEL SCA

Se realizó una revisión de artículos y revistas de investigación publicados en las bases de datos de salud como: sciencedirect, pubmed, medline y SciELO. Se seleccionan aquellos artículos publicados o actualizados que se relacionen con el tema de esta investigación.

5.3.1 Epidemiología. En España, en el 2006 un estudio sobre la epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en la mujer, muestra que la mortalidad a 28 días ajustada por edad tras un primer IAM es un 20% mayor en las mujeres. En España, la mortalidad es mayor en las mujeres hospitalizadas por un primer IAM, pero no en el resto de formas de presentación de la cardiopatía isquémica.

La distribución de las muertes, más retrasada en mujeres, desde el inicio de los síntomas indica distintos mecanismos de fallecimiento en ambos sexos. Las mujeres con IAM son unos 10 años mayores, llegan a los hospital 1 h más tarde de promedio, presentan mayor comorbilidad (diabetes e hipertensión, principalmente), desarrollan cuadros clínicos más graves⁽⁵⁷⁾.

5.3.2 Factores de riesgo. En un estudio realizado en Chile, en el año 2001, se expuso que el sexo femenino tiene diferencias y peculiaridades tanto en la presentación del infarto como en su epidemiología: las mujeres presentan más angina, dolor atípico, infarto silente y morbi – mortalidad. La función ovárica constituye también otra importante diferencia, ya que los estrógenos por sus efectos endoteliales y lipídicos pueden modificar el riesgo coronario.

Los principales factores de riesgo para enfermedad coronaria en la mujer son: diabetes mellitus, hipertensión arterial, posmenopausia, obesidad, sedentarismo, HDL-colesterol bajo, etc.; éstos en su mayoría incrementan con la edad y dependen en parte de estilos de vidas no saludables⁽⁵⁸⁾.

En el 2006 la Revista española de cardiología, muestra que la cardiopatía isquémica, debido al efecto protector de los estrógenos, suele aparecer en la posmenopausia y, por lo tanto, bastante más tarde que en los varones. Las mujeres con síndrome coronario agudo presentan dolor típico en la misma proporción que los varones; sin embargo, la presencia de dolor atípico, que suele acompañarse de una menor incidencia de lesiones coronarias, es más frecuente en la mujer⁽⁵⁹⁾.

En el 2007 un estudio realizado en México, sobre la enfermedad cardiovascular como amenaza actual para la mujer adulta mayor da a conocer la relación con los estrógenos mostrando la disminución de la función ovárica que se vincula con incremento de citosinas pro inflamatorias⁽⁶⁰⁾.

En España, en el 2008 un estudio mostró que la mortalidad y las complicaciones hospitalarias al mes en las mujeres duplicaron las de los varones. Sin embargo, el sexo femenino fue un predictor independiente de mortalidad hospitalaria a 1 mes y a 1 año en el SCACEST, pero no en el SCASEST. Las mujeres tenían, respecto a los varones, una edad superior, un perfil de riesgo cardiovascular más desfavorable y antecedentes más frecuentes de insuficiencia cardíaca, recibieron con menor frecuencia bloqueadores beta y estatinas, se sometieron a intervencionismo coronario en menor proporción y presentaron mortalidad e incidencia de eventos adversos graves durante el ingreso un 50% superiores a las de los varones y mayor mortalidad en el seguimiento. Así mismo, las mujeres tenían en comparación con los hombres una edad superior, un perfil de riesgo cardiovascular más desfavorable. Presentaron mortalidad e incidencia de eventos adversos graves durante el ingreso un 50% mayor que los hombres⁽⁶¹⁾.

En el 2011 se evidenció en un estudio que la variabilidad en la asistencia a pacientes que tienen un síndrome coronario depende de determinadas características de los pacientes, como el hecho de ser mujer o diabético, pero también de los centros y los médicos encargados de la asistencia. Conocer todas las circunstancias que influyen en la variabilidad y aplicar medidas para minimizarlas, ayudará a mejorar el pronóstico de los pacientes⁽⁶²⁾.

En el mismo año se realizó un estudio sobre la influencia del sexo del paciente en el manejo del síndrome coronario agudo con elevación del ST en los servicios de urgencia. La diabetes mellitus fue más frecuente en las mujeres. Hubo diferencias entre los siguientes tiempos: inicio de los síntomas y llegada al hospital (240,3 min en hombres vs 503,3 min en mujeres; $p < 0,05$), inicio de los síntomas y realización de un electrocardiograma (ECG) (240,6 min en hombres vs 516,4 min en mujeres; $p < 0,01$) y llegada al hospital y realización de un ECG (6,4 min en hombres vs 13 min en mujeres; $p < 0,01$). Existen retrasos en la atención de mujeres que acuden al SU con IAMEST. Su consideración puede mejorar la atención prestada a estos pacientes⁽⁶³⁾.

En este año otro estudio mostró que la menopausia marca un punto de inflexión a partir del cual la prevalencia de hipertensión y de obesidad, así como el cambio en los valores de colesterol, ensombrecen de forma significativa el porvenir libre de episodios cardiovasculares. La disminución de estrógenos en la pre menopausia se asocia con un incremento de riesgo. Los autores asocian estos resultados al hecho de ser mujer, a la mayor edad y a la insuficiencia cardíaca al ingreso, pero sin poder justificarlo exclusivamente por un peor perfil de riesgo en las mujeres con mayor comorbilidad, por lo que se reafirman en la hipótesis del sexo femenino como predictor independiente de mortalidad⁽⁶⁴⁾.

En el 2015 en un estudio sobre enfermedad cardiovascular en la mujer: Fisiopatología, presentación clínica, Factores de riesgo, Terapia hormonal y pruebas diagnósticas. Se encontró en la mujer, el mecanismo del síndrome coronario es por erosión de la placa ateromatosa y por esto la mujer tienden a padecer angina inestable. La sintomatología de la enfermedad coronaria en la mujer aparece pos menopausia, o sea, 10 años después que en los hombres. Algunos de los factores de riesgo para los eventos cardiovasculares en las mujeres son: Diabetes Mellitus en primera proporción, Hipertensión arterial, Tabaquismo, dislipidemia, obesidad y menopausia⁽⁶⁵⁾.

5.3.3 Respuesta a los síntomas. En el 2007 Soto Morales habla de la experiencia con el síntoma constituye un proceso secuencial que la mujer vive luego de ser estimulada durante el episodio de dolor torácico y sus síntomas asociados. Este

proceso se compone de tres momentos y es desarrollado paso a paso por la mujer, generando un tiempo de demora total comprendido desde el inicio del síntoma hasta el momento en que solicita atención en una institución de salud⁽⁶⁶⁾.

En el 2014 en un estudio sobre las respuestas de la mujer frente a los síntomas de Síndrome Coronario Agudo basados en el Modelo Conceptual del Manejo de los Síntomas, se evidencia la experiencia del síntoma, se contempla la percepción, la evaluación y la respuesta al cambio en una sensación usual. La percepción del síntoma se refiere a si un individuo advierte un cambio respecto a la forma en que él o ella siente y se comporta. Las personas evalúan sus síntomas al hacer juicios sobre la gravedad, las causas, el tratamiento y el efecto de los síntomas en sus vidas. Las respuestas a los síntomas incluyen características fisiológicas, psicológicas, socioculturales y componentes de comportamiento. El síntoma es una experiencia subjetiva que refleja los cambios en el funcionamiento biopsicosocial, sensaciones o la cognición de un individuo⁽²³⁾.

En el artículo “Ahí me aguanté mi dolor”. Contexto sociocultural y económico de mujeres con síndrome coronario residentes en Cali y otros municipios del valle del cauca del año 2015, los síntomas desagradables tienen relación con antecedentes fisiológicos y factores influyentes del ambiente familiar. El modo de vida de las mujeres que padecen de SCA es un factor influyente en el agravamiento de los síntomas⁽⁶⁷⁾.

5.3.4 Tratamiento. En el 2014 Burdiat hace referencia a la rehabilitación cardíaca después de un síndrome coronario agudo. Muestra que la rehabilitación cardiovascular (RC) ha sido definida como “el programa desarrollado por un equipo multidisciplinario de trabajo a largo plazo que incluye la evaluación médica, prescripción de ejercicio, modificación de los factores de riesgo cardiovascular, educación y consejos médicos. Está designado para minimizar los efectos psicológicos y fisiológicos de la enfermedad cardíaca, reducir el riesgo de muerte súbita o re infarto, control de los síntomas y reversión de los procesos ateroscleróticos, mejorando el estado psicosocial y ayudando al rápido reintegro laboral”⁽⁶⁸⁾.

5.3.5 Síntomas. En el 2012 en un estudio sobre mujeres y hombres frente al síndrome coronario agudo, se ha demostrado que las mujeres presentan un mayor tiempo de demora entre el inicio de los síntomas y su llegada al hospital. Según datos recogidos en un estudio realizado por el Hospital General Universitario de Valencia, la media de demora prehospitalaria en hombres fue de 61 minutos y de 86 minutos en las mujeres. La cardiopatía isquémica se presenta sobre todo como angina de pecho en las mujeres⁽¹⁴⁾.

En el 2016 en el artículo sobre el comportamiento clínico del síndrome coronario agudo en la mujer, las enfermedades cardíacas tienen distinta incidencia, pronóstico y evolución en hombre y mujeres y lastimosamente no existe mucha evidencia científica relacionada con los síntomas en mujeres, por esto este tema no es muy conocido y pasado desapercibido generando muchas muertes en mujeres⁽⁶⁹⁾.

6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición de la dimensión	Dimensión	Indicador	Escala de medición
Caracterización Sociodemográfica	Conjunto de características sociales, que miden la estructura dinámica de una población y que pueden influir de forma positiva o negativa en la salud.	Sexo	Masculino Femenino	Nominal
		Edad	Años cumplidos	Razón
		Ocupación en el momento del evento cardiaco	Empleada Desempleada independiente Pensionada Hogar	Nominal
		Tipo de Seguridad social en el momento del evento cardiaco	Subsidiado Contributivo Vinculados Régimen Especial	Nominal
		Lugar de Residencia en el momento del evento cardiaco	Rural Urbana	Nominal Dicotómica
Factores de riesgo para enfermedad cardiovascular	Cualquier rasgo, característica o exposición antes del evento cardiaco que aumente su probabilidad de sufrir la enfermedad o lesión y clasificarlos como modificables o no modificables. Hipertensión: con presión alta constantemente o toma medicamentos para ello. Diabetes: enfermedad del azúcar, glicemia alta constantemente o toma medicamentos para ello.	Hipertensión	SI NO	Nominal Dicotómica
		Diabetes	SI NO	Nominal Dicotómica
		Sobrepeso	SI NO	Nominal Dicotómica
		Inactividad Física	SI NO	Nominal Dicotómica

	Inactividad física: realiza actividad física menos de dos veces por semana con una duración de 60 minutos por día.	Hábitos alimenticios inadecuados	SI NO	Nominal Dicotómica
	Hábitos alimenticios inadecuados: consume constantemente grasas saturadas, fritos y carnes rojas.	Tabaquismo	SI NO	Nominal Dicotómica
	Menopausia: mayor de 45 años y sin periodo menstrual por más de un año.	Menopausia	SI NO	Nominal Dicotómica
Percepción	Se define como la notificación de un cambio en la forma como la mujer usualmente se sentía o se comportaba antes del evento cardíaco, una interpretación consciente y cognitiva de la información dada por señales del contexto en un ambiente o situación particular. Palpitaciones: latidos del corazón más rápido y fuerte que lo normal. Pérdida del apetito: disminución de las ganas de comer. Indigestión: sensación de llenura que es molesta. Incapacidad para moverse: limitación absoluta en los movimientos del cuerpo.	3. Dolor o molestia en cualquier parte del pecho	SI NO	Nominal Dicotómica
		5. Dolor o molestia en el cuello	SI NO	Nominal Dicotómica
		7. Dolor o molestia en la mandíbula inferior	SI NO	Nominal Dicotómica
		8. Dolor o molestia en la cabeza	SI NO	Nominal Dicotómica
		9. Dolor o molestia debajo del seno	SI NO	Nominal Dicotómica
		10. Dolor o molestia en la boca del estomago	SI NO	Nominal Dicotómica
		11. Palpitaciones	SI NO	Nominal Dicotómica
		12. Pérdida del apetito	SI NO	Nominal Dicotómica
		13. Indigestión	SI NO	Nominal Dicotómica

	Entumecimiento: falta de movimiento producido en una parte del cuerpo.	16. Tos	SI NO	Nominal Dicotómica
	Deseos de vomitar: ganas de expulsar contenido del estómago. Vomito: expulsión violenta por la boca de lo que está en el estómago. Mareo: alteración del equilibrio y del sentido debido a movimientos. Miedo inusual: sensación de angustia sin algún motivo específico. Depresión: profunda tristeza y decaimiento del ánimo por varios días consecutivos. Angustia: inquietud ante un peligro conocido o desconocido. Escalofrío: cambio brusco de temperatura acompañado de un ligero temblor en el cuerpo.	18. Incapacidad para moverse	SI NO	Nominal Dicotómica
		19. Entumecimiento	SI NO	Nominal Dicotómica
		22. Deseos de vomitar	SI NO	Nominal Dicotómica
		23. Vomito	SI NO	Nominal Dicotómica
		24. Mareo	SI NO	Nominal Dicotómica
		27. Miedo inusual	SI NO	Nominal Dicotómica
		28. Depresión	SI NO	Nominal Dicotómica
		29. Angustia	SI NO	Nominal Dicotómica
		32. Escalofrío	SI NO	Nominal Dicotómica
		33. Sensación de calor	SI NO	Nominal Dicotómica
Evaluación	Juicio que la mujer hace acerca de los síntomas, tal como la causa, posibilidad de recibir tratamiento y efecto de los síntomas antes del evento cardíaco. La evaluación involucra un alto proceso cognitivo para añadir significado a los	34. Problema cardíaco	SI NO	Nominal Dicotómica
		35. Problema del estómago o indigestión	SI NO	Nominal Dicotómica
		37. Gripe o resfriado	SI NO	Nominal Dicotómica

	síntomas.	39. Problema de respiración	SI NO	Nominal Dicotómica
	Estrés o sobrecarga de trabajo: cansancio mental y físico por mayor exigencia de la normal. Aumento en la carga laboral. Fatiga: cansancio acompañado de dificultad para respirar por un esfuerzo físico. Insignificante: sin importancia o valor. Dañino: que causa algún daño, algo perjudicial. Amenazante: que puede causar un daño o convertirse en un peligro.	41. Estrés o sobrecarga de trabajo	SI NO	Nominal Dicotómica
		42. Preocupaciones personales	SI NO	Nominal Dicotómica
		43. Fatiga	SI NO	Nominal Dicotómica
		44. Insignificante	SI NO	Nominal Dicotómica
		45. Dañino	SI NO	Nominal Dicotómica
		46. Amenazante	SI NO	Nominal Dicotómica
		76. Sensación de muerte	SI NO	Nominal Dicotómica
Respuesta	Incluye componentes fisiológicos, psicológicos y comportamentales durante los síntomas y antes del evento cardíaco. Las respuestas fisiológicas son manifestaciones físicas de los síntomas. Las respuestas psicológicas están reflejadas en cambios cognitivos o afectivos. Las respuestas comportamentales son las expresiones objetivas de los síntomas e incluyen comunicación verbal o social.	47. Ignorarlo	SI NO	Nominal Dicotómica
		49. Tomar remedios caseros	SI NO	Nominal Dicotómica
		51. Tomar agua	SI NO	Nominal Dicotómica
		52. Respirar profundamente	SI NO	Nominal Dicotómica
		53. Esperar a que pasara	SI NO	Nominal Dicotómica
		56. Llamar a una ambulancia	SI NO	Nominal Dicotómica

Fuente: Desarrollo de la investigación

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo descriptivo, cuantitativo, prospectivo de corte transversal, en el cual se identificaron las características definitorias de los síntomas mediante el modelo conceptual del manejo de los síntomas en mujeres que presentaron síndrome coronario agudo (SCA) y que fueron atendidas en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP) de Neiva en el periodo de enero a abril de 2018.

7.2 POBLACIÓN

La población de este estudio se conformó por mujeres que presentaron síndrome coronario agudo (SCA) y fueron atendidas en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP) de Neiva en el periodo de enero a abril de 2018.

7.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

7.3.1 Criterios de inclusión. Mujeres que presentaron SCA mayores a 18 años. Mujeres que presentaron SCA y deseen participar en el estudio. Mujeres que presentaron SCA estables hemodinámicamente. Mujeres que presentaron SCA por primera vez. Mujeres que presentaron SCA con y sin elevación del ST. Mujeres que presentaron SCA atendidas en el HUHMP de Neiva en el periodo de enero a abril de 2018. Mujeres registradas en el CIE10 con los diagnósticos que se encuentran dentro de Síndrome Coronario Agudo.

7.3.2 Criterios de exclusión. Mujeres con alteraciones cognitivas, mentales que no permitieran la comunicación y/o diligenciamiento del instrumento de recolección de la información.

7.4 MUESTRA

La muestra se conformó por las mujeres mayores de 18 años atendidas en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el periodo de estudio de 4 meses y que cumplieron los criterios de selección.

Para el cálculo de la muestra se tuvo en cuenta el Modelo de determinación de tamaño de muestra en población finita, tomando como referencia el número de egresos de mujeres con diagnóstico de SCA del periodo similar al estudio del año anterior; según la oficina de sistemas del Hospital Universitario de Neiva se presentaron un total de 65 ingresos de pacientes por esta patología. Por consiguiente, el nivel de confianza seleccionado para el cálculo de la muestra fue de 95% (0.05 de significancia correspondiente a valor Z de 1.96), el error de aproximación en función de la desviación estándar fue de 5%, para un total de muestra correspondiente a 56 pacientes.

7.5 METODOLOGÍA Y TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

7.5.1 Método. La unidad de análisis y de información fueron las mujeres que presenten síndrome coronario agudo (SCA) atendidas en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP). El método a utilizar fue la aplicación de un formato de recolección de la información para características sociodemográficas y los factores de riesgo de las participantes y del instrumento diseñado por Céspedes ⁽²³⁾ basado en el modelo conceptual del manejo de los síntomas el cual mide la experiencia de los síntomas en el SCA y a su vez valora la percepción de los síntomas, evaluación de los síntomas y respuesta a los síntomas.

7.5.2 Técnica. Se presentó aprobación del comité de ética del HUHMP a los coordinadores de los servicios hospitalización urgencias (CRU, TRU, VIP, MIU), hospitalización cirugía, hospitalización medicina interna, hospitalización séptimo piso, hospitalización neurocirugía, cuidado intensivo adulto, cuidado intensivo obstétrico, para que se encontraran informados de nuestra asistencia y participación en los servicios durante este periodo.

Por parejas los estudiantes visitaron el servicio asignado del HUHMP en horario de 2:00 – 6:00 pm durante los meses de enero a abril, consultando con el jefe del servicio o revisando el libro de ingresos y egresos de cada servicio.

Se seleccionaron las pacientes con diagnóstico médico CIE 10 que conforman el SCA y se revisó la historia clínica para confirmar que sea evento de primera vez. Se escogieron quienes cumplieran con los criterios de inclusión.

Se buscó a la paciente en el servicio y cama en el que se encontrara, teniendo en cuenta de que estuviera estable hemodinámicamente y sin ninguna alteración neurológica.

Se explicó en que consiste la investigación, si la paciente deseaba participar en el estudio se procedió a firmar el consentimiento informado.

Se aplicó en formato físico los instrumentos, haciendo las preguntas que cada instrumento tiene y respondiendo a las dudas en caso de que la mujer las tenga. Al terminar las preguntas se agradeció a la usuaria por su colaboración y se dispuso a tabular la información obtenida en el programa Microsoft Excel.

7.5.3 Formatos de recolección de la información. Se utilizó un formato de recolección de la información para características sociodemográficas, factores de riesgo de las participantes y el instrumento que evalúa la experiencia de los síntomas, diseñado bajo el Modelo conceptual del manejo de los síntomas ⁽⁴¹⁾; el cual incluye tres dimensiones: experiencia de los síntomas, manejo de los síntomas y respuesta ante los síntomas.

El primer instrumento se diseñó con el fin de establecer las variables sociodemográficas, dentro las cuales se encuentra: estrato, escolaridad, estrato civil, seguridad social y ocupación; el segundo beneficia la evaluación tanto de factores de riesgo modificables como no modificables y el instrumento del manejo de los síntomas cuenta con opción de respuesta dicotómica, presenta validez de contenido, validez de escala, validez discriminante y de constructo. Presenta un Coeficiente de Alpha de Crombach de 0,76, demostrando un alto grado de homogeneidad. Así mismo, se cuenta con autorización para el uso del instrumento por parte de la autora. La recolección de la información se realizó mediante formatos en físico los cuales luego se tabularon en una base de datos en Microsoft Excel.

7.5.4 Plan, tabulación y análisis. La información se ingresó por los investigadores a una base de datos elaborada en el programa Microsoft Excel, formato compatible para el procesamiento de los datos.

Para el análisis de la información se utilizó el software estadístico STATA Versión 14 el cual cuenta con licencia en la Universidad Surcolombiana. Para el análisis estadístico se emplearon medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas y para las variables cualitativas frecuencias absolutas y relativas. Para el cruce de variables se empleó la prueba estadística chi 2 o prueba exacta de Fisher.

7.6 CONTROL DE SESGOS

7.6.1 Sesgo de selección. Para el control de este sesgo se tuvo en cuenta la revisión de historias clínicas por parte de los profesionales de enfermería en formación, asegurando que los diagnósticos necesarios estuvieran confirmados en la historia clínica del paciente, el nivel de conciencia y orientación se valoró por los profesionales en formación por medio de preguntas de ubicación en tiempo, lugar y persona.

7.6.2 Sesgo de información. Para el control de este sesgo se obtuvo la información mediante encuestas directamente con la paciente, las cuales promovieron una comunicación cercana dando como resultado una mejor información en base al modelo del manejo de los síntomas el cual cuenta con validez y confiabilidad reduciendo la posibilidad de respuestas subjetivas.

Para evitar los sesgos de memoria, el estudio tomó los casos ocurridos y que se encontraban en el hospital entre enero a abril del 2018 con el fin de prescindir información errada por parte de los participantes a causa de olvidos. Además, se tuvo en cuenta que un evento de síndrome coronario agudo es trascendental en la cotidianidad de una persona por tanto es difícil de olvidar.

7.6.3 Sesgo de confusión. Los sesgos de confusión se controlaron al contar con un diseño metodológico estructurado y con bases de datos donde se incluyeron todas las variables que se van a evaluar previo al planeamiento de la investigación.

7.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio está fundamentado bajo los lineamientos de la resolución 8430 de 1993, la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud⁽⁷⁰⁾. Se consideró que es una investigación que se clasifica

dentro de la categoría “Investigación sin riesgo”⁽⁷⁰⁾, puesto que se aplicó un instrumento que determina la percepción de los síntomas en las mujeres que padecieron Síndrome coronario agudo. La información recolectada se manipulo exclusivamente por los investigadores, proporcionando la información necesaria a la persona investigada cuando esta lo solicite. Se debe tener presente que, si en el análisis de los datos se encontraba alguna anomalía en el estado de salud de la persona investigada, esta era informada inmediatamente, con el fin de controlar o solucionar el problema.

Además, se tuvo en cuenta los principios de la declaración Helsinki como lo son el consentimiento informado⁽⁷¹⁾, pues la persona investigada conoció el objetivo de la investigación y así mismo decidiría si participaba o no en esta. También se mantuvo la integridad y dignidad de la persona investigada, puesto que el estudio es de riesgo mínimo. Es importante aclarar que las personas que desearan participar en el estudio no tendrían que incurrir en algún tipo de aporte de tipo económico, ya que en el presupuesto estaban evaluados todos los gastos posibles para que la investigación sea exitosa.

En la presente investigación se tuvo en cuenta los principios consignados en la ley 911 de 2013, el código deontológico de Enfermería y la ley 266, de los principios específicos de la profesión de enfermería, como lo son:

El principio de beneficencia y no Maleficencia: Ya que en la realización de este estudio siempre se tuvo como prioridad el bienestar de la persona estudiada y por ningún motivo se realizaron acciones que pudieran atentar contra su integridad o salud.

Justicia: Este principio se ve evidenciado en el momento en que cada individuo tuvo las mismas oportunidades para ser partícipe del estudio y además conocería todo lo relacionado con este, su papel dentro y que actividades se le realizarían.

Autonomía: las participantes del estudio firmaron un consentimiento informado, en el cual aceptaban hacer parte de la investigación, y permitían utilizar la información recolectada con fines educativos e investigativos, así mismo, tenían derecho, en cualquier momento, a desistir de la investigación.

Privacidad y confidencialidad: se garantizó salvaguardar la identidad de las participantes en el estudio, por esta razón el instrumento de recolección de la

información no llevó datos personales como nombre ni documento de identificación ⁽⁷²⁾.

El aporte de esta investigación a la Universidad Surcolombiana se dirigió a fortalecer y enriquecer los procesos de aprendizaje acerca de la importancia en Salud cardiovascular y como tiene sus variantes respecto a la presentación de sus signos y síntomas, de este modo se contribuye al aumento de investigaciones para alcanzar la acreditación del programa de enfermería e institucional.

Gracias a esta investigación, el Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo, podrá reforzar los conocimientos del personal encargado de la atención integral de los usuarios que presenten Síndrome Coronario Agudo, en pro de una atención y diagnóstico oportuno. Se constató con la Institución un acuerdo de confidencialidad con la información adquirida en la investigación siendo solo para uso educativo y científico, no se reveló ningún tipo de información personal a menos que el participante lo demandara.

Los enfermeros en formación se beneficiaron con esta investigación, pues es requisito obligatorio para adquirir el título profesional; además, afianzó sus capacidades en la búsqueda bibliográfica, redacción científica, estadística y metodología investigativa, fortaleciendo el pensamiento crítico en el área de la salud, profundizando en el reconocimiento de síntomas de SCA y la percepción que las personas tienen acerca de ellos.

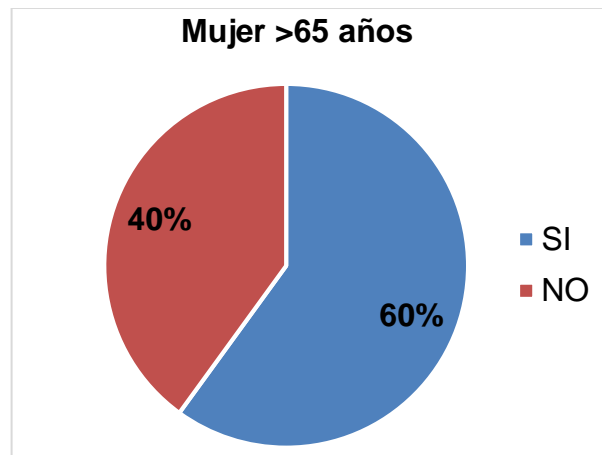
Se buscó que en esta investigación primara la integridad de las personas que participaron, dando a conocer cada uno de los procedimientos llevados a cabo y buscando el bienestar de ellas. En el caso de que se vulnera la susceptibilidad física o psicológica de las personas participantes la investigación sería suspendida, tal como se dicta en la guía de buenas prácticas clínicas⁽⁷³⁾.

8. RESULTADOS

En esta investigación participaron 81 mujeres con diagnóstico confirmado de Síndrome Coronario Agudo que se encontraban en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva durante el periodo de enero a abril del 2018, las cuales brindaron su aprobación libre e informada en la participación del estudio. Por lo cual, se les aplicó dos instrumentos; el primero de ellos evaluó las características sociodemográficas y factores de riesgo, el segundo instrumento de la doctora Céspedes mide la experiencia del síntoma que se divide en las dimensiones de: percepción, evaluación y respuesta⁽²⁵⁾.

8.1 SOCIODEMOGRÁFICOS

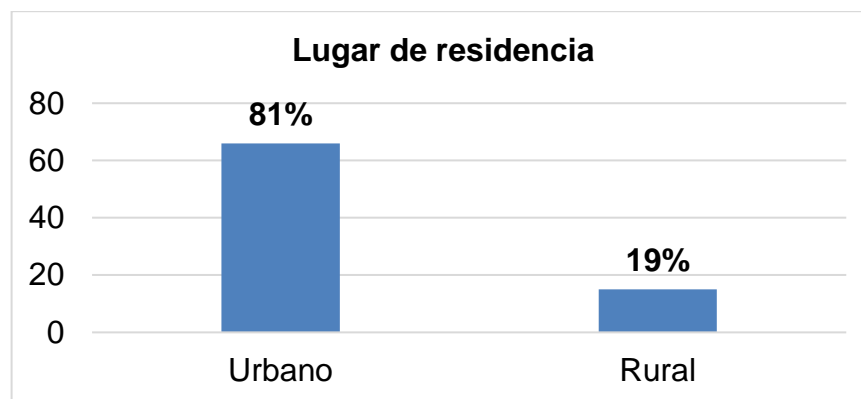
Figura 2. Mujeres mayores de 65 años.



Fuente: Resultados de la Investigación.

La edad media de las mujeres del estudio es de 71 años, registrando una edad mínima de 50 años y máxima de 71 años. Adicionalmente el 60% de las mujeres es mayor de 65 años.

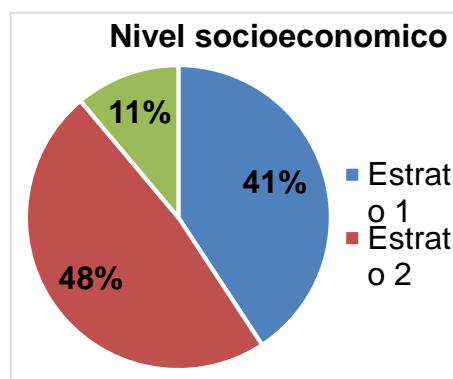
Figura 3. Lugar de residencia



Fuente: Resultados de la Investigación.

Producto de esta investigación se detectó que 8 de cada 10 mujeres viven en la zona urbana de su municipio, mientras que 2 de cada 10 viven en la zona rural.

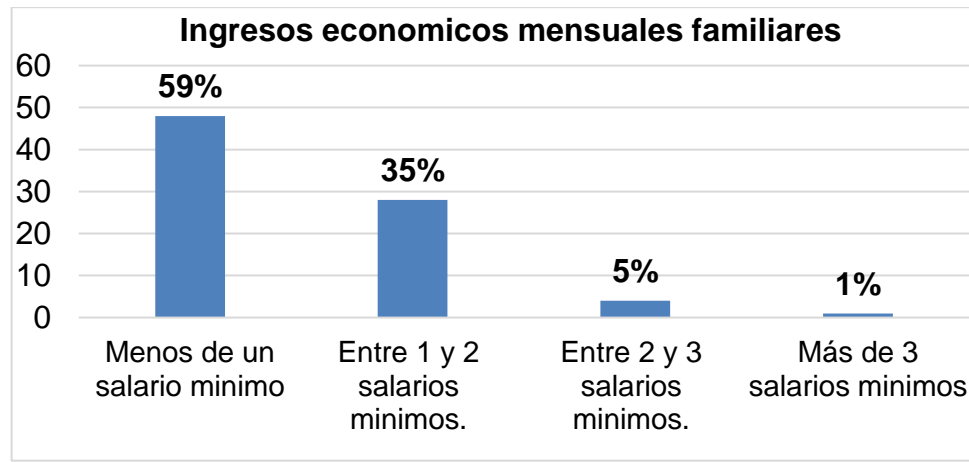
Figura 4. Nivel socioeconómico



Fuente: Resultados de la Investigación.

El 89% de las participantes del estudio pertenecen al estrato 1 y 2 (nivel socioeconómico bajo-medio). Mientras que el 11% restante pertenece al estrato 3 (nivel medio). Por lo que todas las mujeres pertenecen al estrato bajo y medio.

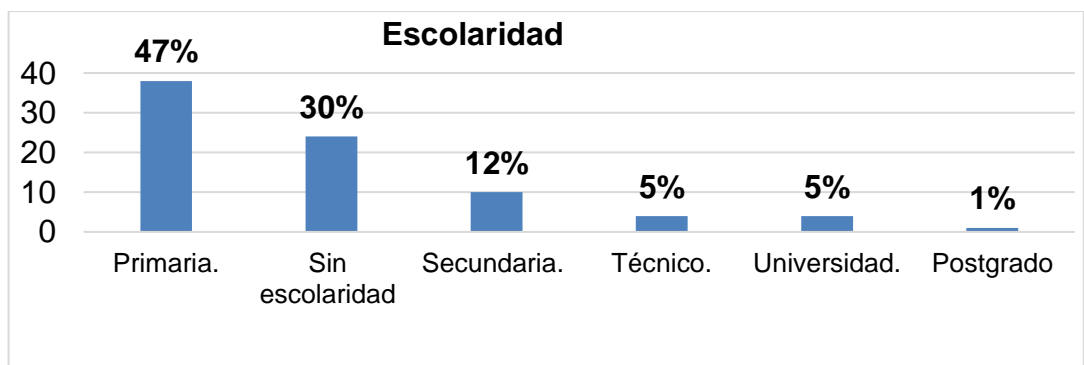
Figura 5. Ingresos económicos mensuales familiares.



Fuente: Resultados de la Investigación.

Las participantes del estudio en su mayoría (59%) recibe menos de 1 salario mínimo mensual y el 35% recibe entre 1 y 2 salarios, esto se relaciona directamente con la gráfica anterior que demuestra que los estratos 1 y 2 (Bajo-Medio) son predominantes en la población. Mientras que el 6% recibe más de 2 salarios mínimos mensuales que se reflejan en el 11% que se ubica en estrato 3.

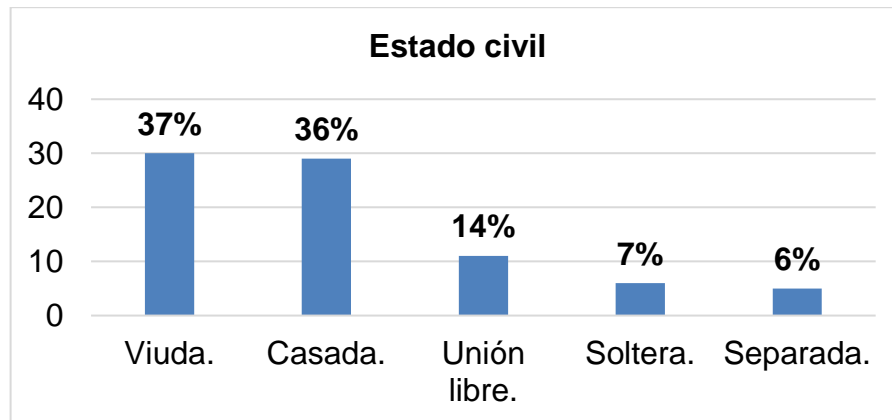
Figura 6. Escolaridad



Fuente: Resultados de la Investigación.

Cerca de la mitad de las participantes tiene escolaridad primaria con un 47%, adicionalmente el 30% de las mujeres no tiene escolaridad, dato relevante pues no recibieron educación básica.

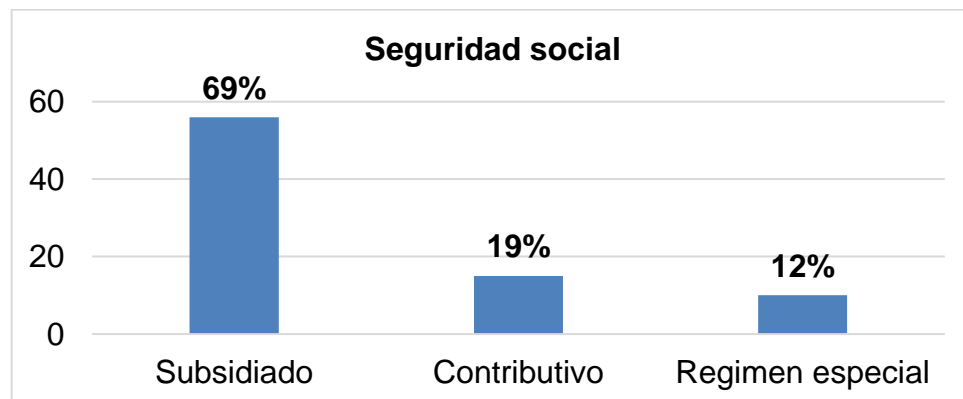
Figura 7. Estado civil



Fuente: Resultados de la Investigación.

En su mayoría las participantes del estudio son viudas (37%) esto se relaciona con la edad que estas tienen, también es de importancia que el 36% mujeres son casadas lo que implica una relación de ocupación y de rol de cuidadora.

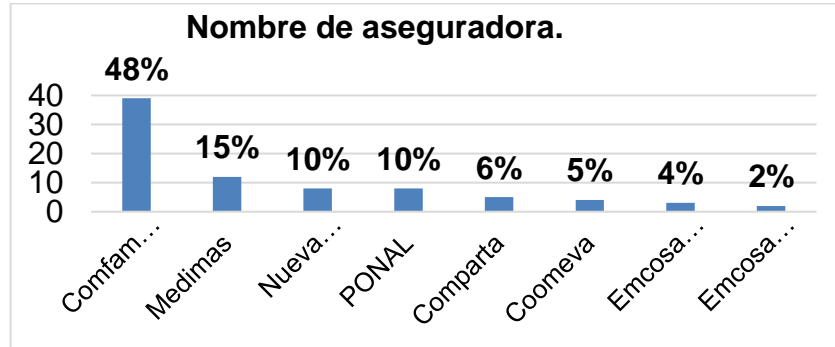
Figura 8. Seguridad social



Fuente: Resultados de la Investigación.

El régimen subsidiado es el que predomina (69%) en las participantes, Lo anterior tiene concordancia con las características de la población objeto del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

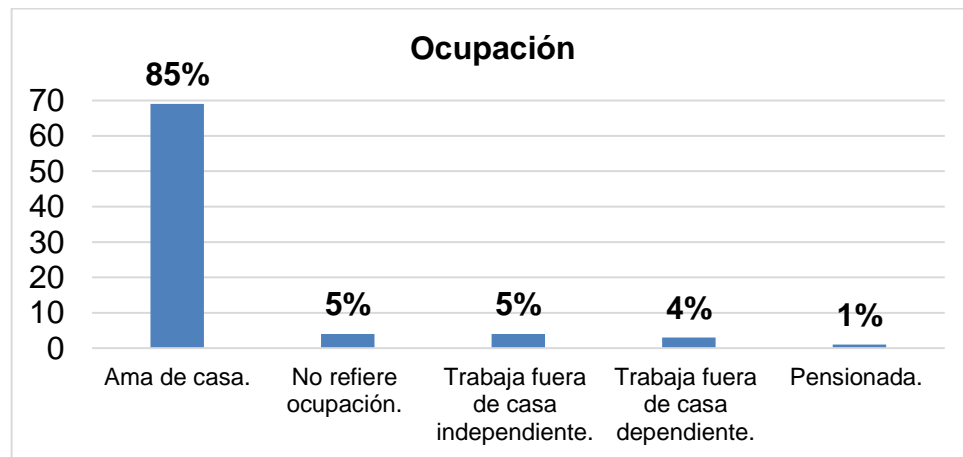
Figura 9. Nombre de la aseguradora



Fuente: Resultados de la Investigación.

La EPS Comfamiliar es la de mayor frecuencia (48%) entre las aseguradoras de las participantes en el estudio, esto debido a la contratación directa que tiene el HUHMP con esta EPS por tener gran cantidad de personas en el régimen subsidiado.

Figura 10. Ocupación

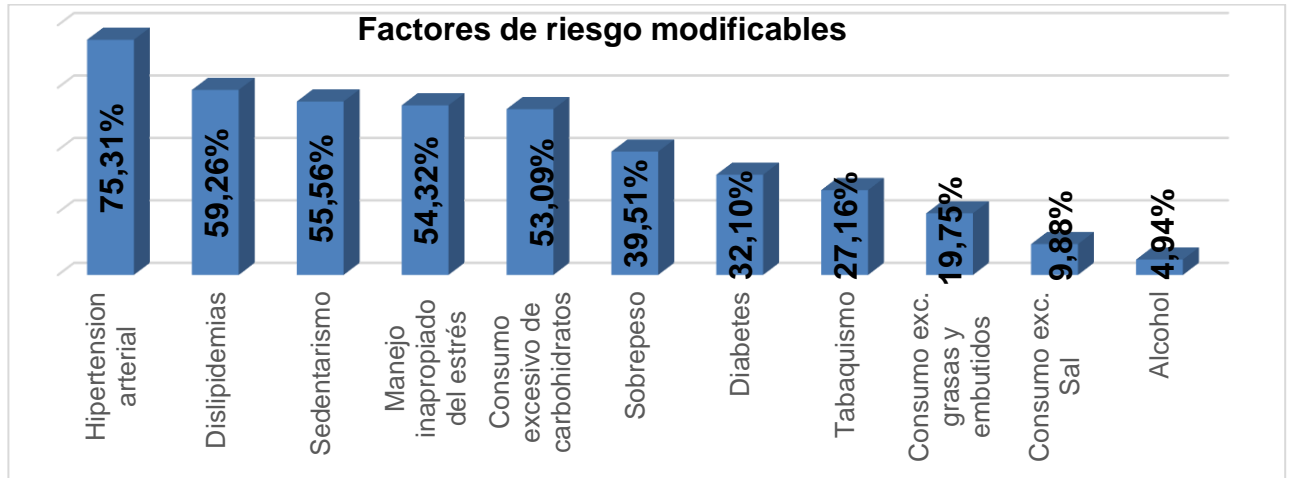


Fuente: Resultados de la Investigación.

En su mayoría (85%) las participantes se dedican al hogar esto tiene concordancia con el grado de escolaridad que estas tienen pues en su mayoría solo hicieron la primaria seguido de que no tienen nivel de escolaridad, confirmando el rol de cuidadoras de estas mujeres.

8.2 FACTORES DE RIESGO

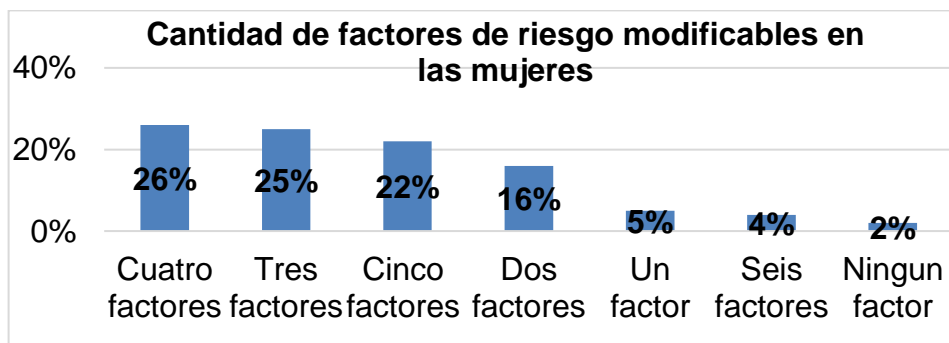
Figura 11. Factores de riesgo modificables



Fuente: Resultados de la Investigación.

El factor de riesgo modificable que más se presentó fue la hipertensión arterial pues 7 de cada 10 participantes la padecían. Seguido de las dislipidemias con 59,26%. Después se sitúa sedentarismo, manejo inapropiado del estrés y consumo excesivo de carbohidratos con el 55,56%, 54,32% y 53,09% respectivamente, lo anterior indica que más de la mitad de las mujeres presentaron estos 5 factores de riesgo modificables mencionados.

Figura 12. Cantidad de factores de riesgo modificables

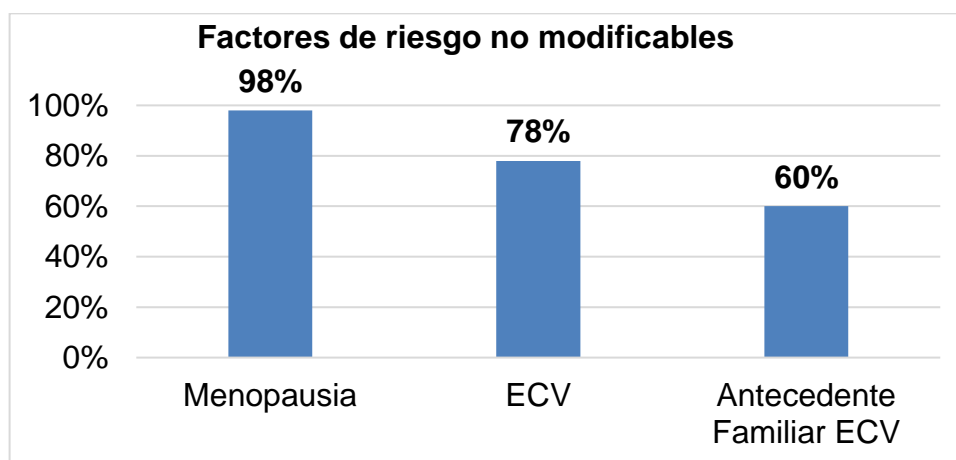


Fuente: Resultados de la Investigación.

Se obtuvo como resultado que el 73% de las participantes padecía de 3 a 5 factores de riesgo. Seguido 21% por quienes tenían de 1 a 2 factores de riesgo. Luego 4% las que presentaron 6 factores de riesgo, y por último el 2% no presentó ningún factor de riesgo.

Lo anterior muestra como la mayor cantidad de las participantes del estudio presentaron de 3 a 5 factores de riesgo modificables, la cual es una cifra alarmante, ya que al tener una mayor cantidad de factores de riesgo aumenta la probabilidad de presentar algún tipo de evento coronario. Además, al ser factores de riesgo modificables son en gran medida prevenibles y depende directamente del compromiso de cada mujer con su salud.

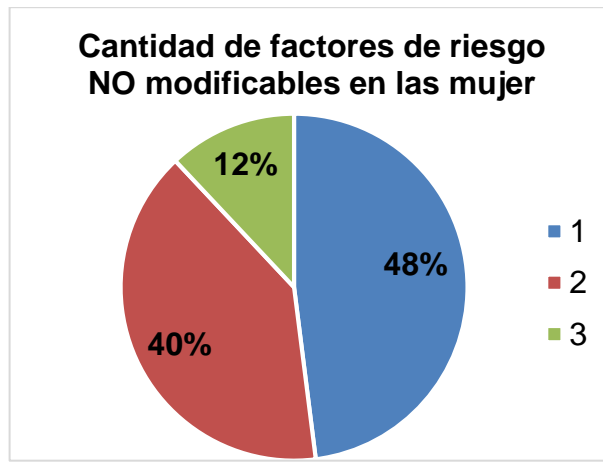
Figura 13. Factores de riesgo no modificables



Fuente: Resultados de la Investigación.

La mayoría de participantes con síndrome coronario agudo presentaban factores de riesgo no modificables, principalmente Menopausia en casi la totalidad de ellas, Enfermedad cardiovascular preexistente, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular y edad avanzada en la mayoría.

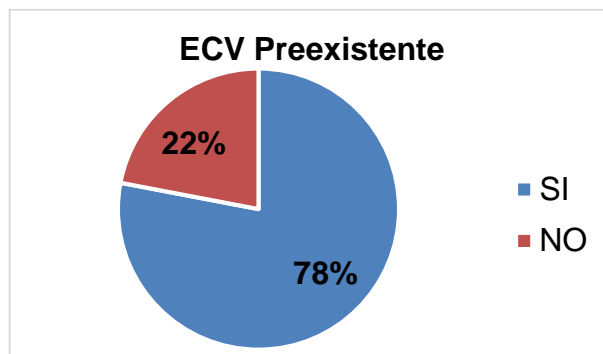
Figura 14. Cantidad de factores de riesgo modificables



Fuente: Resultados de la Investigación.

Más de la mitad de las participantes (88%) presentan más de 2 factores de riesgo no modificables para SCA, y sólo el 12% presentan un factor de riesgo no modificable, lo cual las hizo más propensas a sufrir el evento cardiovascular por no poder hacer algo por estos factores de riesgo.

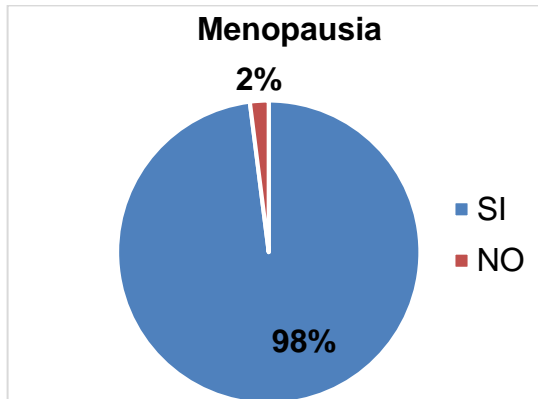
Figura 15. Enfermedad cardiovascular preexistente



Fuente: Resultados de la Investigación.

La mayoría de las participantes (78%) que presentaron Síndrome Coronario Agudo, tenían una patología cardiovascular preexistente, un factor de riesgo no modificable que aumenta las posibilidades de presentar SCA.

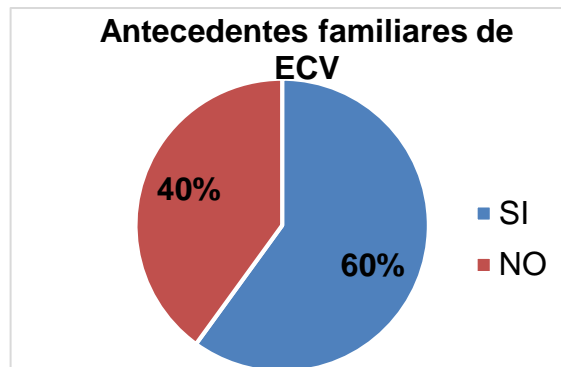
Figura 16. Menopausia



Fuente: Resultados de la Investigación.

El mayor porcentaje de las participantes (98%) que presentaron Síndrome Coronario Agudo, se encontraba en estado menopaúsico, lo cual es un factor de riesgo no modificable que predispone altamente a las mujeres para presentar la patología.

Figura 17. Antecedentes de enfermedad cardiovascular

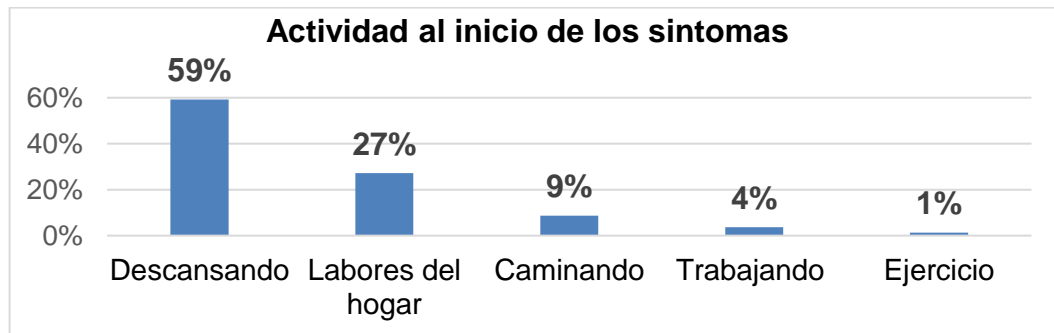


Fuente: Resultados de la Investigación.

Más de la mitad de las participantes del estudio (60%) que presentaron Síndrome coronario Agudo, tenían antecedentes de enfermedad cardiovascular en su familia, un factor de riesgo no modificable que predisponen a la enfermedad.

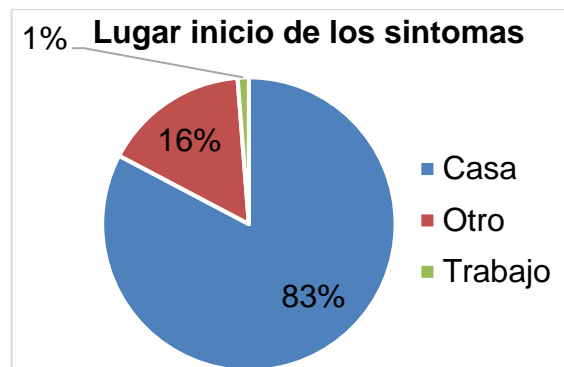
8.3 LUGAR Y ACTIVIDAD AL INICIO DE LOS SÍNTOMAS

Figura 18. Actividad al inicio de los síntomas



Fuente: Resultados de la Investigación

Figura 19. Lugar de inicio de los síntomas

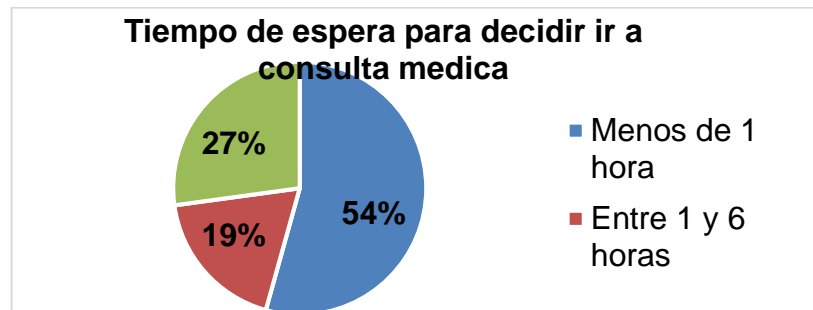


Fuente: Resultados de la Investigación.

El 83% de las participantes presentaron los síntomas en la casa, el 59% se encontraban descansando y el 27% realizando labores del hogar; esto se complementa cuando las mujeres especifican la actividad que estaban haciendo en el momento en que iniciaron los síntomas resultando un 31% de estas mujeres acostadas, el 27% se encontraban haciendo labores del hogar como barrer, cocinar, doblar ropa, limpiar polvo, planchar ropa, trapear, lavar ropa y 18% solo estaban sentadas.

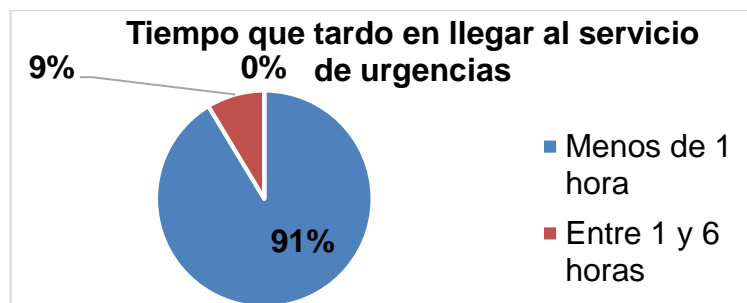
8.4 TIEMPOS DE DEMORA

Figura 20. Tiempo de espera para ir a consulta médica



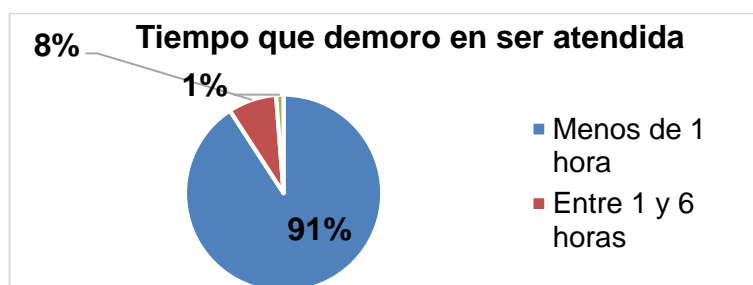
Fuente: Resultados de la Investigación.

Figura 21. Tiempo que tardó en llegar a urgencias



Fuente: Resultados de la Investigación.

Figura 22. Tiempo que demora en ser atendida

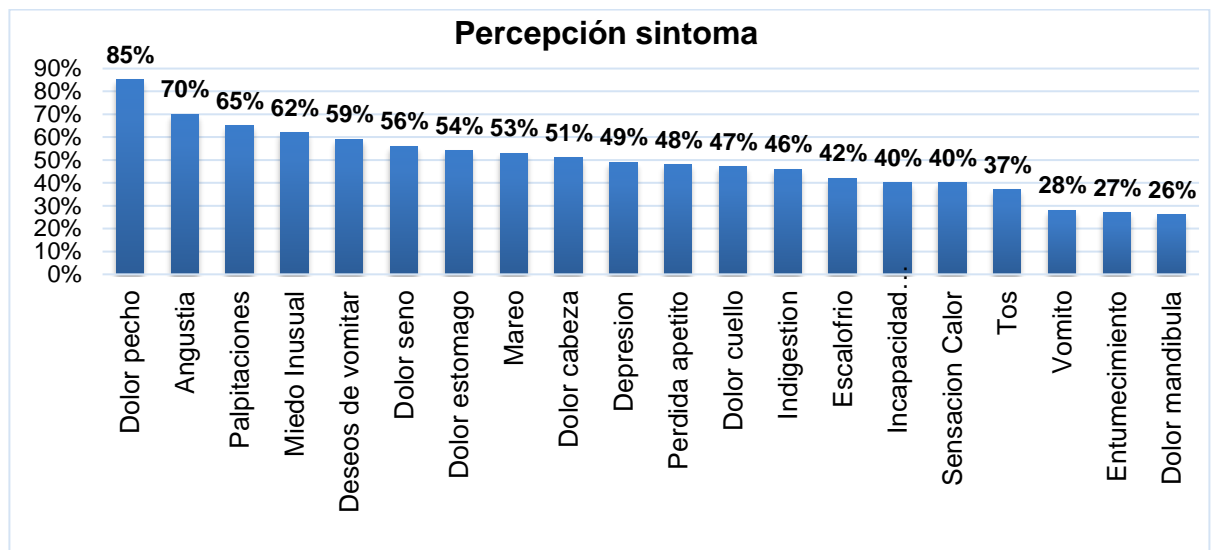


Fuente: Resultados de la Investigación.

Con respecto a la distribución de las variables de tiempo, en este estudio se encontró que el tiempo que decidieron esperar para ir a consulta médica las participantes una vez iniciados los síntomas fue menos de 1 hora con 54% y un 27% decidió ir a consulta médica luego de más de 6 horas desde que iniciaron los síntomas, una vez tomada la decisión de solicitud de ayuda las mujeres demoraron menos de una hora en llegar al servicio de urgencias, con un 91% al respecto; una vez que las pacientes llegan para recibir atención, la demora en la fase hospitalaria es menos de una hora, 91%.

8.5 PERCEPCIÓN DE LOS SÍNTOMAS

Figura 23. Percepción de los síntomas



Fuente: Resultados de la Investigación.

El 85% de las participantes del estudio presentaron dolor o molestia en cualquier parte del pecho previo al SCA, siendo este uno de los síntomas más característicos del evento, y lo que confirma junto con otros estudios que este síntoma está presente en la mayoría de las participantes. Adicionalmente otro síntoma típico que se presentó en el 65% de las mujeres entrevistadas fueron las palpitaciones fuertes previas al evento de SCA, estas manifestaban que sentían que el corazón se les salía. El 56% de las mujeres entrevistadas presentaron dolor o molestia debajo del seno, originado principalmente por el dolor o molestia en el pecho.

El 70% de las participantes refirió sentir angustia como síntoma durante el inicio del SCA, por intranquilidad o sensación desagradable de los otros síntomas presentados y que no podían asociar a una enfermedad específica, adicionalmente aquellas participantes que presentaron miedo inusual (62%) fácilmente podrían desarrollar este síntoma.

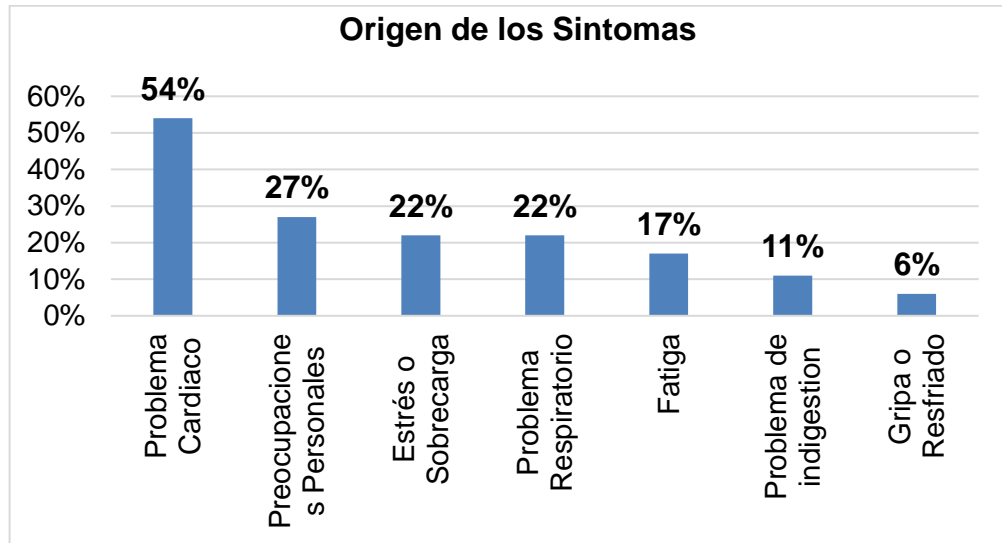
La mayoría de las participantes con un 62% que presentaron SCA tuvieron como síntoma miedo inusual, asociado al conjunto de síntomas presentado por cada una, lo que hizo aumentar su preocupación por su estado de salud por tener sensación de que algo malo ocurre en ellas.

El 59% de las participantes presentaron náuseas o ganas de vomitar previo al SCA, lo que confirma junto con otros estudios a este síntoma como atípico del evento mencionado en la mujer, pues se ve evidenciado en el cortejo vegetativo que es un cuadro clínico que se puede asociar al SCA por la reacción vaso-vagal junto con el 53% de las pacientes encuestadas que presentaron Mareo, relacionado con la alteración de la actividad del corazón reflejada en una mala irrigación, evento que también se encuentra dentro del cortejo vegetativo, por consiguiente, se podrían establecer como síntomas atípicos ya que se presenta en la mayoría de las mujeres con SCA

El 54% de las participantes entrevistadas presentaron dolor o molestia en la boca del estómago sumado al 54% de las mujeres entrevistadas presentaron indigestión previa al evento de SCA y al 52% de las pacientes entrevistadas sintieron pérdida del apetito pre evento coronario, que se asocian a la gran mayoría de las mujeres que se inclinaron por la sospecha de un problema digestivo.

8.6 ORIGEN DE LOS SÍNTOMAS

Figura 24. Origen de los síntomas



Fuente: Resultados de la Investigación.

El 54% de las mujeres encuestadas creyeron que el origen de los síntomas presentados era un problema cardíaco, ya que la mayoría de ellas presento dolor torácico (85%) y palpitaciones (65%), un síntoma típico para SCA.

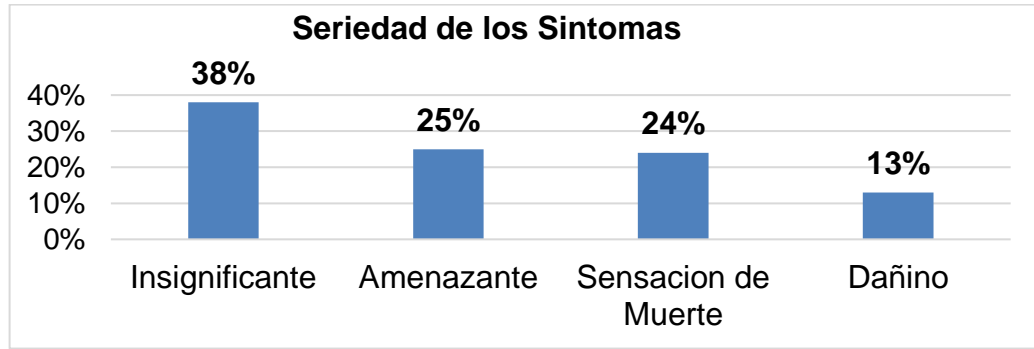
El 27% de las mujeres creyeron que el origen de los síntomas presentados era preocupaciones personales, esto puede asociarse a que la mayoría presentaron síntomas atípicos como angustia, depresión, miedo.

El 22% de las mujeres asociaron los síntomas presentados con un problema respiratorio, ya que algunas de ellas presentaron tos, que es un síntoma atípico para SCA.

Tan sólo el 11% de las pacientes encuestadas asociaron los síntomas presentados a un problema de estómago, al presentar síntomas atípicos como nauseas, vomito, dolor en la boca del estómago, pérdida del apetito e indigestión.

8.7 SERIEDAD DE LOS SÍNTOMAS

Figura 25. Seriedad de los síntomas

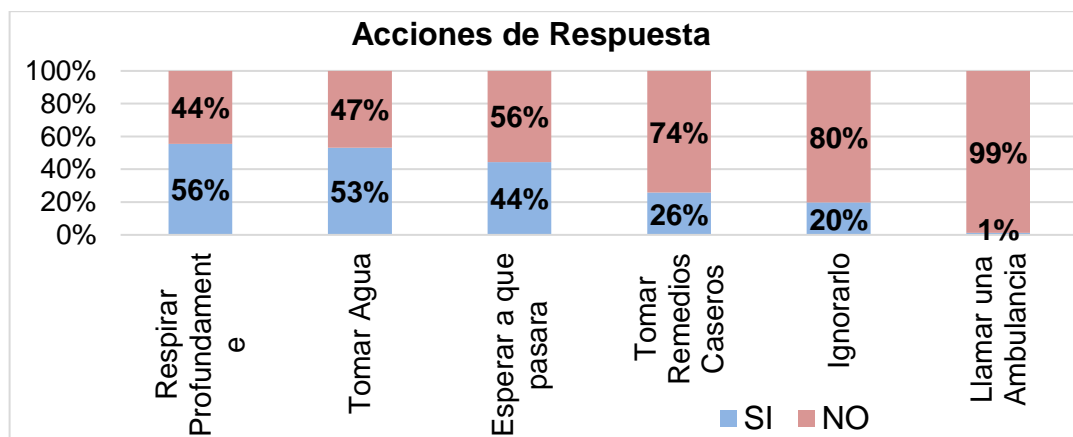


Fuente: Resultados de la Investigación.

Se encontró que para aproximadamente 4 de cada 10 mujeres que presentaron SCA los síntomas presentados al inicio de los síntomas era insignificante, estadística que es alarmante debido a la relevancia del SCA y las consecuencias de minimizar su importancia.

8.8 ACCIONES DE RESPUESTA

Figura 26. Acciones de respuesta



Fuente: Resultados de la Investigación.

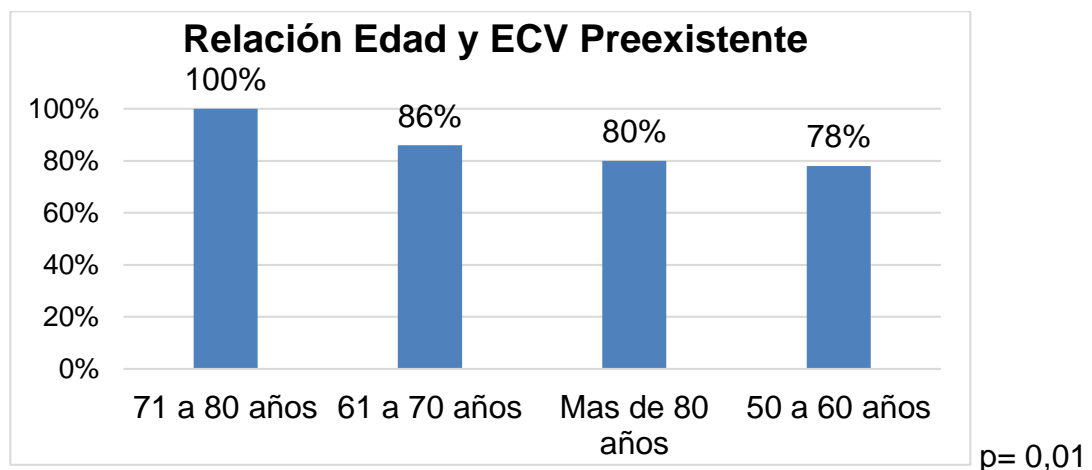
La mayoría de las mujeres que presentaron SCA (56%) como respuesta ante los síntomas decidieron respirar profundamente esperando que cesaran estos mismos, seguido de tomar agua (53%). Adicionalmente 4 de cada 10 mujeres decidieron esperar a que pasaran los síntomas y 2 de cada 10 respondieron con ignorar lo que les sucedía. Respuestas nada favorables para la situación que estaban presentando, pues ninguna de estas frenaría el SCA.

8.9 ANÁLISIS EXPLORATORIO

La asociación entre variables dependientes e independientes fue un análisis exploratorio que se llevó a cabo, producto de los resultados importantes que aportan a la disciplina; los cuales vale la pena verificar si los resultados son reales para futuros estudios con tamaño de muestras mayores. Aunque no estaban planteados en los objetivos se hicieron estas asociaciones que son importantes para el trabajo y para la profesión.

A continuación, se presentarán los análisis más relevantes desarrollados en el contexto de las variables que influyen en el fenómeno de respuesta ante la experiencia del síntoma.

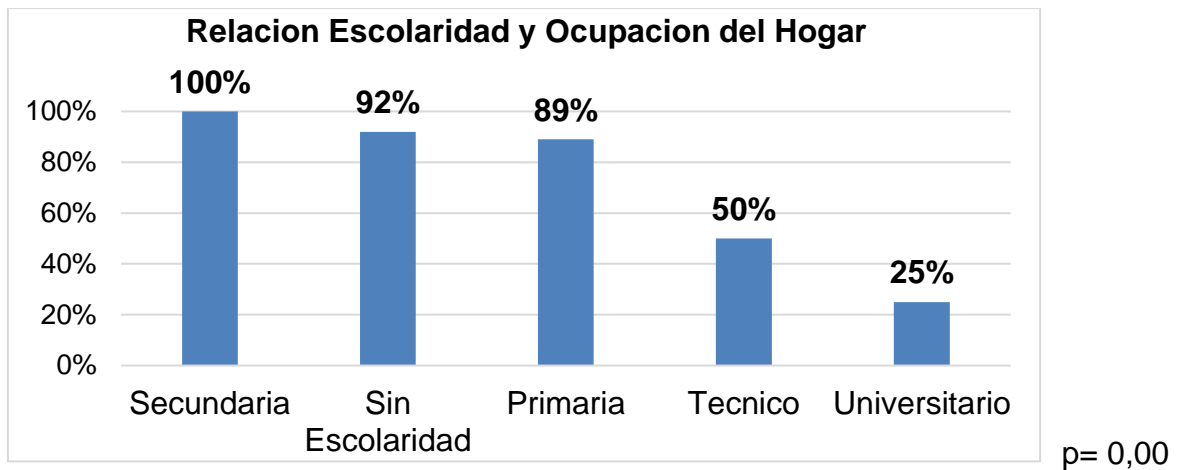
Figura 27. Relación de edad con Enfermedad Cardiovascular Preexistente



Fuente: Resultados de la Investigación.

Todas las participantes del estudio que tenían edad en el rango de 71 a 80 años eran poseedoras de al menos una enfermedad cardiovascular preexistente. Así mismo, del grupo de edad de los 61 a los 70 años, 8 de cada 10 mujeres tenían una enfermedad cardiovascular preexistente. Y los grupos de edad de 50 a 60 años con aquellas que tenían más de 80 años aproximadamente el 80% de estas también tenía una enfermedad cardiovascular preexistente, lo cual nos confirma que la edad avanzada es un factor de riesgo no modificable para el SCA, sumado a la estadística p que nos indica que la edad en las mujeres realiza un cambio significativo en la presencia de enfermedad cardiovascular preexistente.

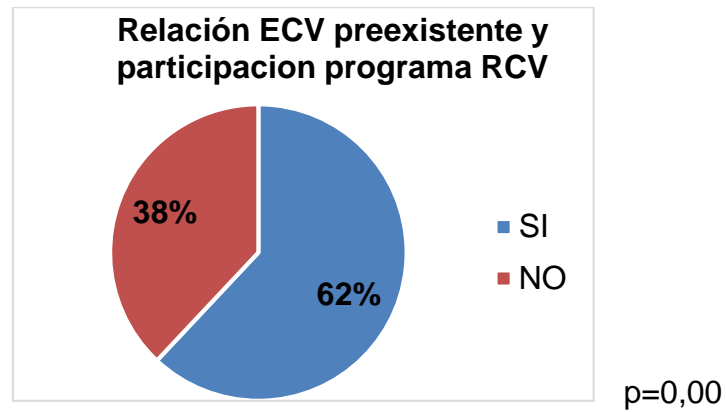
Figura 28. Relación dolor torácico con un problema cardiaco



Fuente: Resultados de la Investigación.

El 100% de las participantes que cursaron secundaria también tienen como ocupación las labores del hogar, cercano al 92% de aquellas que no tienen escolaridad y tienen la misma ocupación, mientras que el 89% que cursaron primaria también cursan la misma profesión de amas de casa, por lo cual tener una escolaridad inferior al bachillerato o secundaria hace que las mujeres se dediquen más al hogar y sean más propensas a desarrollar SCA. El valor de p menor a 0,05 nos indica que la escolaridad en las mujeres realiza un cambio significativo en la ocupación de estas.

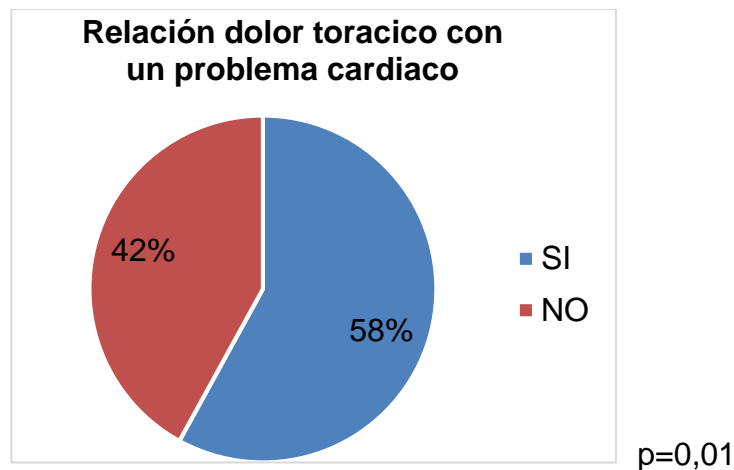
Figura 29. Relación ECV preexistente y participación programa RCV



Fuente: Resultados de la Investigación.

La mayoría de las mujeres con enfermedad cardiovascular preexistente (62%) participaban o participan del programa de riesgo cardiovascular, pero el 38% no asistían a estos programas de riesgo cardiovascular, lo que probablemente aportó para que desencadenara en ellas el SCA. El valor de p menor a 0,05 nos indica que tener una enfermedad cardiovascular preexistente en las mujeres realiza un cambio significativo en la participación o no al programa de riesgo cardiovascular, es decir hay una relación entre tener una ECV preexistente y participar en el programa de RCV.

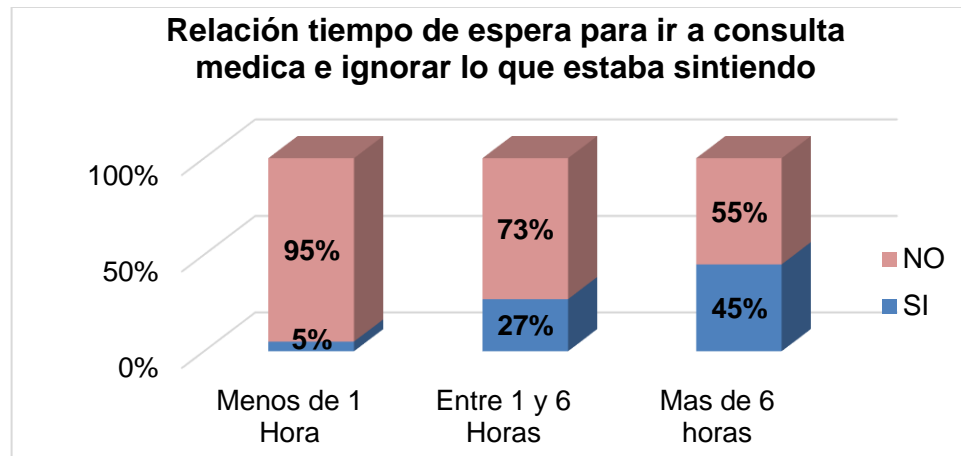
Figura 30. Relación dolor torácico con un problema cardiaco



Fuente: Resultados de la Investigación

De las mujeres que presentaron como síntoma de inicio dolor torácico, el 58% creyó que la causa de lo que estaba sintiendo era un problema cardiaco, es decir, la mayoría de las mujeres relacionaron el dolor torácico con un problema cardiaco debido a que este síntoma es típico del SCA.

Figura 31. Relación dolor torácico con un problema cardiaco



Fuente: Resultados de la Investigación.

De aquellas participantes que decidieron ir a consulta médica en menos de 1 hora en decidir ir a consulta médica, el 95% no ignoraron los síntomas, es decir, casi la totalidad de las participantes que no ignoraron lo que estaban sintiendo acudieron a consulta médica en menos de una hora.

Así mismo, de las participantes que demoraron entre 1 y 6 horas en acudir a consulta médica el 73% no ignoraron los síntomas. Pues la mayoría no ignoraron los síntomas y acudieron entre 1 y 6 horas a consulta médica.

Gran diferencia con las participantes que se demoraron más de 6 horas en decidir ir a consulta médica, pues el 45% lo que hicieron ante estos síntomas fue ignorarlos.

El valor de P indica que ignorar los síntomas hace un cambio significativo en el tiempo que espera para ir a consulta médica, hay significancia estadística por lo tanto se relaciona la presencia de una de las variables con la otra.

9. DISCUSIÓN

El rango de edad entre 50 a 70 años es el que predomina, pues en este rango están ubicadas 53 de las 81 mujeres que fueron entrevistadas, la mayoría de ellas viven en la zona urbana de sus municipios (81%), lo que se adapta a la situación del país, pues el Centro de estudios urbanos (CEUS) de la facultad de ciencias políticas y gobierno de la universidad del Rosario, publicó que en Colombia el 74% de la población habita en zona Urbana⁽⁷⁴⁾. A raíz de los resultados del instrumento se obtuvo que los estratos socioeconómicos que predominan son el 1 y el 2 que se relaciona con la población objeto que atiende el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, que en su mayoría pertenecen al régimen subsidiado.

Es importante resaltar que la mayoría de las mujeres tienen como grado de escolaridad primaria completa, esto coincide con el Boletín del Censo para el año 2010 correspondiente al departamento del Huila en donde aparece que la mayor parte de la población Huilense (46,6%) solo terminó la primaria⁽⁷⁵⁾.

Con relación a los factores de riesgo modificables en la investigación se evidenció que la mayor cantidad de mujeres presentaron de 3 a 5 factores, con mayor proporción la HTA, dislipidemias y el sedentarismo. Sin embargo, dentro de dichos factores modificables de las patologías crónicas quien se destaca es la hipertensión arterial, ya que es la que se presenta en mayor proporción, superando la diabetes mellitus (DM). Lo anterior tiene relación con la AHA, pues menciona que el 60% de las mujeres latinas mayores de 60 años padecen de HTA⁽⁷⁶⁾. También, en un estudio realizado en Bucaramanga en mujeres con SCA, se observa la prevalencia de HTA sobre DM y como estas dos grandes patologías son predisponentes para enfermedades coronarias⁽²³⁾.

El sedentarismo y el sobrepeso se destacan debido a que un factor puede conducir al otro, en este caso, el sedentarismo puede conllevar a que se presente sobrepeso. Esto se relaciona con el gran número de eventos coronarios provocados por dichos factores, ya que según la OMS la inactividad física está detrás de hasta 30% de las cardiopatías isquémicas, es decir, de la angina de pecho y el infarto agudo de miocardio⁽⁷⁷⁾. Así mismo la AHA reporta que las mujeres latinas comparadas con las caucásicas son tres veces más sedentarias, asociado a sus prácticas culturales⁽⁷⁸⁾.

De acuerdo con los resultados, la mayoría de mujeres encuestadas con síndrome coronario agudo presentaban factores de riesgo no modificables, principalmente la

Menopausia con un 97%, Enfermedad cardiovascular preexistente con 78%, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular con un 60% y edad avanzada con un 59%, lo cual se refleja en el artículo publicado por La Asociación Americana del Corazón (AHA) en el cual se determina como factores de riesgo no modificables para SCA el sexo, edad, raza, menopausia, características morfológicas, alteraciones endocrinas y antecedentes patológicos⁽¹⁰⁾.

El instrumento del Modelo conceptual del manejo del síntoma, está constituido por tres dimensiones: Experiencia del síntoma, estrategia del manejo de los síntomas y resultados de los síntomas. En nuestra investigación trabajamos únicamente con la primera dimensión (Experiencia del síntoma) y esta a su vez posee 3 dimensiones internas que son: Percepción de los síntomas, Evaluación de los síntomas y Respuesta al síntoma.

Con relación a la primera dimensión interna se tuvo en cuenta que la revisión bibliográfica confirmaba que las mujeres presentan síntomas diferentes a los hombres en el momento en que ocurre el evento coronario. Pues en los hombres sus síntomas suelen ser más típicos como en el caso del dolor punzante torácico el cual se irradia a miembros superiores, a diferencia de los síntomas en las mujeres que suelen ser atípicos, el dolor torácico en estas suele irradiarse a partes no comunes. Siendo los síntomas atípicos en ellas los que se presentan en la mayoría de casos, suelen relacionarlos con patologías totalmente distintas a la que están presentando. El dolor o molestia presentado en cualquier parte del pecho con un 85% es el síntoma que predomina entre las mujeres entrevistadas con síndrome coronario agudo, este puede confundirse con alguna otra causa como problemas respiratorios, además también se encontró un porcentaje significativo de otros síntomas atípicos, tales como indigestión o deseos de vomitar con un 46% y 59% respectivamente, los anteriores son comúnmente relacionados con problemas estomacales que quizá no necesitan mucha atención. Los síntomas anteriores también fueron encontrados en diferentes estudios como el realizado por López en 2012, donde el síntoma que más se presentó en 63 mujeres entrevistadas fue el dolor en el pecho con 70%, seguido del llamado cortejo vegetativo (vomito, mareo, sudoración, náuseas) con 49,2%. La confusión por los síntomas que se presentan hace que el personal de salud en algunos casos, se incline por patologías ajenas a un evento coronario y no tome en cuenta que en las mujeres los síntomas que surgen son difíciles de asociar con el síndrome coronario agudo.

Con relación a la segunda dimensión interna llamada evaluación del síntoma, esta evalúa conjuntamente la seriedad de los síntomas y el origen de estos. En la seriedad de los síntomas los resultados de la investigación arrojaron que el 37% de las mujeres entrevistadas pensaron que lo que estaban sintiendo era

insignificante quizá por la atipicidad de los síntomas presentados, el pensar que lo que estaban padeciendo era insignificante puede influir en la decisión de ir o no a consulta médica, en el tiempo que ellas tardaron en acudir a un centro hospitalario y como lo mencionamos anteriormente esto influye en el tratamiento oportuno lo que puede aumentar la morbimortalidad a causa de esta patología. Lo anterior se relaciona con lo que las mujeres pensaron que era el origen de los síntomas, pues, aunque más del 50% de las mujeres asociaron lo que estaban sintiendo a un problema cardíaco también existen porcentajes significativos en donde se asociaron los síntomas a estrés o sobrecarga con un 22%, problemas de respiración con un 22% y preocupaciones personales con un 27%.

Respecto a la última dimensión interna llamada Respuesta al síntoma, que evalúa simultáneamente las acciones de respuesta y el tiempo de espera en ir a consulta médica, un 56% de las mujeres decidieron respirar profundamente, un 53% decidieron tomar agua y un 44% decidieron esperar a que se les pasara, pero también llama la atención que un 26% decidieron tomar remedios caseros, es decir, automedicarse puede llegar a empeorar la afección que presentaban, contrastado con lo anterior, el tiempo de demora en este estudio encontró que la variable de tiempo que decidió la mujer para ir a consulta médica una vez iniciados los síntomas fue oportuna, reportando en menos de 1 hora el 54%; a su vez toma relevancia el 46% de estas mujeres que tomaron la decisión de consultar después de la hora e incluso 3 de cada 10 mujeres consultaron con un tiempo superior a 6 horas, estos hallazgos se relacionan con un estudio de Bucaramanga realizado en el 2011 en el cual se reportó que 27 de las 80 mujeres entrevistadas se demoraron menos de 1 hora en decidir ir a consulta médica y 35 de ellas se demoraron más de 6 horas⁽²³⁾, estas variabilidades en los tiempos se vinculan en estudios como el de Soto⁽⁶⁶⁾ en los que se encuentran desde menos de 1 hora hasta más de 48 horas, por lo tanto estos cambios en el tiempo de demora entre el momento que las mujeres experimentan los síntomas y la decisión de ir a consulta médica contribuye al aumento de la morbilidad y mortalidad, debido a que el tiempo es fundamental para el inicio del tratamiento.

10. CONCLUSIONES

Las mujeres con SCA presentan diversidad de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular algunos modificables como la hipertensión arterial, dislipidemias, sedentarismo, manejo inapropiado del estrés y consumo excesivo de carbohidratos y otros no modificables, como la edad, menopausia, enfermedad cardiovascular preexistente y antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular que inciden directamente con la probabilidad de la oclusión de las arterias coronarias y así mismo la aparición de un problema cardíaco.

Este estudio promueve la comprensión del fenómeno de percepción de las mujeres ante los síntomas de SCA, que son síntomas en su mayoría desconocidos para estas y que las llevan a asociar con otras patologías distintas a las mencionadas. Siendo estos síntomas un importante factor que influye en el comportamiento en la búsqueda de atención médica conllevando a la planeación de intervenciones específicas en esta temática.

Este estudio promueve también la comprensión de la respuesta de las mujeres ante los síntomas de SCA, ya que este es un factor predisponente a que se reciba atención más oportuna y mayor adherencia al tratamiento porque entre menor tiempo sea el de consulta por los síntomas mejor será la recuperación ante una enfermedad cardiovascular.

El rol de cuidadora en el hogar, contar con apoyo familiar, conocer los síntomas que abarcan al síndrome coronario agudo y la importancia que tienen estos en la atención oportuna; están relacionados con los tiempos en que deciden las mujeres buscar atención profesional; el cual, si es tardío, puede estar directamente relacionado con complicaciones al recibir una atención inoportuna.

11. RECOMENDACIONES

Actividades de Educación, Intervención y Comunicación a mujeres con y sin factores de riesgo de enfermedad cardiovascular sobre los síntomas del SCA y la importancia de acudir en la primera hora a la IPS para disminuir las complicaciones que se puedan presentar.

Capacitación al personal de salud en general sobre el reconocimiento de síntomas atípicos en las mujeres con SCA, haciendo hincapié en el personal de Triage y urgencias, ya que son en primera instancia los que reciben a la mujer y con esto se lograría llevar a un diagnóstico oportuno y seguro de la patología que se está presentando.

Vincular esta temática dentro de los microdiseños de formación de profesionales de salud; con especial atención en los programas de pre y posgrado de Enfermería, identificando las acciones específicas en cada nivel de atención y lo que se debe hacer para evitar complicaciones.

Plantear un estudio analítico comparando los síntomas presentados en hombres y mujeres con SCA en el departamento del Huila. Es necesario conocer la diferencia entre estos dos grupos y las necesidades que cada uno adquiere al momento de presentar SCA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial para la Salud (OMS). OMS | Enfermedades cardiovasculares [Internet]. Who. 2015. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
2. OMS. Enfermedades Cardiovasculares. Centro de prensa. 2015.
3. World Health Congress of Cardiology and Cardiovascular. El costo de las enfermedades cardíacas en América Latina. In: El costo de las enfermedades cardíacas en América Latina [Internet]. Mexico City; 2016. p. 3. Available from: <https://www.world-heart-federation.org/wp-content/uploads/2017/05/spanish-press-release.pdf>
4. Ministerio de Salud. Analisis de situación de salud (ASIS) Dirección de Epidemiología y Demografía [Internet]. Bogotá; 2015. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdf>
5. Perfetti del Corral M. Estadísticas vitales – EEVV* (Nacimientos, defunciones no fetales y defunciones fetales). Boletín técnico DANE [Internet]. 2016;v6:21. Available from: https://www.dane.gov.co/files/.../bt_estadisticasvitales_2014p-2015p-30-03-2016.pdf
6. Vilches a., Pascual CR. Tratado de geriatría para residentes. Soc Española Geriatría y Gerontol [Internet]. 2007;313–23. Available from: <https://www.segg.es/download.asp?file=media/descargas/TratadoGeriatriaResidentes.pdf>
7. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case control study. Lancet. 2004;364(9438):937–52.
8. Hernández-Hernández R, Silva H, Velasco M, Pellegrini F, Macchia A, Escobedo J, et al. Hypertension in seven Latin American cities: the Cardiovascular Risk Factor Multiple Evaluation in Latin America (CARMELA) study. J Hypertens [Internet]. 2010;28(1):24–34. Available from: <http://interamericanheart.org/images/CARMELAhypertensionENG.pdf>
9. Murga Eizagaechearria N, Pedreira Pérez M, Mazón Ramos P, Alonso García Á. Temas de actualidad en cardiología clínica y extrahospitalaria. Un nuevo proyecto: enfermedad cardiovascular en la mujer. Rev Española Cardiol [Internet].

2006 Jan [cited 2017 Sep 4];59:99–104. Available from: <http://www.revespcardiol.org/es/temas-actualidad-cardiologia-clinica-extrahospitalaria-/articulo/13084453/>

10. Mehta LS, Beckie TM, DeVon HA, Grines CL, Krumholz HM, Johnson MN, et al. Acute Myocardial Infarction in Women: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation* [Internet]. 2016;133(9):916–47. Available from: <http://circ.ahajournals.org/content/early/2016/01/25/CIR.0000000000000351>

11. Campos C, Sala Mercado J. Diferencias relacionadas con el Sexo. *Inst Model Cardiol* [Internet]. 2005;2:19–33. Available from: <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c172/campos.php>

12. Murphy E. Estrogen signaling and cardiovascular disease [Internet]. Vol. 109, *Circulation Research*. 2011. p. 687–96. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3398381/>

13. Luo T, Kim JK. The Role of Estrogen and Estrogen Receptors on Cardiomyocytes: An Overview [Internet]. Vol. 32, *Canadian Journal of Cardiology*. 2016. p. 1017–25. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0828282X15015640>

14. Lopez T. Mujeres y hombres frente al síndrome coronario agudo. *Enfermería en Cardiología* [Internet]. 2012;(57):33–9. Available from: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/57_03.pdf

15. Chen W, Woods SL, Puntillo KA. Gender differences in symptoms associated with acute myocardial infarction: A review of the research. *Hear Lung J Acute Crit Care* [Internet]. 2005;34(4):240–7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147956305000087>

16. Peiró Andrés, Sierra C, Zamorano M, Muñoz A AM. Análisis de las causas de la demora prehospitalaria en el IAM en las mujeres. *Enfermería en Cardiol* [Internet]. 2007;42–43:29–32. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4150124>

17. GAVIRIA A. Colombia enfrenta epidemia de enfermedades cardiovasculares y diabetes [Internet]. Ministerio de salud y la protección social. 2015. p. 6–7. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-enfrenta-epidemia-de-enfermedades-cardiovasculares-y-diabetes.aspx>

18. Secretaria de Salud departamental del Huila. Análisis de situación en salud con el modelo de los determinantes sociales de salud Huila 2016. *Secr salud Dep* [Internet]. 2016;196. Available from: <http://www.huila.gov.co/documentos/2017/saludpublica/ASIS/asis-departamental->

2016-huila.pdf

19. Organización Mundial para la Salud (OMS). OMS | Género [Internet]. Who. 2016. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs403/es/>
20. Mosca L, Jones WK, King KB, Ouyang P, Redberg RF, Hill MN, et al. Awareness, perception, and knowledge of heart disease risk and prevention among women in the United States. American Heart Association Women's Heart Disease and Stroke Campaign Task Force. Arch Fam Med [Internet]. 2000;9(6):506–15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10862212>
21. Millan E, Diaz L. Experiencia del dolor torácico en la mujer con infarto del miocardio. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2009;2:33–42. Available from: <http://scc.org.co/experiencia-de-dolor-toracico-en-la-mujer-con-infarto-del-miocardio/>
22. Milena M. Caracterización de los síntomas de angina en mujeres hospitalizadas en la clínica San Juan de Dios de Cartagena. Univ Nac Colomb [Internet]. 2012; Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/7067/1/539501.2012.pdf>
23. Padilla García CI, Sáenz Montoya X. Respuestas de la mujer frente a los síntomas de Síndrome Coronario Agudo basados en el Modelo Conceptual del Manejo de los Síntomas. Av en Enfermería [Internet]. 2014;32(1):102–13. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n1/v32n1a11.pdf>
24. Rojas Melgarejo E, Higuera Leal SA. Diferencias genotípicas y fenotípicas entre géneros : cardiología de la mujer. Médicas UIS [Internet]. 2011;24(3):265–74. Available from: http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/2841%5Chttp://www.erevistas.csic.es/ficha_articulo.php?url=oai_revista587:77&oai_iden=oai_revista587%5Chttp://connection.ebscohost.com/c/articles/90556604/diferencias-genot-picas-y-feno
25. Céspedes Cuevas VM. Síntomas en la mujer con síndrome coronario agudo: desde las pruebas de validez. Av Enferm. 2012;30(2):25–38.
26. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. J Adv Nurs [Internet]. 2001;33(5):668–76. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11298204>
27. Martínez-Hernández Á. El signo de los cinco. Las semióticas del síntoma y sus olvidos. Intersecc en Antropol [Internet]. 2014;15(2):353–62. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-

373X2014000200005

28. Céspedes-Cuevas VM. Investigación que prueba teoría: Una aproximación desde enfermería cardiovascular. *Aquichan* [Internet]. 2012;12(2):97–108. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-59972012000200002&lng=es&nrm=.pf
29. National Heart lung and blood Institute. ¿Qué es la enfermedad coronaria? - NHLBI, NIH [Internet]. *Enfermedad Coronaria*. 2015 [cited 2017 Sep 24]. Available from: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/cad>
30. Clinica DAM especialidades M. Angina estable [Internet]. 2011 [cited 2017 Sep 24]. Available from: <https://www.clinicadam.com/salud/5/000198.html>
31. Crombet JS, Sánchen ES, Pacheco LB, Sánchez SS. Diagnóstico y tratamiento de la angina inestable aguda e infarto miocárdico sin elevación del segmento ST. *Rev Cuba Investig Biomed* [Internet]. 2010;29(2). Available from: www.bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol29_2_10/ibi11210.htm
32. Federacion Cardiologia de Argentina. Infarto Agudo de Miocardio. Octubre [Internet]. 2007; Available from: <http://www.fac.org.ar/qcvc/publico/ap004/aguilerae.php>
33. Montes LAO, Lugo MG, Izquierdo EV, Enríquez NE, Santos JFQ, Morales LJ, et al. Expresión clínica del síndrome de muerte súbita cardíaca. *Rev Cubana Med* [Internet]. 2011;50(1):16–28. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000100002
34. Organizacion Mundial para la Salud OMS. OMS | Tabaco [Internet]. Tabaco. 2015. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
35. Dr Nicolas Ortega. ¿Qué diferencia existe entre tensión arterial sistólica y diastólica? - Enfermedades [Internet]. Hipertensión . 2017 [cited 2017 Oct 1]. Available from: <https://salud-1.com/enfermedades/diferencia-entre-tension-arterial-sistolica-y-diastolica/>
36. Organización Mundial para la Salud. OMS | Preguntas y respuestas sobre la hipertensión [Internet]. WHO. World Health Organization; 2015 [cited 2017 Oct 1]. Available from: <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
37. American Diabetes Association. Insulina: ADA® [Internet]. Tratamiento y cuidado. [cited 2017 Oct 1]. Available from: <http://www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/tratamiento-y-cuidado/medicamentos/insulina/?referrer=https://www.google.com.co/>

38. Organización Mundial para la Salud OMS. OMS | Diabetes [Internet]. Nota descriptiva No312. 2012. p. 1. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
39. Organización Mundial de la Salud. OMS | Obesidad y sobrepeso [Internet]. 311. 2015. p. 1–4. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
40. OMS. OMS | Alcohol [Internet]. Oms. 2014. p. 1. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
41. Bueno MIC, Pérez AMS, Zayas OG. Climaterio y menopausia [Internet]. Vol. 27, Revista Cubana de Medicina General Integral. 2011. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400013
42. Cortés F. Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico [Internet]. Universidad de Salamanca; 2014 [cited 2017 Nov 26]. Available from: <http://dicciomed.eusal.es/palabra/sintoma>
43. Dra. Carolina Pimentel Fernández*, Dra. Jubitzta Pacussich** DJPC. Enfermedad coronaria en la mujer. Experiencia en 300 pacientes en el hospital nacional arzobispo loayza. Rev Peru Cardiol [Internet]. 2004;133–49. Available from: http://200.62.146.19/BVRevistas/cardiologia/v30_n3/pdf/a02.pdf
44. Robledo JM, Jiménez M, Robledo L. Electrocardiograma. Serv Cardiol del Hosp Virgen la Victoria [Internet]. 2008;1–38. Available from: [http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual de urgencias y Emergencias/ecg.pdf](http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual_de_urgencias_y_Emergencias/ecg.pdf)
45. González DLMO, Camejo DJF, Gilberto D, Torres3 D. Enfermedad coronaria aguda: consideraciones diagnósticas y terapéuticas actuales. Rev Medicas Cuba [Internet]. 2001;14(4):162–75. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol14_4_01/res03401.pdf
46. Salud Creative Commons. Enzimas cardíacas. 2016;2. Available from: <http://salud.ccm.net/faq/932-enzimas-cardiacas>
47. Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Exámenes de sangre [Internet]. CardioSalud. [cited 2017 Sep 24]. Available from: <http://www.cardiosalud.org/corazon-y-salud/estudios/examenes-de-sangre>
48. Obón A. Manejo actual del síndrome coronario agudo Primera parte: infarto del miocardio con onda Q. Rev Costarric Cardiol [Internet]. 2000;2. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-

41422000000300008

49. Coll Muñoz Y, De Jesús F, Carvajal V, González Rodríguez C. Infarto agudo de miocardio. Actualización de la Guía de Práctica Clínica Acute Myocardial Infarction. An Update of the Clinical Practice Guideline. Guía Pract clínica [Internet]. 2016;6(2):170–90. Available from: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000200010
50. Fernandez Mirabal JE. Antiagregantes Plaquetarios. Rev Cubana Med [Internet]. 1977;16(2):71–4. Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/cardiologia/v32_n1/pdf/a03.pdf
51. Fundacion Española del Corazon. Anticoagulación. Anticoagulantes [Internet]. Tratamientos. 2012 [cited 2017 Sep 24]. Available from: <http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/tratamientos/anticoagulante-anticoagulacion.html>
52. Hamm CW, Bassand JP, Agewall S, Bax J, Boersma E, Bueno H, et al. Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del síndrome coronario agudo en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2012;65(2). Available from: www.revespcardiol.org/contenidos/static/avance_guias/Guia2012_3.pdf
53. Cabal VE, Guarnizo M. Enfermería como disciplina. Rev Colomb Enferm [Internet]. 2011;6(6):73–81. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4036648.pdf>
54. Cisneros F. Introducción a Los Modelos Y Teorias De Enfermeria. Popayan [Internet]. 2002;2:16. Available from: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYMo-delosDeEnfermeria.pdf>
55. Raile M, Marriner A. Modelos y Teorías en Enfermería [Internet]. Modelos y teorías en enfermería. 2011. 797 p. Available from: revistas.um.es/eglobal/article/download/258/254
56. A Model for Symptom Management. Image J Nurs Scholarsh [Internet]. 1994;26(4):272–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7829111>
57. Banegas JR, Villar F, Graciani A, Rodríguez-Artalejo F. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en España. Rev Española Cardiol Supl [Internet]. 2006;6(7):3G–12G. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1131358706753249>
58. Blumel JE, Prieto JC, Leal T, Cruz MN, Gallardo L. Cardiovascular risk

factors in mid age women with acute coronary syndromes. Rev Med Chil [Internet]. 2001;129(9):995–1002. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11725480>

59. Heras M. Cardiopatía isquémica en la mujer: presentación clínica, pruebas diagnósticas y tratamiento de los síndromes coronarios agudos [Internet]. Vol. 59, Revista Española de Cardiología. 2006. Available from: <http://www.revespcardiol.org/es/cardiopatia-isquemica-mujer-presentacion-clinica/articulo/13087060/>

60. Zárate A, Saucedo R, Basurto L, Martínez C. La enfermedad cardiovascular como amenaza actual para la mujer adulta mayor. La relación con los estrógenos. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2007;75(5):286–92. Available from: www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom075h.pdf

61. Alonso J, Bueno H, Bardají A, García-Moll X, Badia X, Layola M, et al. Influencia del sexo en la mortalidad y el manejo del síndrome coronario agudo en España. Rev Española Cardiol Supl [Internet]. 2008;8(4):8D–22D. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113135870873560X>

62. Bonet A, Bardají A. Variabilidad en el tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST y sus consecuencias. Rev Esp Cardiol Supl [Internet]. 2011;11(1):8–13. Available from: <http://www.revespcardiol.org/es/variabilidad-el-tratamiento-del-sindrome/articulo/90003529/>

63. Dalmau C, Cesteros P, Maldonado L. Influencia del sexo del paciente en el manejo del síndrome coronario agudo con elevación del ST en los servicios de urgencias. Emergencias. 2011;23:87–92.

64. Cantus DS, Solano C. La cardiopatía isquémica en la mujer. Rev Latino-Am Enferm [Internet]. 2011;19(5):1–9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_25.pdf

65. Kunstmann F. DS, Gainza K. DD. Enfermedad Cardiovascular En La Mujer: Fisiopatología, Presentación Clínica, Factores De Riesgo, Terapia Hormonal Y Pruebas Diagnósticas. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2015;26(2):127–32. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864015000334>

66. SOTO MORALES AM. 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 en Enfermería [Internet]. 2007;(2):58–64. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002007000200006&lang=pt

67. Micolta SGV, Torres ER. "Ahí me aguanté mi dolor". Contexto sociocultural y económico de mujeres con síndrome con coronario residentes en Cali y otros municipios del Valle del Cauca/"There, I endured my pain". Sociocultural and economic context of women with coronary syndrome in. *Enfermería Glob* [Internet]. 2015;14(4):201–16. Available from: scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000400009
68. Burdiat G. Rehabilitación cardíaca después de un síndrome coronario agudo. *Rev Uruguay Cardiol* [Internet]. 2014;29(1):153–63. Available from: www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202014000100019
69. Agudo N, La EN. Comportamiento clínico del síndrome coronario agudo en la mujer. 2016;2(2). Available from: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/640>
70. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Minist Salud y Protección Soc República Colomb [Internet]. 1993;1993(Octubre 4):1–19. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
71. Kong H, West S. Declaracion de helsinki de la asociacion medica mundial Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *Rev Neurológica Argentina* [Internet]. 2001;75–7. Available from: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>
72. Congreso de la republica de Colombia. Ley 911 [Internet]. 2004 p. 15. Available from: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
73. Organización Panamericana para la Salud. GUIA BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: Documento de las Américas [Internet]. 2011. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18627es/s18627es.pdf>
74. Dinero. El 74% de la población colombiana habita en zonas urbanas [Internet]. 25/3/2012. 2012. Available from: <http://www.dinero.com/economia/articulo/el-74-poblacion-colombiana-habita-zonas-urbanas/147272>
75. Ramirez LG, González CH, C AR. Censo General 2005. Dane. 2005.
76. DONADO E. Prevalencia de hipertensión arterial, proporción de hipertensos que lo desconocen y algunos posibles factores de riesgo asociados, en el municipio de Santo Tomás - Atlántico. *Univ Nac Colomb* [Internet]. 2010; Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8780/1/598031.2010.pdf>

77. Muñoz S. Los riesgos del sedentarismo. Salud y Coraz [Internet]. 2016;121. Available from: <http://www.fundaciondelcorazon.com/corazon-facil/blog-impulso-vital/2896-los-riesgos-del-sedentarismo.html>

78. AHA. My Life Check - Life's Simple 7. 5 Oktober 2017 [Internet]. 2017; Available from: http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/My-Life-Check---Lifes-Simple-7_UCM_471453_Article.jsp#.Wmwqo6iWaUI

ANEXOS

Anexo A. Acta de aprobación por el comité de Ética y Bioética HUHMP



COMITÉ DE ÉTICA BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA

ACTA DE APROBACIÓN.

ACTA DE APROBACIÓN N°: 012-003

Fecha en que fue sometido a consideración del comité: 23 de Noviembre del 2017.

Nombre completo del Proyecto: "CARACTERIZACIÓN DE LOS SÍNTOMAS EN MUJERES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO, FUNDAMENTADO EN EL MODELO CONCEPTUAL DEL MANEJO DEL SÍNTOMA"

Enmienda Revisada: Ninguna.

Sometido por: Investigador Brayant Andrade Méndez y Co-investigadores Daniel Santiago Obregón, Laura Marcela Olaya, Paula Manuela Alvarado, Aiza Yulied Mosquera, María Paula Castro, Elisa Andrea Alarcón.

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo constituyó mediante la Resolución N° 875 del 24 de octubre de 2013 el comité de Ética Bioética e Investigación da cumplimiento a la Resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2008, actos administrativos expedido por el Ministerio de la Protección Social, lo mismo que para obedecer lo dispuesto por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.

El Comité de Ética Bioética e Investigación Certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto.
 - a. Resumen del proyecto
 - b. Protocolo de Investigación
 - c. Formato de Consentimiento Informado
 - d. Protocolo de Evento Adverso
 - e. Formato de recolección de datos
 - f. Folleto del Investigador (si aplica)
 - g. Resultado de evaluación por otros comités (si aplica)
 - h. Acuerdo de Confidencialidad para Investigadores
2. El comité consideró que el presente estudio: es válido desde el punto de vista ético, la investigación se considera sin riesgo para las personas que participan. La investigación se ajusta a los estándares de buenas prácticas clínicas.

¡Corazón para servir!

Calle 9 No. 15-25 PBX: 871 5907 FAX: 871 4415 – 871 4440 Call center: 8671425
Correo Institucional: hospital.universitario@huhmp.gov.co
Facebook: ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Twitter: @HUNeiva
www.hospitaluniversitarioneiva.com.co
Neiva - Huila

3. El comité considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos del estudio son las adecuadas.
4. El comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
5. El investigador Principal deberá:
 - a. Informar cualquier cambio que se proponga introducir en el proyecto, estos cambios no podrán ejecutarse sin la aprobación previa del comité de ética bioética e investigación de la Institución excepto cuando sea necesario que comprometa la vida del participante del estudio.
 - b. Avisar cualquier situación imprevista que considere que implica riesgo para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio.
 - c. Poner en conocimiento al Comité de toda información nueva, importante respecto al estudio, que pueda afectar la relación riesgo / beneficio de los sujetos participantes.
 - d. Informar de la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando las causas o razones.
 - e. El investigador se compromete una vez terminado su proyecto en hacer una retroalimentación en el servicio donde realizó la investigación para presentar los resultados del estudio.
 - f. El informe final de la investigación se debe hacer entrega al comité en un plazo máximo de un mes después de terminada la investigación.
 - g. Si el tiempo para el desarrollo del proyecto es más de un año debe presentar un informe anual del proyecto.
 - h. El Investigador se compromete con hacer entrega de un artículo publicado en una revista indexada, refiriendo al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo como entidad participante y patrocinadora de la investigación.
 - i. Si este proyecto avalado va participar en evento académico, informar de manera escrita al Comité de Ética Bioética e Investigación del Hospital UHMP.

Entiendo y acepto las condiciones anteriormente mencionadas por el Comité de Ética.

Nombre Investigador: Brayant Andrade Méndez.


Dra. ANGELA MARIA SALCEDO RESTREPO
Presidente Comité de Ética Bioética e Investigación

¡Corazón para servir!

Calle 9 No. 15-25 PBX: 871 5907 FAX: 871 4415 -- 871 4440 Call center: 8671425
Correo Institucional: hospital.universitario@huhmp.gov.co
Facebook: ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Twitter: @HUNeiva
www.hospitaluniversitarioneiva.com.co
Neiva - Huila

Anexo B. Consentimiento informado

	FORMATO	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACION MEDICA	FECHA DE EMISION NOVIEMBRE DEL 2017
		VERSIÓN: 01
		CÓDIGO: GDI-I-F-003-001B
		PAGINA: 1 DE 2

TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: "CARACTERIZACIÓN DE LOS SÍNTOMAS EN MUJERES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO, FUNDAMENTADO EN EL MODELO CONCEPTUAL DEL MANEJO DEL SÍNTOMA."

INVESTIGADOR PRINCIPAL: BRAYANT ANDRADE MÉNDEZ

SEDE DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO: Urgencias, UCI Adultos, servicio de hospitalización- HOSPITAL UNIVERSITARIO "HUHMP"

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

A usted se le está invitando a participar en el estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

1. **Objetivo del estudio:** Caracterizar los factores de riesgo y la experiencia de los síntomas del Síndrome Coronario Agudo, fundamentado en el modelo conceptual del Manejo del Síntoma, en las mujeres atendidas en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP) de la ciudad de Neiva, durante los meses de enero a mayo del 2018.

2. **Justificación del estudio:** Las estadísticas a nivel mundial reportan como primera causa de morbilidad la enfermedad cardiovascular, acentuada en las mujeres; las cuales presentan unas características específicas que condicionan la presentación de esta patología y sus manifestaciones. La literatura reporta desconocimiento de las características de los síntomas y factores condicionantes para Síndrome Coronario Agudo, generando complicaciones en la salud de las pacientes.

3. **Beneficios del estudio:** El beneficio a corto es lograr identificar las características específicas de la mujer con SCA relacionadas con la percepción, respuesta ante el síntoma y causas de retardo en solicitar atención en salud. Los beneficios a largo plazo, incluyen los conocimientos que se pueden generar en esta investigación y apoyen al personal de Enfermería en fortalecer el cuidado de pacientes con enfermedad cardiovascular, actividades de prevención e identificación oportuna del evento.

4. **Procedimientos del estudio:** Su participación consiste en responder las preguntas relacionadas con sus hábitos y antecedentes patológicos, con el fin de identificar factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. Adicionalmente, leer y diligenciar el instrumento "Instrumento para medir la experiencia del síntoma en la mujer con síndrome coronario agudo" el cual consta de 37 preguntas para responder Si o No, según como usted haya presentado los síntomas. La duración de su participación es aproximada de 30 minutos. El instrumento y el diligenciamiento serán explicados por el investigador.

5. **Riesgos asociados al estudio:** Según la Resolución 8430 de 1993, la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, este proyecto de investigación se clasifica como sin riesgo; debido a que usted solo debe responder un cuestionario.

6. **Aclaraciones:** Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago por su participación.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Si tiene alguna pregunta o si desea alguna aclaración por favor comunicarse con el Enfermero Brayant Andrade al teléfono 3134969727 y con el Enfermero Daniel Santiago Obregón al teléfono 3176703370.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede si así lo desea, firmar el consentimiento informado que forma parte de este documento.

Corazón para Servir!



Calle 9 No. 15-25 PBX: 871 5907 FAX: 871 4415 – 871 4440 Call center: 8671425

Correo Institucional: Hospital.universitario@huhmp.gov.co

Facebook: ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Twitter: @HUNeiva

www.huhmp.gov.co

Neiva - Huila

	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACION MEDICA	
		FECHA DE EMISION NOVIEMBRE DEL 2017
		VERSIÓN: 01
		CÓDIGO: GDI-I-F-003-001B PAGINA: 1 DE 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo, _____ C.C N° _____ de _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria por el investigador que me entrevisto. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, por lo tanto deseo participar voluntariamente en el proyecto de investigación.

 Firma del Participante.
 C.C N° _____

 Firma Del Testigo.
 C.C N° _____

 Nombres y Apellidos del Participante

 Nombre del Testigo

Esta parte debe ser completada por el investigador (o su responsable)

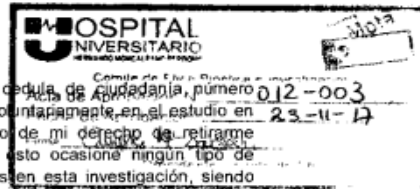
He explicado al Sr.(a) _____ el propósito de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implican su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella (Resolución 8430 de 1993) una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

 Firma del Investigador

 Fecha

DESISTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificado con cedula de ciudadanía número _____ de la ciudad de _____ he participado voluntariamente en el estudio en _____ de mi derecho de retirarme voluntariamente en cualquier fase del desarrollo del estudio, sin que esto ocasione ningún tipo de represalia contra mí, decido a partir de este momento no participar más en esta investigación, siendo expuestos mis motivos de desistimiento a continuación:



Como constancia del desistimiento en la participación de este estudio firman a continuación:

 Firma de la persona que desiste de su participación en el estudio
 CC. _____

Fecha: _____

 Firma de testigo (si aplica)
 CC. _____

Fecha: _____

 Firma de uno de los investigadores
 CC. _____

Fecha: _____

Corazón para Servir!
 Calle 9 No. 15-25 **PBX:** 871 5907 **FAX:** 871 4415 – 871 4440 Call center: 8671425
 Correo Institucional: Hospital.universitario@huhmp.gov.co
 Facebook: ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Twitter: @HUNeiva
 www.huhmp.gov.co
 Neiva - Huila

Anexo C. Autorización para el uso del instrumento

29/10/2017

Correo de Universidad Nacional de Colombia - Confirmación permiso



Brayant Andrade Mendez <bandradem@unal.edu.co>

Confirmación permiso

1 mensaje

Viviana Marycel Cespedes Cuevas <vmcespedesco@unal.edu.co>

28 de octubre de 2017, 13:22

Para: Brayant Andrade Mendez <bandradem@unal.edu.co>

Bogotá 28 de octubre de 2017

Estimado Brayant, un cordial saludo.

Atendiendo a su interés en dar uso al *Instrumento para medir la experiencia del síntoma en la mujer con síndrome coronario agudo*, atentamente autorizo en calidad de autora, su utilización en el desarrollo del estudio que desarrollará. Es muy grata su solicitud, deseándole los mayores éxitos en el desarrollo de su investigación.

Cordialmente,

—

Viviana Marycel Céspedes Cuevas
Profesora Asociada
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Anexo D. Instrumento de características sociodemográficas y factores de riesgo para enfermedad cardiovascular



UNIVERSIDAD
SURCOLOMBIANA

NET: 891180084-2



FACULTAD DE SALUD - PROGRAMA DE ENFERMERIA
"CARACTERIZACIÓN DE LOS SÍNTOMAS EN MUJERES CON SÍNDROME
CORONARIO AGUDO, FUNDAMENTADO EN EL MODELO CONCEPTUAL DEL MANEJO DEL
SÍNTOMA"

Instrumento de características sociodemográficas y factores de riesgo para enfermedad
cardiovascular

Formato Numero: _____

FECHA: _____	SERVICIO: _____
DILIGENCIADO POR: _____	
EDAD: _____	
DIAGNOSTICO MEDICO: _____	
LUGAR DE RESIDENCIA: Urbano ____ Rural ____	
ESTRATO: 1 ____ 4 ____ 2 ____ 5 ____ 3 ____ 6 ____	
INGRESOS ECONÓMICOS MENSUALES FAMILIARES: Menos de 1 salario mínimo ____ Entre 1 y 2 salarios mínimos ____ Entre 2 y 3 salarios mínimos ____ Mayor a 3 salarios mínimos ____	
ESCOLARIDAD: Sin escolaridad ____ Primaria ____ Secundaria ____ Técnico ____ Universidad ____ Postgrado ____	
ESTADO CIVIL: Casada ____ Soltera ____ Separada ____ Viuda ____ Unión libre ____	
SEGURIDAD SOCIAL: Contributivo ____ Subsidiado ____ Régimen especial ____ Otro: ____ ¿Cuál? _____	
NOMBRE ASEGURADORA: _____	
OCUPACIÓN: Ama de casa (Hogar) ____ Trabaja fuera de casa Independiente ____ Trabaja fuera de casa Dependiente ____ Pensionada ____ No refiere ocupación ____	
FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES:	SI NO
Hipertensión arterial	
Diabetes Mellitus	
Dislipidemia	
Sobrepeso (obesidad)	
Sedentarismo (Actividad física <150min semanales)	
Consumo excesivo de grasas y embutidos	
Consumo excesivo de carbohidratos	
Consumo excesivo de sal	
Tabaquismo	
Consumo de bebidas alcohólicas	
Manejo inapropiado de las situaciones estresantes.	

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES:	SI	NO
Enfermedad cardiovascular preexistente		
Mujer >65 años		
Menopausia		
Antecedente familiar de enfermedad cardiovascular.		
PARTICIPA O HA PARTICIPADO EN EL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR: Si ___ No ___		
LUGAR DONDE INICIARON LOS SINTOMAS: Casa ___ Trabajo ___ Supermercado ___ Otro ___		
ACTIVIDAD QUE REALIZABA AL INICIO DE LOS SINTOMAS: Labores del hogar ___ Trabajando ___ Caminando ___ Especificar actividad: _____ Ejercicio ___ Descansando ___		
TIEMPO QUE ESPERO PARA DECIDIR IR A CONSULTA MEDICA: Menos de 1 hora ___ Entre 1 y 6 horas ___ Más de 6 horas ___		
TIEMPO QUE TARDO EN LLEGAR AL SERVICIO DE URGENCIAS: Menos de 1 hora ___ Entre 1 y 6 horas ___ Más de 6 horas ___		
TIEMPO QUE DEMORO HASTA SER ATENDIDA: Menos de 1 hora ___ Entre 1 y 6 horas ___ Más de 6 horas ___		

Anexo E. Instrumento para medir la experiencia del síntoma en la mujer con síndrome coronario agudo

Formulario N° _____

**INSTRUMENTO PARA MEDIR LA EXPERIENCIA DEL SÍNTOMA EN LA MUJER
CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO**

COD.	ÍTEMS	SI	NO
	DIMENSIÓN I: PERCEPCIÓN ¿Cuándo todo comenzó usted sintió...?		
	<i>Síntomas atípicos:</i>		
3	Dolor o molestia en cualquier parte del pecho.		
4	Dolor o molestia en el cuello		
7	Dolor o molestia en la mandíbula inferior		
8	Dolor o molestia en la cabeza		
9	Dolor o molestia debajo del seno		
10	Dolor o molestia en la boca del estomago		
11	Palpitaciones		
12	Pérdida del apetito		
13	Indigestión		
16	Tos		
18	Incapacidad para moverse		
19	Entumecimiento		
22	Deseos de vomitar		
23	Vómito		
24	Mareo		
27	Miedo inusual		
28	Depresión		
29	Angustia		
32	Escalofrío		
33	Sensación de calor		

DIMENSIÓN II: EVALUACIÓN		
	Origen de los síntomas: ¿Usted creyó que la causa de lo que estaba sintiendo era....?	
34	Problema cardiaco	
35	Problema del estómago o indigestión	
37	Gripa o resfriado	
39	Problema de respiración	
41	Estrés o sobrecarga de trabajo	
42	Preocupaciones personales	
43	Fatiga	
	Seriedad de los síntomas: ¿usted consideró que lo que estaba sintiendo era...?	
44	Insignificante	
45	Dañino	
46	Amenazante	
76	Sensación de muerte	
DIMENSIÓN III: RESPUESTA		
	Acciones de respuesta: ¿Para responder a lo que estaba sintiendo, lo que usted hizo fue...?	
47	Ignorarlo	
49	Tomar remedios caseros	
51	Tomar agua	
52	Respirar profundamente	
53	Esperar a que pasara	
56	Llamar una ambulancia.	

Anexo F. Certificación banco de proyectos semillero



CERTIFICACIÓN

Yo DOLLY ARIAS TORRES identificada con cedula de ciudadanía No. 36167024 expedida en Neiva-Huila en calidad de Líder del Grupo de Investigación CUIDAR del Programa de Enfermería de la Universidad Surolombiana registrado en Colciencias en categoría C, me permito certificar que el proyecto de investigación “Caracterización de los síntomas en mujeres con síndrome coronario agudo, fundamentado en el modelo conceptual del manejo del síntoma” se encuentra incluido dentro del banco de proyectos del grupo de Investigación.

De conformidad se firma en la ciudad de Neiva a los tres (3) días del mes de Noviembre de dos mil diecisiete (2017).

Cordialmente,

Dolly Arias Torres

Director(a) Grupo de Investigación

Gestión, Participación y Resultados

Sede Central - AV. Pastrana Borrero Cra.
PBX: (57) (8) 875 4753 FAX: (8) 875 8890 - (8) 875 9
Edificio Administrativo - Cra. 5 No. 23-
PBX: (57) (8) 8753686 - Línea Gratuita Nacional: 018000 968
Vigilada Mineducac
www.usco.edu
Neiva, Hi

Anexo G. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2017			2018						
	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL
Revisión de Literatura	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Presentación al comité de ética de la USCO		■								
Presentación al comité de ética del Hospital		■								
Diseño de la base de datos		■								
Prueba piloto y ajuste de la base de datos			■							
Recolección de la información				■	■	■				
Tabulación y análisis de la Información								■		
Elaboración y entrega del informe final								■	■	
Elaboración de artículo investigativo para publicación									■	■
Presentación de resultados en congresos								■	■	■

Fuente: Resultado de la investigación

Anexo H. Presupuesto

RUBROS	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL
PERSONAL			
Asesorías académicas	100 (5 horas semanales)	\$ 6.250	\$ 625.000
Honorarios de investigadores (6)	200 (10 horas semanales)	\$ 3.125	\$ 3.750.000
Asesoría estadística	20 (1 hora semanal)	\$ 3.250	\$ 65.000
MATERIAL OFICINA			
Resma hojas de papel carta x 500	2	\$ 15.000	\$ 30.000
Fotocopias e Impresiones	400	\$ 100	\$ 40.000
Caja lapiceros	1	\$ 9.000	\$ 9.000
Caja lápiz	1	\$ 7.800	\$ 7.800
Tablas de apoyo	6	\$ 15.000	\$ 90.000
Caja Ganchos cosedora	1	\$ 5.000	\$ 5.000
Huellero	3	\$ 3.500	\$ 10.500
Cosedora	1	\$ 8.000	\$ 8.000
Memoria USB 16 GB	1	\$ 22.400	\$ 22.400
Perforadora	1	\$ 10.550	\$ 10.550
Sacagancho	1	\$ 1.450	\$ 1.450
VIAJES			
Trabajo de campo	45	\$ 15.000	\$ 675.000
Ponencia	1	\$ 800.000	\$ 800.000
EQUIPOS			
Computador	6	\$ 200.000	\$ 1.200.000
Mes Internet	5	\$ 45.000	\$ 225.000
OTROS			
Patentes y publicaciones	1	\$ 400.000	\$ 400.000
Poster	1	\$ 45.000	\$ 45.000
TOTAL		\$ 1.615.425	\$ 8.019.700

Fuente: Resultado de la investigación