

La cardiopatía isquémica en la mujer

David Sancho Cantus¹

María del Carmen Solano Ruiz²

Las Enfermedades Coronarias (EC) suponen la principal causa de mortalidad en el sexo femenino y masculino, pero existen diferencias de género en aspectos como la presentación, evolución o el abordaje de la enfermedad. Este trabajo se centra principalmente en revisar la literatura sobre la EC y el enfoque de género. Los autores han realizado una búsqueda de artículos que utilizan metodología cualitativa publicados entre 2003 y 2009 en las bases de datos PUBMED, IME, CUIDEN y CINAHL. Como hallazgos principales se identifican los factores que dificultan el diagnóstico precoz de la cardiopatía isquémica en la mujer, y se apuntan las posibles consecuencias que puede comportar. En los 56 textos seleccionados, inicialmente se evidencia la dificultad de la mujer para reconocer los síntomas iniciales de EC, así como la baja percepción de riesgo sobre dicha enfermedad. Es necesaria una mayor concienciación sobre la CI con la finalidad de reducir las altas cifras de morbimortalidad.

Descriptores: Enfermedad Coronaria; Género y Salud; Infarto de Miocardio, Investigación Cualitativa.

¹ Enfermero, Estudiante de Doctorado en Enfermería, Profesor, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, España. E-mail: dsanch46@hotmail.com.

² Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Titular, Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Alicante, España. E-mail: carmen.solano@ua.es.

Correspondencia:

David Sancho Cantus
Passeig República de Malta 1-2-10
46760, Tavernes de la Valldigna, Valencia, España
E-mail: dsanch46@hotmail.com

A cardiopatía isquémica na muller

As doenzas coronarias (DC) son o principal motivo de mortalidade no sexo feminino e masculino. Existen diferenzas de xénero na presentación, na evolución e na maneira como a doenza é abordada. Este traballo teve como obxectivo principal revisar a literatura sobre a DC e o seu enfoque de xénero. Os autores pesquisaron diferentes textos caracterizados por unha abordaxe cualitativa, publicados entre 2003 e 2009, nas bases de datos PubMed, IME, CUIDEN e CINAHL. Como principais resultados son identificados os factores que dificultan o diagnóstico precoz da doenza isquémica nas mulleres, e as posibles consecuencias deste diagnóstico tardío son apuntadas. Nos 56 textos seleccionados, inicialmente mostra-se a dificultade da muller relacionada ao recoñecemento dos primeiros síntomas da doenza coronaria, e a baixa percepción do risco desta doenza. É necesaria maior sensibilización sobre a cardiopatía isquémica (CI), para se reducir o elevado índice de morbilidade e mortalidade.

Descritores: Doenza das Coronarias; Xénero e Saúde; Infarto do Miocárdio; Pesquisa Cualitativa.

Ischemic heart disease in women

Nowadays, Coronary Diseases (CDs) represent the main mortality cause in men and women, but there are gender differences regarding their presentation, progression and the way the disease is tackled. This study mainly focuses on reviewing literature about the CD and its gender approach. The authors carried out a search of texts that use qualitative methodology, published between 2003 and 2009 in the following databases: PUBMED, IME, CUIDEN and CINAHL. Factors that hinder the early diagnosis of Ischemic Heart Disease in women are identified as the main findings, and the possible consequences are pointed out. In the fifty-six texts that were selected initially, we can see the difficulty women face to recognize early symptoms of the CD and their low risk perception of this disease. Greater awareness on Ischemic Heart Disease is needed, so that the high morbidity and mortality rates can be reduced.

Descriptors: Coronary Disease; Gender and Health; Myocardial Infarction; Qualitative Research.

Introducción

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) conforman en la actualidad la primera causa de muerte en todo el mundo en el sexo femenino y masculino, por delante de patologías como el cáncer o los accidentes de tráfico⁽¹⁻²⁾. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, se estima que en 2005 murieron por ECV 17,5 millones de personas, lo cual representa un 30% de las muertes registradas en todo el mundo⁽³⁾. En Europa, las ECV son la primera causa de fallecimiento entre hombres y mujeres, siendo responsables por casi la mitad de todas las muertes⁽³⁾. Dentro de las ECV, el principal grupo lo compone la Cardiopatía Isquémica (Angina de Pecho e Infarto de Miocardio principalmente). En estos momentos

se asume que existe un número creciente de hombres y mujeres que conviven con una ECV⁽¹⁾, y se estima que cada año aumentarán en el 1.5% los casos de infarto y angina que requerirán ingreso hospitalario⁽²⁾, con el consiguiente impacto socio-económico que comporta.

Numerosos estudios⁽⁴⁻⁶⁾ han puesto de manifiesto las diferencias de género en la Cardiopatía Isquémica (CI), un hecho que tiene una vital trascendencia cuando pretendemos acercarnos a un enfoque de género de esta patología. Hay diferencias no sólo en cuanto a la manifestación clínica de la enfermedad coronaria, sino en el abordaje terapéutico o en la forma de responder ante un evento cardíaco. Por este motivo, sólo podremos valorar

la dimensión real del problema al que nos enfrentamos cuando seamos capaces de conocer cómo experimenta la mujer su enfermedad y por qué reacciona como lo hace. En este sentido, resultará esencial interrogarse sobre cuál es la información previa o el nivel de conocimientos que posee la mujer en cuanto a su patología en el momento de enfermar, para entender mejor cómo responde ante la enfermedad y por qué.

Otra cuestión de interés es aquella relacionada con los motivos que condicionan ese comportamiento observado en la mujer; por qué suele demorar la solicitud de asistencia especializada, cómo interpreta los primeros signos de CI y por qué reacciona como lo hace. Todo ello nos conducirá a una justificación de los enfoques cualitativos como metodología de aproximación al fenómeno estudiado. La respuesta que la mujer adopta ante los primeros síntomas de la CI está condicionada por múltiples factores que será necesario explorar, desglosar y posteriormente integrar para facilitar la comprensión de ciertas actitudes y comportamientos.

Todos estos planteamientos deberían comportar una mayor concienciación sobre las ECV en general y la CI en particular; un camino que debe pasar por los enfoques de género en los estudios e investigaciones que se vayan realizando, y en el cual la mujer deje de estar y sentirse discriminada por su testimonial presencia en los estudios de investigación actuales. Clásicamente se ha tomado el modelo masculino como referencia para estudiar las enfermedades y los procesos relacionados con la salud, aunque este enfoque androcentrista ha generado confusión y ha dificultado la supuesta imparcialidad y objetividad de las ciencias médicas.

El objetivo principal de este artículo es efectuar una revisión de la literatura cualitativa sobre la enfermedad coronaria en la mujer. Como objetivo secundario los autores se plantean entender cómo experimenta y siente la mujer la enfermedad coronaria, aspecto esencial para planificar las políticas preventivas adecuadas e intentar reducir el impacto de estas enfermedades.

Método

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la producción científica relacionada con la cardiopatía isquémica en la mujer entre los años 2003 y 2009, seleccionándose un total de 56 artículos. Las bases de datos consultadas han sido MEDLINE, CUIDEN, CINAHL y el IME. Esta búsqueda se ha realizado entre los meses marzo a mayo de 2010.

La estrategia de búsqueda que se ha seguido parte de los aspectos más generales (como por ejemplo las

cuestiones epidemiológicas de la ECV) para ir centrando progresivamente el interés en el objeto de atención principal del estudio, considerando para ello el enfoque de género en la enfermedad⁽⁶⁻⁷⁾.

Prácticamente el 50% de la literatura revisada es muy reciente, pues se trata de artículos publicados en los últimos tres años. Las revistas que aportan mayor número de artículos son, en primer lugar, aquellas especializadas en el tema de estudio, como *Enfermería en Cardiología*, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *la Revista Española de Cardiología*, *The Journal of Cardiovascular Nursing*, *la Revista de la Federación Argentina de Cardiología*, *Progress in Cardiovascular Nursing*, *Critical Pathways in Cardiology* o *Journal of the American Heart Association*. Otras revistas de Enfermería en la que se han publicado algunos de los textos analizados son: *International Journal of Nursing Studies*, *British Journal of Nursing* o *Medsurg Nursing*, entre otras. Por lo que respecta a revistas que no pertenecen estrictamente al ámbito de la Enfermería y la Cardiología destacan, por ejemplo, *American Journal of Critical Care*, *Australian Critical Care* o *Women's Health*. En total, alrededor de 30 revistas científicas se ven representadas en esta revisión de la literatura.

Atendiendo a los criterios empleados en la selección de artículos, se ha escogido aquellos que tienen una relación directa con la patología CV en la mujer, fundamentalmente textos de corte cualitativo que se intentan aproximar a las vivencias de la patología por parte de las mujeres⁽⁶⁾. De hecho, en 25 de los artículos revisados (casi el 45% del total), los autores se preocupan por sondear cómo percibe la mujer su enfermedad y cuáles son las razones para ese comportamiento. Se identificaron en principio 5562 textos sobre enfermedad coronaria, de los cuales se seleccionaron un total de 56 por reunir los criterios de inclusión establecidos para este trabajo. Para realizar esta selección se empleó un análisis temático usando las siguientes palabras clave o descriptores⁽⁷⁾: en primer lugar se han introducido términos generales como: "enfermedad cardiovascular", "cardiopatía isquémica", "infarto de miocardio", "angina de pecho", "enfermería" o "factores de riesgo". Posteriormente se ha profundizado en el análisis con el objeto de orientar la búsqueda a los propósitos concretos. En este caso, los descriptores empleados han sido: "percepción del riesgo", "mujer", "género", "conocimientos previos" o "síntomas de cardiopatía isquémica". En un nivel de complejidad mayor, se han empleado los operadores booleanos con el objeto de cribar más específicamente aquello que se deseaba buscar y evitar ruido innecesario. Es decir, se han cruzado descriptores en la búsqueda, como por ejemplo:

“género” or “infarto de miocardio” or “fenomenología” or “cualitativa”.

Una vez efectuada la búsqueda, se ha procedido a seleccionar aquellos artículos que a nuestro juicio tenían una mayor relación con el tema del estudio, descartando los textos más generales y aquellos que no aportaban mayor información que la ya obtenida (saturación de la información)⁽⁶⁻⁷⁾.

Criterios de inclusión

- Artículos publicados en inglés o en castellano en revistas científicas sanitarias entre 2003 y 2009;
- Textos de corte cualitativo que exploren las vivencias de los pacientes en la enfermedad coronaria, principalmente de las mujeres;
- Textos centrados en patologías como la Angina de Pecho o el Infarto de Miocardio específicamente

Resultados

En la presente revisión de la literatura aparecen diversos temas principales (Figura 1): la importancia de las enfermedades cardiovasculares (ECV) en cuanto a la morbimortalidad y las consecuencias sociales y sanitarias que se derivan; el papel que desempeña el género en la cardiopatía isquémica (CI) por lo que respecta a la presentación de la enfermedad, su evolución en el tiempo o el modo de abordarla tanto de los profesionales sanitarios como de los propios pacientes; o el comportamiento de las mujeres ante los primeros síntomas de enfermedad coronaria y las posibles justificaciones e implicaciones de dicha actitud.

Autor (es)	Principales hallazgos
Anguita M (2008), Baena JM (2005), Salvador MJ (2008)	Importancia de la ECV por lo que respecta a la morbimortalidad
Sancho D (2010), Heras (2006)	Repercusión de la CI en la ECV
Alfonso F (2006), Fernandez AI (2005), Higginson R (2008), Sjöstrom-Strand A (2008)	Comportamiento de la mujer ante la enfermedad coronaria
Lockyer L (2005), Sánchez C (2003), Rohlfis I (2004), Ruiz MT (2004)	Concienciación sobre la importancia de la enfermedad coronaria en la mujer

Figura 1 - Principales temas encontrados en los textos

Situación actual: una epidemia silente

Existe una total unanimidad sobre la trascendencia de la ECV por lo que a morbimortalidad se refiere. Numerosos estudios consideran la ECV como la principal causa de muerte a nivel mundial⁽⁴⁻⁵⁾. Estos autores

defienden que la ECV es la principal causa de muerte en ambos sexos en los países desarrollados, entre los cuales se cita expresamente Reino Unido, EEUU o España, por ejemplo. Se estima que durante el año 2005 fallecieron 17.5 millones de personas en todo el mundo debido a las EVC, lo que representa aproximadamente el 30% de todas las muertes producidas⁽⁵⁾. Los autores de este estudio consideran las ECV una “epidemia” que no hace distinciones por motivos de raza, edad o geografía; es probablemente el mayor problema de salud en los países desarrollados⁽⁸⁻¹⁰⁾. En Europa la cifra de defunciones por este motivo ronda el 50% del total, una proporción ciertamente preocupante no sólo por lo que representa, sino por las previsiones existentes que muestran un futuro poco tranquilizador.

En este escenario que se dibuja, la mortalidad por ECV supera ya la producida por los accidentes de tráfico o el cáncer⁽⁵⁾, aunque el protagonismo mediático que adoptan estas entidades ensombrezca una realidad imposible de ignorar.

Dentro de las ECV, la CI supone el grupo más numeroso por lo que a fallecimientos se refiere. De hecho, se considera que de los 17.5 millones de defunciones que se producen anualmente en Europa a causa de las ECV, 7.6 millones corresponden a muertes relacionadas con la CI⁽⁷⁾.

Las previsiones apuntan a que, para el año 2050, la mortalidad por Infarto de Miocardio será un 30% más elevada en mujeres que en hombres⁽¹¹⁾; no obstante se sigue temiendo más al cáncer^(4,12).

Por lo que respecta a la incidencia de la CI en la mujer, son diversos los estudios que respaldan la hipótesis de que esta enfermedad mata anualmente aproximadamente el doble de mujeres que todos los tipos de cáncer juntos, y que constituye la principal causa de discapacidad en la mujer⁽⁶⁾.

Aproximación a la CI desde un enfoque de género: Aprendiendo a entender

La ECV (y dentro de ella la CI) tiene unos factores de riesgo cardiovascular (FRCV) bien conocidos, como son la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, el tabaquismo o la diabetes mellitus por lo que respecta a factores modificables; y el sexo o la edad como factores no modificables^(2,6). A pesar de estas evidencias, se ha podido comprobar que entre las mujeres es bastante pobre el conocimiento de estos factores de riesgo y su relación con la CI, lo que sin duda resultará de vital trascendencia en el análisis ulterior de la toma de decisiones⁽⁵⁾. Es precisamente este desconocimiento de los FRCV lo que propicia una baja percepción de riesgo en la sociedad

en general y en la mujer en particular^(5,13-14); hasta tal punto que, a pesar de las elevadas cifras de mortalidad por CI, las noticias sobre estas patologías no centran la atención mediática⁽¹⁵⁾. Los propios profesionales de la salud tienen dificultades para diagnosticar correctamente un IAM (Infarto agudo de miocardio) en una mujer o para identificar sus síntomas⁽¹¹⁾. Otro aspecto añadido es que la mujer ha tenido tradicionalmente un papel anecdótico en las investigaciones realizadas sobre CI⁽¹⁴⁾; y es a partir de la década de los 90 cuando se empieza a incluir a la mujer en este tipo de estudios, por lo que el conocimiento que se tiene al respecto es relativamente escaso.

Actualmente existen en la CI características particulares en función del sexo, lo que condiciona diferencias en la frecuencia de aparición, los factores predisponentes o el modo de presentación, entre otros^(8,12). Asimismo la CI ha sido considerada clásicamente una enfermedad ligada al sexo masculino, lo cual ha propiciado aspectos como la baja toma de conciencia del alcance real del problema por parte tanto de los profesionales sanitarios como de la población^(6,12-13).

Uno de los principales problemas que acontece al abordar esta patología está relacionado con la presentación de los síntomas que la caracterizan; unos síntomas que la mujer suele malinterpretar y menospreciar las más de las veces. Diversos estudios recientes apuntan, de hecho, a que un porcentaje cercano al 60% de las mujeres que experimentan un IAM no reconocieron previamente los síntomas^(14,16). La literatura consultada muestra bastante uniformidad por lo que respecta a la sintomatología que suele experimentar con mayor asiduidad la mujer durante un IAM, aunque existen aspectos que difieren en los distintos estudios.

La mujer suele referir síntomas prodrómicos tales como migraña, molestias en el hombro e incluso episodios de ceguera temporal; aunque el síntoma más frecuente es la fatiga, que empieza entre 2-4 semanas antes del IAM y permanece después del episodio agudo⁽¹⁴⁾. Por su parte parece que el síntoma más común de IAM en ambos sexos es el dolor de pecho⁽¹⁶⁾, un dolor localizado en el centro del pecho y con irradiación hacia el brazo izquierdo. Este dolor suele aparecer en la mujer unido al estrés psicosocial, y el electrocardiograma en reposo suele ser normal. En comparación, se sabe que el hombre suele definir el dolor precordial desencadenado durante el ejercicio físico, con irradiación a mandíbula y/o brazo izquierdo y acompañado de síntomas vagales como náuseas, vómitos y disnea⁽¹³⁾. La frecuencia de dolor de espalda es el doble entre las mujeres con IAM que entre los hombres, y que aquéllas

son más propensas a referir síntomas como dolor de brazo, hombro, mandíbula, garganta o dientes. Además, se apunta que las mujeres son más proclives a sufrir ciertos tipos de síntomas del IAM cuando se encuentran bajo presión psicológica (estrés), siendo en el grupo de mujeres más grave el pronóstico en caso de IAM. En otros estudios se describe la presencia de síntomas atípicos como dolor epigástrico o abdominal, náuseas, vómitos y "sentirse enfermas"⁽¹⁰⁾. Los síntomas de CI en la mujer parecen ser de naturaleza insidiosa, aunque los síntomas prodrómicos no están muy bien definidos en los estudios anteriores⁽¹¹⁾. Parece existir una relación directamente proporcional entre la actividad física realizada y la CI. Otro hecho postulado es que las mujeres presentan una mayor prevalencia de infartos silentes que los varones después de los 55 años, así como Insuficiencia Cardíaca como primer signo de IAM⁽¹⁷⁾.

Se trata en su mayoría de síntomas atípicos como diaforesis, dolor de mandíbula, dolor en epigastrio, fatiga, disnea o dolor en el pecho, entre otros, síntomas que difieren de la presentación clásica de la enfermedad en el varón y que por ello resultan más complejos de detectar a tiempo^(10,17). Esta dificultad en el reconocimiento de la sintomatología redundará en el tiempo que tarda la mujer en solicitar asistencia especializada. De hecho uno de los principales problemas que emergen cuando se trata la CI en la mujer es la demora en lo que se denomina "*decision time*", es decir, el lapso de tiempo entre el inicio de los síntomas y la demanda de asistencia médica^(8,10,18). Algunos autores apuntan que este retraso suele ser de unas 4 horas, aunque el rango oscila entre 1.5-6 horas⁽¹⁹⁾. Sea como fuere resulta crucial identificar las razones que provocan esta demora, puesto que se ha podido evidenciar una drástica reducción de la mortalidad tras un IAM cuando se interviene precozmente, es decir, dentro de las dos primeras horas⁽¹⁶⁾.

Cuando se pretende explorar los motivos que subyacen a esa demora descrita en la literatura nos encontramos con un entramado de factores personales, psicosociales, profesionales y culturales⁽¹⁸⁾ (Figura 2). Aspectos como el nivel educativo, el estatus social o la carga familiar inciden de forma indirecta en la actitud que adopta la mujer ante los primeros síntomas de un IAM. Diversos autores han intentado aproximarse a este fenómeno⁽¹⁷⁻¹⁹⁾; algunos incluso postulan constructos teóricos que intentan dar respuesta al comportamiento de la mujer, como el "modelo de creencia en la salud", el "modelo cognitivo", el "modelo de auto-regulación" o el "modelo de la acción razonada"⁽²⁰⁾.

Estudio	Razones para la demora en solicitar asistencia especializada
Higginson R (2008)	No reconocimiento de los síntomas, control de la sintomatología mediante la automedicación, diferencias psicológicas de género
MacInnes J (2006)	Falta de concienciación sobre los síntomas, baja percepción de riesgo, autotratamiento
Sjöström-Strand A (2008)	No reconocimiento de los síntomas
Rohlf s I (2004)	Factores culturales (percepción del dolor y del riesgo de enfermedad), factores sociales (situación en la que se encuentra la mujer cuando aparecen los síntomas), factores psicológicos (depresión o soledad emocional), comorbilidad.
Hart (2005)	Desconocimiento de los factores de riesgo y la presentación de la enfermedad.

Figura 2 - Razones y factores relacionados con la demora

Uno de los motivos que con mayor frecuencia subyace cuando se explora la demora en la solicitud de asistencia médica es el déficit de conocimientos por parte de la mujer sobre los FRCV y sobre la propia patología. Más del 50% de la muestra encuestada en un estudio sobre el tema no supo identificar correctamente los factores de riesgo de la ECV⁽⁷⁾, lo que supone una escasez de conocimientos y una baja concienciación sobre las causas y los FRCV. En el mismo texto se apunta a una relación directa entre el nivel de conocimientos que se tiene sobre la ECV y ciertos factores sociodemográficos por una parte, y la adquisición de comportamientos de promoción de la salud por otra. En otro estudio⁽¹⁶⁾ se postula el "modelo de auto-regulación", según el cual la representación y el conocimiento de la experiencia previa son usados para interpretar las nuevas experiencias y modificar comportamientos. Hay algunas cifras ciertamente alarmantes, como por ejemplo que sólo el 21.5% de los entrevistados conocía el momento en el que debía acudir a urgencias ante un dolor precordial⁽²¹⁾. Que la mujer denota unos pobres conocimientos en relación a su patología es un hecho que ha podido ser contrastado en la literatura consultada, pero queda una cuestión por analizar: ¿de dónde se obtiene la información? Se apunta directamente a los medios de comunicación, reportajes científicos y a la propia familia como fuentes de las que procede la información que tiene el paciente sobre su enfermedad⁽¹¹⁾. Existe un dato que resulta cuanto menos inquietante: la información que obtienen los pacientes sobre la EVC no suele provenir del colectivo de Enfermería⁽²²⁾

En esta línea hay autores que defienden que la educación sanitaria debería empezar en la escuela y ser materia de reflexión permanente⁽²²⁾. De hecho se ha podido comprobar que los pacientes que reciben educación

sanitaria sobre la CI a través de charlas impartidas por enfermeras, acompañadas por la información escrita en guías prácticas, consiguen adquirir y mantener hábitos cardiosaludables⁽²²⁾. Diversos estudios han coincidido en señalar la necesidad de tomar conciencia sobre la CI, tanto por parte de la mujer como de los propios profesionales sanitarios y de la sociedad en general, como medio para reducir la morbimortalidad⁽²³⁾. Toda esta mayor concienciación debería comportar un mejor reconocimiento precoz de la enfermedad para, de este modo, poder actuar tempranamente y evitar demoras innecesarias en la solicitud de la asistencia, incidiendo a su vez sobre la morbimortalidad⁽⁷⁾. La Enfermería tiene aquí un papel fundamental, pues goza de una posición privilegiada para aumentar la concienciación de las mujeres y ayudarlas a desarrollar estrategias efectivas del control de los FRCV⁽¹³⁾.

Pero las divergencias en la CI por lo que respecta a la mujer no sólo se centran en el modo de presentación de la enfermedad o la demora en solicitar asistencia especializada, sino que se extienden también a aspectos como el tratamiento recibido. En este sentido, se ha podido comprobar que la mujer se encuentra en una situación de franca desigualdad frente al hombre⁽¹⁾, ya que el tratamiento recibido por la mujer suele ser menos agresivo, a pesar de que las cifras muestran una mayor mortalidad y severidad comparativamente respecto de los hombres, sobre todo cuando hablamos de etapas avanzadas de la vida⁽²⁴⁾. Diversos estudios han confirmado que las mujeres que acuden a puertas de urgencias solicitando asistencia debido a un IAM suelen tardar más en ser vistas, y se les practican un menor número de pruebas diagnósticas⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Una vez que la mujer decide buscar ayuda especializada refiere dificultades en el proceso diagnóstico, y en muchas ocasiones no es tomada en serio⁽²⁴⁻²⁵⁾. Tanto es así que suelen ser tratadas con ansiolíticos o antidepresivos, en un erróneo planteamiento de presunción por parte del profesional que las atiende⁽¹⁴⁾, que identifica la sintomatología que refiere la mujer con trastornos ansioso-depresivos.

Discusión

En la presente revisión de la literatura es posible advertir ciertas limitaciones en su planteamiento y en los resultados obtenidos. Una de ellas es indudablemente el sesgo de selección, puesto que se han recogido principalmente textos de corte cualitativo y que tratan en su mayoría el tema a estudio desde la perspectiva de

género, que es precisamente aquello que se pretendía explorar. De este modo los textos son en su mayoría reflejo de lo que la mujer vive, siente y percibe en relación a la CI, lo cual puede inducir al sesgo comentado. La estrategia seguida para la localización de los artículos, por otra parte, se ve afectada por esta limitación, puesto que cuando se seleccionaron los textos que iban a formar parte de la revisión los criterios fueron meridianamente claros; resultaban interesantes aquellos estudios que explorasen de alguna forma la CI desde el punto de vista de la mujer.

Por otro lado es cierto que podría haberse seleccionado una mayor cantidad de artículos, pero se ha aplicado un principio característico de la investigación cualitativa: el de la saturación de la información. A este respecto se ha encontrado una presencia relativamente escasa de producción científica relacionada con la mujer sobre la CI, y ésta se ha visto que tiene una procedencia mayoritariamente anglosajona. Ello puede ser debido a un factor que ha aparecido a lo largo del texto: la poca representatividad de la mujer en los estudios sobre CI hasta hace poco tiempo.

Otro factor a tener en cuenta cuando se tratan las limitaciones es que se ha observado recientemente un predominio de los estudios de tipo fenomenológico o cualitativo; tal vez en un intento de dar respuesta a ciertas inquietudes planteadas con motivo de las evidencias últimas sobre la enfermedad. Es innegable que la mujer ha adoptado un protagonismo tal vez involuntario en la CI que ha generado un giro trascendente en la forma clásica de enfocar la enfermedad, lo cual provocará a su vez cambios sustanciales en el abordaje que se le dé en adelante a esta patología.

Esta revisión muestra que existe un déficit en el nivel de conocimientos que posee la mujer sobre la CI en el momento de sufrir la enfermedad, lo cual está en consonancia con las aportaciones de otros autores. Probablemente sea este un elemento nuclear cuando se explora la enfermedad coronaria desde la perspectiva del género, puesto que este déficit se traduce en una forma de actuar caracterizada por una demora en la solicitud de asistencia médica especializada y en una infravaloración de la sintomatología con la que se presenta la CI, provocando que en la mayoría de las ocasiones no se reconozca precozmente la enfermedad. Todo ello acarreará como consecuencia un peor pronóstico y una evolución menos favorable de la CI en general.

Conclusiones

Los hallazgos encontrados en esta revisión resultan tremendamente útiles, pues nos proporcionan una valiosísima perspectiva de la situación actual de la CI en la mujer. Ello debe conllevar el plantearse una serie de objetivos a corto y medio plazo que profundicen los senderos que se van esbozando. A este respecto resulta fundamental la reducción del tiempo de demora ("decisión time") para conseguir mejorar los resultados y la supervivencia en la mujer con IAM, puesto que, como ya se ha apuntado, el pronóstico mejora de forma exponencial cuanto menor es esta demora. Se ha señalado que una forma práctica de poder conseguir este objetivo sería la concienciación de la mujer sobre la importancia de la CI, y he aquí donde la Enfermería tiene un campo de actuación con extensas posibilidades. Es necesario, pues, implementar programas que desde la Atención Primaria de Salud informen a las mujeres sobre cuáles son los FRCV, cuáles son las peculiaridades de la enfermedad, los mitos y creencias existentes entre la opinión pública, la sintomatología con la que puede presentarse la CI y, posiblemente el aspecto crucial, cómo responder ante esos síntomas. La prevención primaria y la promoción de la salud son estrategias en las que, necesariamente, deberán basarse las políticas sanitarias al respecto.

Nos encontramos en la actualidad en un punto de inflexión por lo que respecta a la enfermedad coronaria, un momento en el que el género se ha convertido en un factor a considerar en el abordaje de esta patología. Esto ha propiciado que contemos con una nueva perspectiva que nos puede ayudar a entender mejor este tipo de enfermedades, y por tanto a planificar estrategias preventivas encaminadas a disminuir la morbimortalidad asociada. Cada vez son más los estudios que se hacen eco de esta realidad y que intentan aproximarse al modo en que vive y siente el paciente su enfermedad, como medio para mejorar la eficacia en la lucha contra las enfermedades cardiovasculares.

En este contexto de progresiva toma de conciencia sobre la situación real de las ECV en el mundo, resulta imprescindible la colaboración de los medios de comunicación, que deben jugar un papel de liderazgo sugestivo y progresivo. La CI debe conocerse y darse a conocer, y aquí los medios escritos y audio-visuales constituyen un arma eficaz para hacer llegar esa información que debería poseer la mujer. En este sentido

el profesional de Enfermería constituye un vehículo necesario para formar e informar a la población sobre los factores de riesgo cardiovascular, las consecuencias que comporta la ECV y aquellos aspectos relacionados con su prevención y manejo.

Así pues, son necesarios más estudios de tipo cualitativo que profundicen en la aproximación a las vivencias de la mujer sobre la enfermedad, como medio para elaborar estrategias efectivas de abordaje personal, social, familiar y cultural. Es precisamente sobre esta multidimensionalidad de la patología donde debe cimentarse el enfoque que se le pretenda dar a la CI, en el cual la mujer tomará conciencia de su patología como paso previo para su posterior control y autocuidado.

Referencias

1. Anguita M, Alonso J, Bertomeu V, Gómez-Doblas J, López-Palop R, Pedreira M, et al. Proyecto de estudio sobre la situación de la enfermedad cardiovascular de la mujer en España: conclusiones y recomendaciones finales. *Rev Esp Cardiol Supl.* 2008;8:55-8.
2. Baena JM, Del Val J, Tomàs J, Martínez J, Martín R, González I, et al. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria. *Rev Esp Cardiol.* 2005;58(4):367-73.
3. Gabriel R, Alonso M, Segura A, Tormo M, Artigao L, Banegas J, et al. Prevalencia, distribución y variabilidad geográfica de los principales Factores de Riesgo Cardiovascular en España. *Rev Esp Cardiol* 2008;61(10):1030-40.
4. Alfonso F, Bermejo J, Segovia J. Enfermedades cardiovasculares en la mujer: ¿por qué ahora? *Rev Esp Cardiol.* 2006;59(3):259-63.
5. Heras M. Cardiopatía isquémica en la mujer: presentación clínica, pruebas diagnósticas y tratamiento de los síndromes coronarios agudos. (2006). *Rev Esp Cardiol.* 2006;59(4):371-8.
6. Solano Ruiz MC. Fenomenología-hermenéutica y enfermería. *Cult Cuidados: Rev Enf Hum.* 2007;10(19):5-6.
7. García-Moriche N, Rodríguez-Gonzalo A, Muñoz-Lobo J, Parra-Cordero S, Fernández-De Pablos A. Calidad de vida en pacientes con ictus. Un estudio fenomenológico. *Enferm Clin.* 2010;20(2):80-7.
8. Fernández AL, Mgueraman R, Cruzado C. Campaña de prevención de factores de riesgo cardiovascular y Educación para la Salud. *Enferm Cardiol.* 2005;12(36):35-9.
9. Higgison R. Women's help-seeking behaviour at the onset of myocardial infarction. *Br J Nurs.* 2008;17(1):10-4.
10. Sjöström-Strand A, Fridlund B. Women's descriptions of symptoms and delay reasons in seeking medical care et the time of a first myocardial infarction: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2008;45:1003-10.
11. Lockyer L. Women's interpretation of their coronary heart disease symptoms. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2005;4:29-35.
12. Sánchez C, Suárez C. Patología cardiovascular de la mujer. Hipertensión. 2003;20(4):171-82.
13. Rohlfs I, García M, Gavalda L, Medrano MJ, Juvinyà D, Baltasar A, et al. Género y cardiopatía isquémica. *Gac Sanit.* 2004;18(supl 2):55-64.
14. McSweeney J, Cody M, Crane P. Do you Know them when you see them? Women's prodromal and acute symptoms of myocardial infarction. *J Cardiovasc Nurs.* 2003;15(3):26-38.
15. Ruiz MT, Martín M, La Parra D, Vives C, Albadalejo M. El enfoque de género en las noticias de salud. *Gac Sanit.* 2004;18(supl 2):65-74.
16. Lockyer L. Women's interpretation of cardiac symptoms. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2008;4(7):161-2.
17. Marrugat J, Sala J, Aboal J. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en la mujer. *Rev Esp Cardiol.* 2006;59(3):264-74.
18. Urquijo S, Giles M, Richard's M, Pianzola E. Variables psicológicas asociadas a las patologías isquémico-cardiovasculares. Un estudio de género. *Rev Fed Arg Cardiol.* 2003;32:190-8.
19. Rosenfeld A, Lindauer A, Darney B. Understanding treatment-seeking delay in women with acute myocardial infarction: descriptions of decision-making patterns. *Am J Crit Care.* 2005;14(4):285-93.
20. Waller C. Understanding prehospital delay behaviour in acute myocardial infarction in women. *Crit Pathways Cardiol.: J Evidence Based Med.* 2006;5(4):228-34.
21. López J, Martínez E, Pardo L, Escudero S, Cañón R, Costas MT. Encuesta a los pacientes con cardiopatía isquémica sobre el modo de actuación ante los distintos síntomas de alarma. *Aten Primaria* 2003;31(4):239-47.
22. Del Río O, Maldonado A, Carmena O, Davós R, Garoz B, Gutiérrez A et al. Educación sanitaria a pacientes con cardiopatía isquémica. *Enferm Cardiol.* 2005;35(2):24-7.
23. Franco B, Rejane E, Goldemeyer S, Nogueira E. Patients with acute myocardial infarction and interfering factors when seeking emergency care: implications for health education. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2008;16(3):414-8.
24. Sancho Cantus D, Romero Sánchez J, Pastor Montero S, Martínez Sabater A, Sánchez Esteban B. Atención integral a la mujer con cardiopatía isquémica tras el alta hospitalaria. *Biblioteca Lascasas*, 2010; 6(2). Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc041.php>.

25. Hart PL. Women's perceptions of coronary heart disease: an integrative review. *J Cardiovasc Nurs.* 2005;20(3):170-6.

Recibido: 5.1.2011
Aceptado: 4.10.2011

Como citar este artículo:

Sancho Cantus D, Solano Ruiz MC. La cardiopatía isquémica en la mujer. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. nov.-dic. 2011 [acceso: ____/____/____];19(6):[09 pantallas]. Disponible en: _____

día

año

URL

mes abreviado con punto