



CARDIOLOGÍA DEL ADULTO – ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización de los síntomas de angina en hombres adultos con cateterismo cardíaco positivo para enfermedad coronaria

Characterization of angina symptoms in adult men with positive cardiac catheterization for coronary heart disease

Clemencia Bernal, RN., Esp.⁽¹⁾; Adriana Pacheco, RN., Esp.⁽¹⁾; Jhoanna Núñez, RN., Esp.⁽¹⁾; Fanny Rincón, RN., Mg.⁽²⁾

Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN: en Colombia la enfermedad coronaria ocasionó 29.394 muertes en 2011 ocupando el primer lugar como causa de mortalidad, según el Departamento Nacional de Estadística. Es importante disminuir el tiempo entre el inicio de los síntomas y el tratamiento, etapa en que la sintomatología, la interpretación y la manifestación del paciente son esenciales, así como su reconocimiento por parte del personal de salud para la definición oportuna del tratamiento.

OBJETIVO: describir los síntomas de angina de un grupo de hombres con edades entre 40 y 80 años, con cateterismo cardíaco positivo para enfermedad coronaria en el marco de la teoría de Elizabeth Lenz según factores determinantes, dimensiones y consecuencias del síntoma.

MATERIALES Y MÉTODOS: estudio descriptivo con abordaje cualitativo. Se realizó entrevista semiestructurada a 27 hombres en relación con las características de los síntomas experimentados y se analizó la información mediante la técnica de análisis de contenido.

RESULTADOS: categorías emergentes relevantes dentro de factores determinantes: “Pienso que hice un sobreesfuerzo”, “No controlo la comida”, “Es la herencia”, “Tanto estrés”. Dimensiones: las palabras más utilizadas fueron: “dolor”, a veces acompañado de “presión” en el pecho y “dolor de oreja a oreja”. Irradiación a brazo izquierdo y ocasionalmente a espalda. Síntomas acompañantes: gastrointestinales, fatiga y hormigueo. Consecuencias: “Me toca cambiar”, “Nada va a cambiar”, “Me va a afectar”.

CONCLUSIONES: se obtuvo un perfil característico que refleja la forma de vivir la enfermedad coronaria que facilita la comprensión del fenómeno y que orienta los cuidados pertinentes.

PALABRAS CLAVE: enfermedad coronaria, angina.

INTRODUCTION: coronary heart disease caused 29,394 deaths in Colombia in 2011, being the main leading cause of death, according to the National Statistics Department. It is important to decrease the time between onset of symptoms and treatment, stage in which symptomatology, interpretation and description by the patient are essential, as well as its recognition by the health staff for the timely definition of treatment.

OBJECTIVE: to describe the symptoms of angina in a group of men aged between 40 and 80 years with positive cardiac catheterization for coronary heart disease in the context of the theory of Elizabeth Lenz, in accordance with determinants, dimensions and consequences of symptoms.

Fundación Cardioinfantil-Instituto de Cardiología. Bogotá, Colombia.

(1) Unidad de Cuidado Intensivo Cardiovascular Adulto, Fundación Cardioinfantil-Instituto de Cardiología. Bogotá, Colombia.

(2) Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Correspondencia: Fanny Rincón. Carrera 30 No. 45-03 Edificio 101 Enfermería, oficina 1006, Teléfono: (57-1) 310 50 00 ext. 17007/17008. Correo electrónico: frincono@unal.edu.co

Recibido: 10/08/2012. Aceptado: 11/04/2013.

MATERIALS AND METHODS: descriptive study with qualitative approach. Semi-structured interview was conducted to 27 men in relation to the characteristics of the symptoms experienced. The information was analyzed by content analysis technique.

RESULTS: relevant emerging categories within determinant factors: "I think I made an extra effort," "I do not control the food", "It is the inheritance", "so much stress". Dimensions: the most used words were: "pain", sometimes accompanied by "pressure" on the chest and "pain from ear to ear". Irradiation to the left arm and occasionally to the back. Accompanying symptoms: gastrointestinal, fatigue and tingling. **Consequences:** "I must change", "Nothing will change", "It will affect me."

CONCLUSIONS: we obtained a characteristic profile that reflects the way to live the coronary heart disease facilitating understanding of the phenomenon and guiding the appropriate care.

KEYWORDS: coronary heart disease, angina.

Rev Colomb Cardiol 2013; 20(3): 138-146.

Introducción

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la epidemia de enfermedades no transmisibles, que incluye las enfermedades cardiovasculares, se ha posicionado en la región de las Américas como responsable de más de 3,9 millones de muertes al año, y la carga de enfermedad asociada es de 64% en la región andina y de 86% en Norteamérica (1). En Colombia, la primera causa de mortalidad para el año 2011 según el Departamento Nacional de Estadística (DANE) (2), fue la enfermedad coronaria con 29.394 muertes.

La enfermedad coronaria tiene un impacto significativo en la calidad de vida, lo cual se ha asociado con las limitaciones funcionales secundarias a la oclusión coronaria, determinando la definición de tiempos específicos para definir el mejor tratamiento; sin embargo, el tema de la sintomatología, sus manifestaciones, así como la forma de interpretación y de reconocimiento por parte del paciente y del personal de salud, siguen siendo la pieza clave para la definición del tratamiento intervencionista en las primeras horas del evento coronario. La literatura científica señala que la descripción del cuadro clínico asociado a enfermedad coronaria se ha basado en estudios con muestras masculinas, en su mayoría, por lo que el interés en los últimos años se ha enfocado en las diferencias en las manifestaciones del cuadro clínico según el género.

Al respecto, De Von (3) exploró un grupo de 50 mujeres y 50 hombres con angina inestable y halló dolor en la espalda alta más frecuente en mujeres que en hombres (42% vs. 18%; $p < 0,0$). De igual forma, notificaron sentir más dolor "apuñalado" (32% vs. 12%; $p < 0,05$) y dolor como "cuchillo" (28% vs. 12%). El descriptor más frecuen-

te de calidad del síntoma fue presión (78%), seguido por tensión (77%) y pesadez (67%). Las mujeres presentaron más debilidad, dificultad para respirar, náusea y pérdida del apetito que los hombres. Entre tanto, Miller (4) refiere que sólo 18% de las mujeres reconoce el infarto agudo del miocardio en comparación con 30% de los hombres, debido a la variabilidad de su sintomatología.

La importancia de reconocer estas diferencias se posiciona como uno de los considerandos de la primera conferencia mundial sobre estilos de vida saludables y control de enfermedades no transmisibles (5), que señala que: "las enfermedades no transmisibles pueden afectar a mujeres y hombres de manera diferente, por lo tanto su prevención y control debe tomar en cuenta el género".

Este estudio nació en la línea de Investigación "Cuidado a la mujer con enfermedad coronaria" de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia como respuesta a preguntas surgidas dentro del tema "caracterización de los síntomas de angina en mujeres" y con el propósito, a mediano plazo, de contrastar los hallazgos por género. Se desarrolló en el marco del convenio docente asistencial con la Fundación Cardioinfantil-Instituto de Cardiología. Busca actualizar el conocimiento sobre la forma de expresión de los síntomas de enfermedad coronaria en los hombres, dado que la percepción y manifestación de éstos varía de manera dinámica, influenciada no sólo por factores fisiológicos, sino por el contexto particular y por patrones culturales; por tanto, el propósito es aportar a por la comprensión de este fenómeno para la cualificación del cuidado del paciente coronario, la educación a la comunidad y el fortalecimiento de programas de prevención primaria y de promoción de la salud cardiovascular. Utiliza la teoría de los síntomas desagradables planteada por Elizabeth Lenz y

colaboradores (6), la cual aporta una estructura conceptual útil para la organización de la información multifactorial que es expresada en la narrativa de los síntomas.

Frente a la ausencia de investigaciones acerca del tema en Colombia, el objetivo del estudio es caracterizar los síntomas de angina en un grupo de hombres con cateterismo cardíaco positivo para enfermedad coronaria en el marco de referencia de la teoría de los síntomas desagradables, propuesta por Lenz y colaboradores.

Material y métodos

Estudio descriptivo exploratorio transversal con abordaje cualitativo, cuya muestra estuvo constituida por la información obtenida mediante entrevista semiestructurada de un grupo de hombres llevados a cateterismo cardíaco para estudio de angina, con resultado positivo para enfermedad coronaria.

En el abordaje cualitativo se busca captar en profundidad -y no en extensión- vivencias, sentimientos y razones de los participantes; como consecuencia, el muestreo es intencional (7). El criterio para definir el tamaño de la muestra es la saturación, es decir, "cuando nuevas entrevistas y observaciones no permiten profundizar ni ampliar la comprensión" (7). Según Strauss y Corbin (8), el muestreo teórico significa que éste, más que predeterminado, evoluciona durante el proceso; se basa en conceptos que emergen del análisis. Son conceptos que se encuentran: a) Repetidamente presentes (o notablemente ausentes) en los datos incidentes. y b) Actúan como condiciones que le dan variación a una categoría principal. Se hace así un muestreo de incidentes, acontecimientos o sucesos y no de personas por sí mismas.

Criterios de inclusión

Hombres adultos no mayores de 80 años con cateterismo positivo para enfermedad coronaria (lesión mayor de 70% de uno o varios vasos) y experiencia de dolor o sensación de disconfort en alguna parte de la zona entre la mandíbula y la cintura, estables desde el punto de vista hemodinámico.

Metodología

Se utilizó una entrevista semiestructurada basada en una guía temática sustentada en la teoría de los síntomas desagradables de Elizabeth Lenz, previamente sometida a juicio de expertos. Está constituida por tres constructos en relación con el síntoma: factores determinantes, dimensiones y consecuencias (9).

El estudio de la información se realizó mediante el análisis de contenido, definido como: "Una técnica de investigación destinada a formular a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto" (10); "El conjunto de procedimientos que tienen como objetivo la producción de un meta-texto analítico en el que se representa el corpus textual de manera transformada mediante el análisis: sintáctico, semántico y pragmático" (11).

Procedimiento

Identificación del material empírico, lectura superficial e identificación de unidades de registro y codificación, tipificación de temas relevantes, análisis semántico, categorización, análisis interno y análisis pragmático. La categorización consistió en la clasificación de las unidades de registro (expresiones de los participantes) según similitudes y diferencias desde distintos puntos de vista: frecuencia, ausencia, concurrencia, intensidad, dirección, relación y asociación u oposición. La categoría, por lo tanto es una clasificación mediante un término, o expresión breve, que sea claro e inequívoco del contenido o idea central de cada unidad. Se seleccionaron las "categorías emergentes" tal como fueron expresadas por los participantes, con el fin de ilustrar además de los conceptos y significados de interés, la sintáctica y semántica utilizadas.

Consideraciones éticas

Se atendió la Resolución No. 008430 de 1993, Capítulo 1: "De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos" (12) y la Ley 911 de Ética de Enfermería (13). No implicó riesgo, pues no se intervinieron variables y se cumplió con los principios de confidencialidad, autonomía y beneficencia.

Resultados

Se entrevistaron 27 pacientes masculinos, con edades entre 41 y 80 años. *Ocupación*: comercio 7, pensionados 6, transporte 4, construcción 3, Industria: 3, administrativos 2, agricultura 2. *Escolaridad*: 9 universitarios, 8 técnicos, 8 bachilleres, 2 educación primaria. *Procedencia*: Bogotá 11, Boyacá 9, Tolima 2, Cundinamarca 3, Santander 1.

Los resultados se presentan organizados según los constructos de la Teoría de Elizabeth Lenz y colaboradores: factores determinantes, dimensiones (descripción del síntoma) y consecuencias, mediante las principales categorías halladas.

Factores determinantes

Las categorías emergentes dentro de los aspectos considerados por los entrevistados como influyentes en la aparición del síntoma o de la enfermedad fueron (Figura 1):

- “Pienso que hice un sobre-esfuerzo”
- “No controlo la comida”
- “No me cuidan en la alimentación”
- “Es la herencia”
- “Yo soy así...”
- “Eso fue la fumadera”
- “Tanto estrés, tantas cosas”
- “No pensé que fuera eso”

Estas categorías expresan formas de interpretación de las causas de la enfermedad y muestran un punto común: considerar la situación como no controlable, ya sea por asuntos que dependen de otros o por ser una enfermedad hereditaria: “...me pasó lo mismo que a mis hermanos...”; “Nosotros somos así”; se asocia con un fenómeno general: “Lo que pasa es que vivo en un país donde todo mundo vive estresado...”, o con la sensación de desconocimiento derivado de otros: “No me han explicado”. El esfuerzo es un factor desencadenante de los síntomas, pero los participantes le dieron la connotación de un sobre-esfuerzo, de algo no común y no refirieron angina de reposo.

A lo largo de las narrativas se encontró frecuentemente la palabra “control”, sugiriendo que éste viene perdiéndose sobre sus hábitos y forma de vivir o, por el contrario, que se lucha incansablemente por mantenerlo, lo cual se asoció con el estrés: “Uno se estresa... uno quiere darles pero cuando no se puede no se puede y eso es lo que viene ocasionándome estas molestias... entonces uno se siente agobiado”; “... me enojé profundamente, no exploté porque yo me controlo mucho pero sentí tremenda picada en el pecho que me obligó a venir al médico”; “...los problemas de la casa... o falta de comprensión entre nosotros con mi mujer”.

Finalmente emergió una categoría: “Yo no bebo, yo no fumo” que se refiere a las expresiones que enfatizan sus hábitos saludables: “Yo no bebo, yo no fumo, hago ejercicio y llevo una dieta alimenticia muy rigurosa... ¿más juicio en materia de vida alimenticia?”.

Dimensiones del síntoma

Incluye los conceptos de calidad, tiempo, intensidad y grado de disconfort o angustia que puede provocar (14). La calidad, definida como la palabra precisa que describe el síntoma, se refiere a la forma propia de expresar una sensación y la exactitud con que una palabra se acerca a la vivencia, aspecto clave en el diagnóstico de la persona con angina. Incluye el recorrido del síntoma o irradiación.

En las figuras 2 y 3, se describe el número de veces que fue referido cada tema en las narrativas de los pacientes; los hallazgos relevantes se narran a continuación.



Fuente: datos de la investigación.

Figura 1. Factores determinantes del síntoma.

La palabra más frecuente fue dolor, acompañado de presión generada desde adentro ilustrada mediante la categoría: "Dolor como para estallar el pecho"; las analogías asociadas a las ocupaciones masculinas son útiles para describir la sensación: "...un dolor en el pecho, en el sentido de que se me estaba era como inflando, la caja torácica... se me inflaba... como coger un neumático y empezar a inflarlo". Igual con la categoría: "Dolor como un taponcito": "...era como una manguera... y de golpe... le mandaran una bolita... y yo dije: voy a tener taponado algo..."

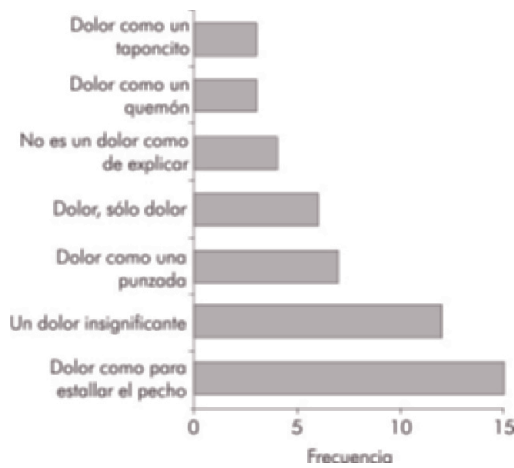


Figura 2. Calidad del síntoma: categorías relevantes.

Cuando el síntoma se trata de insignificante, el léxico revela menosprecio más que levedad: "Un dolor muy insignificante... muy pasajero...", "Una picadita pendeja... pero nunca le paré yo bolas..." Con menor frecuencia se identificaron otras expresiones asociadas al dolor como quemón o como punzada.

"El dolor fue en el pecho" constituyó la categoría más representativa de la ubicación de la sensación; se refiere a expresiones verbales y cinésicas que utilizan las palabras: pecho, caja torácica, al frente, en el costado, sobre las tetillas, en el entorno de las costillas, en la mitad de las costillas, por la línea del esternón, al lado del corazón. Emergió otra zona que generó la categoría: "Dolor de oreja a oreja", referida a expresiones que ubicaban el dolor en el espacio entre oreja y oreja y que utilizaban palabras tales como: quijada, garganta, cuello, oídos, molar, muelas, y tiene gran importancia como causa de confusión: "...un dolor en la quijada de oreja a oreja... sobre el hombro, en el cuello", "Me volvió a molestar mucho el dolor en la quijada, toda la quijada sobre esta oreja...sentí dolor que era como estallarse los oídos", "Me dolió el cuello, me dolieron las encías, hasta la quijada y dije debe de ser el reflujo, por aquí pasa el sistema nervioso, debe ser el puro reflujo".

También se encontraron con menor fuerza las categorías: "Dolor como una punzada", "Dolor, solo dolor", "Como cuando le quema a uno" y dolor indefinible: "No es un dolor como de explicar".

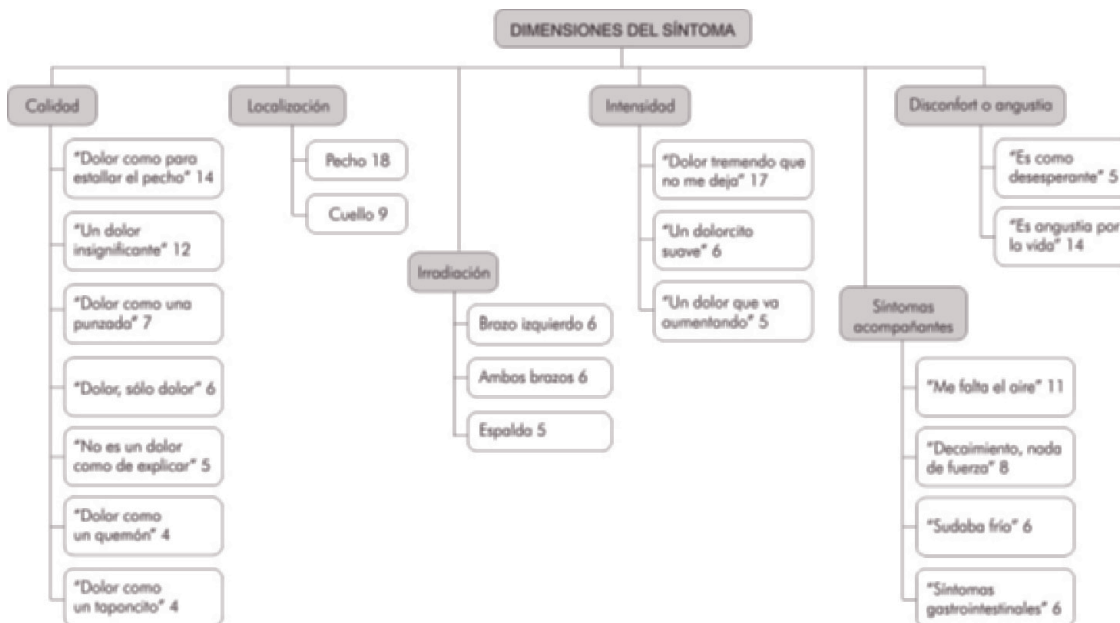


Figura 3. Dimensiones del síntoma.

Otros hallazgos relacionados con la descripción del síntoma se observan en la figura 3. Los términos utilizados para la irradiación denotan características culturales: “se revuelve a los brazos”, “se riega”, “repercute en”, “me coge...”, “me responde a”, “se me escondía en...”. Los principales sitios de irradiación fueron hacia el brazo izquierdo y ambos brazos; menos frecuente a la espalda. La irradiación a la mandíbula no es frecuente, pero sí el dolor que se origina en ella.

El disconfort, el desespero y la angustia se representan bien en la categoría: “Es angustia por la vida”, pues relacionan la naturaleza del dolor y la posibilidad de la muerte: “Si... claro, desespero... pues por el dolor y por eso era que me tiraba al piso”; “Pensaba en la muerte... uno piensa en las personas más desprotegidas que comen de uno”, “... pues yo... sentí como tristeza y ya cuando me dieron una silla de ruedas le dije: ¡pero si yo puedo caminar...!”

Según se observa, se llega a un estado intenso de angustia mientras se va desarrollando la valoración y los trámites; se advierten otros detalles de importancia desde la percepción del paciente, tales como las limitaciones impuestas: ir en silla de ruedas, mantenerse acostado, aislamiento de la familia, lo cual a su vez genera más angustia y sentimientos de tristeza.

Los síntomas acompañantes más frecuentes fueron los gastrointestinales y otros como sudoración, debilidad, alteraciones de la sensibilidad y fatiga o ahogo. En cuanto al tiempo con los síntomas, 14 de los 27 participantes empezaron a presentar los episodios en las últimas 24 horas, 8 en el último mes y 4 en un tiempo mayor; en dos personas no fue posible aclarar este dato.

La narrativa sobre la forma de afrontar la experiencia de los síntomas ha sido un hallazgo frecuente en las entrevistas de personas con enfermedad coronaria, tanto hombres como mujeres. Fusté señala el afrontamiento como “todo aquello que hace el individuo, ya sea observable o no, para minimizar las consecuencias generadas por una situación o estímulo estresante” (15). Se observó una tendencia a dirigirse directamente al servicio médico cuando la sintomatología persistía. En algunos casos hubo intención de posponer la decisión al no haber agudización de ésta. Se identificaron intentos por controlar el síntoma y narración de su sensación a otras personas, en especial a la pareja, pero a la hora de decidir, fueron ellos quienes tomaron la iniciativa.

Las categorías halladas fueron: “Nos vamos p’al médico”, “Eso pasa, dejemos así”, “Me tomo las pastas

y me pasa”, “Tocó quedarme quieto y esperar”. Algunos pocos consideraron esperar una solución o soporte de terceros (ayuda divina).

Consecuencias

Según Lenz, las consecuencias se refieren a los cambios causados por la sintomatología o derivados de ella, tales como variaciones funcionales, cognitivas y de rol.

Al respecto fue de importancia la categoría “Me toca cambiar”, que revela el reconocimiento de la necesidad de cambio desde una visión teórica: “...corregir las cosas que se están haciendo mal, evitarlas y mejorar las que se están haciendo bien”, comportamiento típico en el primer mes pos evento. La aspiración permanente es lograr el control y para ello se plantean promesas de cambio.

En cuanto a “Nada va a cambiar”, esta categoría emergente sugiere negación en la fase inicial, en donde no se han identificado con claridad los riesgos y la capacidad de autocuidado: “No... la vida mía es igual... estando enfermo o no estando enfermo sigue igual”; “Si... seguir siendo saludable, seguir haciendo exactamente lo mismo... seguir con la vida normal, yo me he visto normal, yo me he visto manejando, yo me he visto tomando trago (ríe)...”

“Me va a afectar”: esta categoría representa la claridad progresiva de la persona que ha recibido información y va integrando los datos para hacer una proyección a futuro. Se basa en los datos referidos generalmente por el médico, y el diagnóstico puede constituir una especie de amenaza a su proyecto de vida: “Me va a afectar... yo trabajo en un cuarto piso, tengo que subir y bajar escaleras... y según lo que dijo el médico acá, con el 46% de corazón muerto me queda muy difícil hacer ejercicio...”. Se vislumbran cambios en los roles de pareja y de cabeza de familia, que no son claramente descritos. La compañera marital cobra importancia como soporte para sobrellevar la experiencia y tomar decisiones posteriores. Se observa mayor atención a las sensaciones del cuerpo y en el estado de sí mismo.

Discusión

En el contexto de la poca efectividad de las medidas de control de factores de riesgo para enfermedad coronaria y de promoción de hábitos saludables en los individuos y poblaciones, las investigaciones se han dirigido a buscar soluciones en diversas direcciones como el estudio de aspectos cognitivos y psicosociales que

subyacen en los comportamientos, para que desde allí se identifiquen estrategias de mayor impacto. El presente estudio cualitativo aporta a este enfoque, pues a través de la interpretación sintáctica y semántica, identifica aspectos útiles para la comprensión del fenómeno cuyos indicadores son los síntomas.

Las categorías halladas dentro de factores determinantes reflejan un pensamiento que puede explicar la tendencia a la pasividad frente a factores de riesgo considerados inmodificables o que no están bajo control; así mismo, aparecen categorías que sustentan la personalidad o forma de ser, es decir, no son controlables por el paciente, ya que hacen parte de su identidad: "yo como sin medirme"; posiblemente encaja en el perfil grueso de comportamiento masculino y es bien aceptado por el participante, ya que se justifica en valores socialmente aceptados, generando un dilema entre lo que ahora se conoce y se sabe sobre el riesgo, y lo que se desea hacer. Al respecto, Tajer (16) señala que los hombres coronarios entrevistados en su estudio se describían así mismos como golosos y/o excesivos con la comida o el alcohol y con dificultades con el autocuidado y que la situación económica y la dificultad para el cumplimiento del rol de proveedor familiar determinaron que se sintieran "al borde de explotar" constituyendo un detonante del evento coronario; señala que la respuesta de los hombres ante el estrés, era "tragarse" la ansiedad, enojarse y estar nerviosos (16), tal como se manifiesta en el presente estudio.

Desde esta posición se dificultaría vislumbrar la posibilidad de cambio y por lo tanto se provoca nuevamente estrés por la falta de control de su vida. Es sobre este imaginario de la enfermedad y sus síntomas desde donde se constituye un proceso de cambio, de ajuste o de reforzamiento en el patrón de comportamiento.

Un hallazgo importante fue la sensación de desconocimiento: "No me han explicado", que en el contexto de las entrevistas se mostró como un vacío tanto en lo relacionado con su enfermedad como en los factores causales de ella. Por el contrario, Moreno (17) encontró la categoría: "Lo que saben", haciendo referencia a los conocimientos relacionados con factores de riesgo referidos por los hombres entrevistados, que fue señalada como derivado de la interacción con el sistema de salud y los medios de comunicación lo cual podría llevar, hipotéticamente, a una mayor claridad sobre la necesidad de cambio y cierto alivio frente a la ansiedad. Al respecto, Blaxter señala que "el hecho de suministrar un diagnóstico o un nombre no es suficiente: la ansiedad

sólo se aliviará si se ofrece algún indicio acerca de la manera como pudo haber ocurrido dicha situación" (18). En estas entrevistas el tema de interés es la percepción de los pacientes de que el asunto está en manos de otros.

De otro lado, el estrés crónico asociado a las propias exigencias y a las limitantes sociales se va posicionando como natural en la vida de estos hombres y las relaciones de hostilidad con la pareja son reconocidas como importantes; Faur (19) refiere estudios relacionados con el efecto del estrés marital y la salud, en especial cuando existen relaciones con una modalidad de interacción negativa, ya que se ha demostrado su efecto desde el punto de vista psiconeuroinmunológico. Asociada con este tema se encuentra la ansiedad como un factor de riesgo moderado, pero independiente para evento isquémico y muerte cardíaca en hombres y mujeres; se presenta así, antes, como factor determinante; durante y post evento, constituyéndose factor pronóstico en presencia de enfermedad coronaria. Díaz (20) señala que los niveles de ansiedad en pacientes con enfermedad cardiovascular varían entre 5% y 50% según la etapa en la que se encuentre; refiere a Steinberg y colaborador quienes demostraron cómo el estrés mental induce isquemia miocárdica. Kalina (21) señala: "Los estados depresivos significan un factor pronóstico de riesgo cardíaco". En el estudio de Tajer (16), una vez conocido el diagnóstico, los hombres reconocían que "un infarto era algo que les podía pasar", ya que estaban al borde de explotar. Sin embargo, esta opción no había sido suficiente para que tomaran las medidas adecuadas en cuanto a control de factores de riesgo.

La interpretación parcial del mensaje médico es un buen ejemplo sobre el proceso de subjetivación, mediante el cual el individuo asume las formas de representación social y las integra en su singularidad, definiendo el comportamiento (16): "Hablé con los médicos a ver si era a raíz del cigarrillo y me dicen que no, porque los pulmones están bien, que es a raíz de las grasas..."

En cuanto a dimensiones del síntoma, las descripciones fueron concretas, similares a lo señalado por otros estudios en lo relacionado con la palabra propiamente dicha: dolor y su ubicación retroexternal, con irradiación hacia el brazo izquierdo, cuello o mandíbula (22, 23). Lo que no ha sido descrito es dolor primario o inicial en la mandíbula y de especial importancia los términos utilizados para describirlo, mediante analogías que pueden actuar como variables de confusión. La sensación como punzada presente en este estudio, ha sido hallada con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, como lo señaló De Von (3).

El tiempo que llevan experimentando los síntomas, comparado con estudios en el género femenino, muestra que los hombres demoran menos en consultar que las mujeres. Ejemplos de esto son los hallazgos de Soto (24) en cuyo caso la mayoría de las mujeres consultó después de 12 horas, o el de Rincón (25) que refiere que la mayoría de las entrevistadas llevaban más de un mes conviviendo con la sintomatología. Es posible que el perfil cultural de los hombres favorezca más claramente el proceso para tomar una decisión en relación con su salud y esto favorece el pronóstico.

El afrontamiento del hombre con angina tiende a ser un proceso concreto, que en ocasiones se demora mientras sucede la automedicación y el descanso, pero si persiste la sintomatología, la decisión es rápida y autónoma; sólo requiere un acompañante que es la compañera o un hijo. Si el hombre ya ha tenido un evento similar o ha conocido esta situación en la familia, la decisión de solicitar atención sucede de manera más rápida, con algunas excepciones, tal como se aprecia en el estudio de Tajer (16). Es de importancia la automedicación, tema que en esta como en otras enfermedades permite un grado de control subjetivo, pero también puede constituir un mecanismo de demora en la consulta, retrasando así el tratamiento oportuno. Esta forma ha sido documentada frecuentemente en estudios en mujeres como lo refieren Soto, Rincón, De la Cuesta y Cortés (24, 26-28).

Dentro de las consecuencias del síntoma y su significado, se aprecian categorías que constituyen indicadores de las etapas iniciales de adaptación a la enfermedad; apenas se vislumbran las limitantes asociadas y la necesidad de cambio en un marco de trascendencia del SER, frente a una experiencia que redimensiona las diferentes situaciones de la vida cotidiana.

Finalmente, es útil relacionar las consecuencias del síntoma con factores determinantes: el deseo de control podría ser un factor protector, en el sentido de tomar decisiones oportunas y ejecutarlas; sin embargo, si el paciente considera muchos de los factores determinantes como aspectos externos no controlables, se potencializará su angustia, situación que requiere de un soporte claro desde el punto de vista emocional y de cuidado. En ese mismo sentido, la forma de afrontamiento determinará las consecuencias del síntoma y éstas a su vez, el afrontamiento; conocer esta dinámica es de gran utilidad para establecer una relación terapéutica con el paciente.

Conclusiones

La descripción organizada y detallada de los síntomas de angina percibidos por este grupo de hombres, refleja una experiencia compleja desde el cuerpo vivido en una situación específica de salud-enfermedad y en un espacio en donde se establecen las relaciones del individuo con los otros, con el contexto externo y consigo mismo, generando significados.

Los factores determinantes describen un perfil de riesgo que incluye connotaciones personales y contextuales para la aparición de la enfermedad, revelando una combinación potencializadora de los hábitos a partir de la identidad reflejada en la "forma de ser", "la herencia", un contexto que presiona, la dependencia de otros y el alto estrés psicosocial no frecuentemente expresado. Los factores de riesgo son referidos de manera teórica y débil dentro de las narrativas.

La palabra más común para expresar el síntoma fue "dolor", acompañada de analogías que ilustran la sensación vivida con una frecuencia importante de "dolor insignificante", seguido del "dolor como una punzada" y "sensación difícil de explicar".

Las ubicaciones diferentes al tórax, tal como la expresada en la categoría: "Dolor de oreja a oreja", explican la alta probabilidad de confusión de los síntomas. La irradiación se presentó, como lo señala la literatura, hacia el brazo izquierdo y el cuello. La experiencia de angustia estuvo presente en todos los participantes y fue referida como "angustia por la vida", ligada a la incertidumbre y miedo a la muerte; se relaciona con la persistencia de los síntomas, conduce a consultar y llega a un estado intenso mientras se van desarrollando los medios diagnósticos.

En la etapa en que fue realizada la entrevista (primera semana post infarto, en la mayoría de los casos), momento en que está presente el miedo por la experiencia recién vivida, se ha recibido información intensiva y se ha percibido una gran cantidad de síntomas desagradables que han enfocado la atención sobre sí mismo; se expresa la promesa de cambio y algunas expresiones denotan impotencia frente al dictamen médico. La figura de la compañera cobra importancia como soporte y compañera para su propia decisión; se destaca la capacidad decisoria del hombre, tanto para consultar, como para automedicarse.

El perfil sintomático obtenido desde la voz de los hombres participantes, muestra un espectro más amplio que el que tradicionalmente se encuentra en los textos y alerta sobre la necesidad de actualizarlo y contextualizarlo. Esta información es un aporte al cuidado directo del paciente coronario, tanto para trabajar en prevención primaria, secundaria y terciaria, así como para la estructuración de programas de promoción de la salud cardiovascular, a través de estrategias de atención primaria en salud cardiovascular, mediante el desplazamiento a empresas, barrios, colegios, parques, entre otros, es decir, a los escenarios de la vida cotidiana para interactuar con las comunidades en la búsqueda de la salud y el bienestar.

Bibliografía

- Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles en las Américas: construimos un futuro más saludable. [on line]. Washington, D.C., 2011. [Consultado 18 diciembre de 2011]. Disponible en: http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&task=view&id=1261&Itemid=488pg
- Departamento Nacional de Estadística. Defunciones por grupo de edad y sexo, según departamentos de ocurrencia y grupos de causas de defunción (lista Colombia 105 para la tabulación de mortalidad) [on line]. 2010 [Consultado el 5 noviembre 2012]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=1048&Itemid=119
- De Von, HA. The Symptoms of instable angina: ¿Do women and men differ? Nurs Res. 2003; 52 (2): 108-118.
- Miller CL. Cue sensitivity in women with cardiac disease. Prog Cardiovasc Nurs. 2000; 15 (2): 82-89.
- Organización Mundial de la Salud. First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control. [on line]. 2011. [consultado el 25 de septiembre de 2011]. Disponible en: http://www.un.org/en/ga/president/65/issues/moscow_declaration_en.pdf,
- Lenz E, et al. Desarrollo colaborativo de teorías de enfermería de rango medio: Hacia una teoría de síntomas desagradables. ANS Adv Nurs Sci. 1995; 17 (3): 1-13.
- Merino A, et al. Investigación cualitativa en ciencias sociales: Temas, problemas y aplicaciones. 1ª edición. Buenos Aires: Cengage Learning; 2009.
- Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Primera Edición en Español. Traducción: Eva Zimmerman Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
- Lenz E, et al. La teoría de enfermería de rango medio de síntomas desagradables: una actualización. ANS Adv Nurs Sci. 1995; 19 (3): 14-27.
- Krippendorff K. Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica. Traducción de Leandro Wolfson. Barcelona: Ediciones Paidós; 1990.
- Navarro P, Díaz C. Capítulo 7: Análisis de contenido. En: Delgado, J., Gutiérrez, J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Tercera reimpresión. España: Editorial Síntesis; 1999.
- Ministerio de Salud. Resolución Número 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio. 4 de octubre de 1993.
- Congreso de la República. Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso. 6 de octubre de 2004.
- Gift A. Unpleasant symptoms. En: Peterson SJ y Bredow TS. Middle Range Theories. Application to Nursing Research. Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
- Fusté A. Personalidad y salud: relación entre la ansiedad y respuesta inmune en la mujer. En: Sánchez, MP. Mujer y salud: Familia Trabajo y Sociedad. Díaz de Santos Ediciones; 2003.
- Tajer D. Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2009.
- Moreno Arias JZ. Diferencia en los síntomas de angina que presentan hombres y mujeres atendidos en la Fundación Cardiovascular de Colombia. [Tesis para optar el título de Magíster en Enfermería con énfasis en Salud cardiovascular] Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2009.
- Blaxter M. Las causas de la enfermedad. En: De la Cuesta, C. (comp.) Salud y enfermedad. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1999.
- Faur P. Estrés conyugal: un golpe al corazón. En: Laham, M. (Comp.) 4ª Jornada de Psicocardiología "corazón y emoción". Instituto de Psicocardiología Buenos Aires: Ediciones del Instituto de Psicocardiología; 2010.
- Díaz P. Factores psicoemocionales y enfermedad cardiovascular. En: Rincón F, Garzón M, Díaz E, Lucena G. Bogotá: Distribuna Editorial Médica; 2008. p. 175-193.
- Kalina E. Depresión y enfermedad cardiovascular. En: Laham, M. (Comp.) 4ª Jornada de Psicocardiología "Corazón y emoción". Instituto de Psicocardiología Buenos Aires: Ediciones del Instituto de Psicocardiología; 2010.
- Hamm C, 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. 2012; 65 (2): 173.e1-e55.
- Steg G, et al. Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. Rev Esp Cardiol. 2013; 66 (1): 53.e1-e46.
- Soto A. Factores que intervienen en la demora de la solicitud de atención médica o de enfermería en mujeres que presentan dolor torácico de origen coronario. Av Enfer. 2007; 25 (2): 58-64.
- Rincón F, Garnica G, Durán de Villalobos M, Rodríguez J. Caracterización de los síntomas de angina en un grupo de mujeres con prueba de esfuerzo positiva. Rev. Colomb. Cardiol. 2007; 14 (3): 159-172.
- Rincón F. Caracterización de los síntomas de angina en un grupo de mujeres con cateterismo positivo para enfermedad coronaria a la luz de la teoría de los síntomas desagradables de Lenz y colaboradores". [Tesis para optar el título de Maestría en Enfermería con énfasis en Salud cardiovascular]. Bogotá D.C., Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. 2006.
- De la Cuesta C. Las mujeres y el manejo de un síntoma: de la valoración a la selección. Salud Pública Mex. 1999; 41: 124-129.
- Cortés LA. Tipificación del síntoma dolor torácico tipo isquémico en la mujer, a la luz de la teoría de los síntomas desagradables. Av Enfer. 2007; 25 (2): 76-89.