

Características socioculturales y de salud asociadas a enfermedad coronaria en mujeres. Estudio caso-control

Socio-cultural and healthcare characteristics associated with coronary artery disease in women. A case-control study

Características socioculturais e de saúde associadas à doença coronariana em mulheres. Estudo caso-controle

**Carmen Ofelia Narváez-Eraso¹, Alexander Efraín Díaz-Delgado²,
Dedsy Yajaira Berbesi-Fernández³**

Histórico

Recibido:

23 de abril de 2019

Aceptado:

8 de agosto de 2019

1 Universidad Mariana. Programa Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud. Pasto, Colombia. Autor de Correspondencia. E-mail: cnarvaez@umariana.edu.co <http://orcid.org/0000-0002-1778-5284>

2 Hospital Universitario Departamental de Nariño. Pasto, Colombia. E-mail: alexanderdiaz7856@hotmail.es <http://orcid.org/0000-0002-5287-3378>

3 Universidad CES, Facultad de Enfermería. Medellín, Colombia. E-mail: dberbesi@ces.edu.co <http://orcid.org/0000-0002-6586-4120>

Resumen

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares se constituyen un problema de salud pública, dentro de este grupo, la enfermedad coronaria ha mostrado incrementos especialmente en la prevalencia para infarto agudo de miocardio en mujeres de 35-54 años. La organización mundial de la salud propone estudiar el problema desde las diferencias regionales para encontrar soluciones al asunto. **Objetivo:** Analizar la asociación entre características socioculturales y de salud con la enfermedad coronaria en mujeres de Nariño. **Materiales y Métodos:** Estudio de casos (mujeres con enfermedad coronaria) y controles (mujeres sin enfermedad coronaria) atendidas en instituciones de referencia para el departamento de Nariño. La muestra estuvo conformada por 35 casos y 105 controles por muestreo no probabilístico. **Resultados:** Características como: ser fumadora, hipertensa y vivir en el área urbana mostraron mayor asociación con la enfermedad coronaria: Odd ratios= 21,11; IC 95% 3,97-112,26 y Odd ratios= 9,47; IC 95% 2,87-31,23 respectivamente. Se destaca la proporción de mujeres con enfermedad coronaria que culturalmente se caracterizan por callar su enfermedad para no preocupar. **Discusión:** Ser fumadora e hipertensa se constituyen en determinantes para desarrollar enfermedad coronaria, situaciones que pueden ser inducidas por situaciones familiares, sociales, culturales, ocupacionales que la mujer debe enfrentar. **Conclusiones:** La mujer con enfermedad coronaria se caracterizó por ser fumadora, hipertensa y vivir en el área urbana, lo anterior muestra que es necesario generar estrategias específicas de prevención y control en la mujer. **Palabras clave:** Salud de la Mujer; Enfermedad Coronaria; Factores de Riesgo; Factores Culturales; Productos de Tabaco.

Abstract

Introduction: Cardiovascular diseases are a public health problem. In this group, coronary artery disease has shown an increase, in particular, in the prevalence of acute myocardial infarction in 35-54-year-old women. The World Health Organization suggests studying this issue based on regional differences to find solutions. **Objective:** To analyze socio-cultural and healthcare characteristics associated with coronary artery disease in women from Nariño. **Materials and Methods:** Case study (women with coronary artery disease) and controls (women without coronary artery disease) served in reference institutions of Nariño. The sample was made of 35 cases and 105 controls through non-probability sampling. **Results:** Features such as being a smoker, hypertensive and living in an urban area showed greater association with coronary artery disease: Odd ratios= 21.11; CI 95% 3.97-112.26 and Odd ratios= 9.47; CI 95% 2.87-31.23, accordingly. A proportion of women with coronary artery disease stand out as culturally characterized by keeping their illness a secret not to worry others. **Discussion:** Being a smoker and hypertensive are key factors to develop coronary heart disease; these situations can be induced by family, social, cultural and occupational issues faced by women. **Conclusions:** Women with coronary artery disease were characterized as being smokers, hypertensive and living in an urban area; it is thus necessary to generate specific prevention and control strategies for women. **Key words:** The Health of Women; Coronary Heart Disease; Risk factor's; Cultural Factors; Tobacco Products.

Resumo

Introdução: As doenças cardiovasculares são um problema de saúde pública e, dentro desse grupo, a doença coronariana tem apresentado um aumento, principalmente, na prevalência de infarto agudo do miocárdio em mulheres de 35 a 54 anos. A Organização Mundial da Saúde propõe estudar o problema a partir de diferenças regionais para encontrar soluções ao problema. **Objetivo:** Analisar a associação entre características socioculturais e de saúde com doença coronariana em mulheres de Nariño. **Materiais e Métodos:** Estudo de casos (mulheres com doença coronariana) e controles (mulheres sem doença coronariana) tratadas em instituições de referência no departamento de Nariño. A amostra foi composta por 35 casos e 105 controles por amostragem não probabilística. **Resultados:** Características como: ser fumante, hipertensa e moradora da área urbana apresentaram maior associação com a doença coronariana: razão de possibilidades = 21,11; IC95% 3,97-112,26 e razão de possibilidades = 9,47; IC 95% 2,87-31,23, respectivamente. Destaca-se o número de mulheres com doença coronariana que são culturalmente caracterizadas por silenciarem sua doença para não preocupar. **Discussão:** Ser fumante e hipertensa são fatores determinantes para o desenvolvimento da doença coronariana, situações que podem ser induzidas por situações familiares, sociais, culturais, ocupacionais que a mulher deve enfrentar. **Conclusões:** A mulher com doença coronariana se caracterizou por ser tabagista, hipertensa e por morar em uma área urbana, o exposto anteriormente demonstra que é necessário gerar estratégias específicas de prevenção e de controle nas mulheres. **Palavras chave:** Saúde da Mulher; Doença Coronariana; Fatores de Risco; Fatores Culturais; Produtos de Tabaco.

Como citar este artículo: Narváez-Eraso C, Díaz-Delgado A, Berbesi-Fernández D. Características socioculturales y de salud asociadas a enfermedad coronaria en mujeres. Estudio caso-control. Rev Cuid. 2019; 10(3): e856. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.856>



©2019 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 4.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

INTRODUCCIÓN

Las tasas de mortalidad global por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), para el año 2012 fueron similares en hombres y mujeres¹. Entre las ECNT se destaca la enfermedad cardiovascular y dentro de ésta, sobresale la enfermedad coronaria (EC), como la principal causa de muerte en mayores de 45 años con un incremento en la prevalencia para infarto agudo de miocardio sobre todo en mujeres de 35-54 años. No obstante, la EC, es una enfermedad subestimada por parte de ellas mismas, siendo asumida como una condición normal, con la cual la mujer se acostumbra a vivir^{2,3}.

Para ejercer algún control en el incremento de las estadísticas de la enfermedad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera necesario y prescindible realizar ajustes regionales, con el fin de implementar recomendaciones acordes a la diversidad del entorno: las diferencias de perfiles regionales, culturales y sociales en los que se desarrolla el proceso salud-enfermedad con el fin de encontrar soluciones a la problemática⁴.

Conocer las características, cualidades o rasgos de las (los) habitantes de las diferentes regiones puede contribuir en la realización de esos ajustes para el control de la EC. Las características socioculturales de los grupos humanos hacen parte y están inmersas en los determinantes de salud, y se definen como las propiedades fundamentadas en el estilo de vida que se afectan por la variedad de corrientes sociales, económicas y políticas, que influyen la calidad de salud de las personas⁵ y permiten el abordaje y entendimiento del

proceso salud- enfermedad⁶.

La cultura está constituida por todas las maneras, estilos y expresiones (género, nivel de educación, religión, etnia, lengua, hábitos, valores, creencias, costumbres y cosmovisión), que identifican a una población y determinan su condición de salud⁶. La cultura modela las conductas homogenizando comportamientos sociales, los riesgos para la salud están principalmente creados por la cultura. Existe una relación compleja entre cultura y salud que constituye todo un reto para las sociedades⁶.

Existen pruebas que han demostrado el nexo entre lo psicosocial y socio económico con enfermedad coronaria, se considera que las mujeres de estrato bajo, con ingresos socioeconómicos igualmente bajos y que ejercen labores no jerárquicas, muestran mayores tasas de enfermedad coronaria; el carácter personal, el estrés, el escaso apoyo social, carga de responsabilidades, son factores de riesgo para la mujer⁷.

Tajer observó que los conceptos tradicionales de factores de riesgo cardiovascular tales como cigarrillo, presión arterial alta, la diabetes mellitus, la edad, el sexo, los antecedentes familiares, el sedentarismo, solo forman una pequeña parte del contexto en el que se desarrolla la enfermedad, destaca así los fenómenos de: sobreadaptación, las diferencias de afrontamiento según la situación social, el desequilibrio de la institución familiar como factores influyentes en la generación de los factores de riesgo y por tanto de EC⁸ y efectivamente en la mujer se ha encontrado mayor prevalencia de la EC con la hipertensión arterial, dislipidemias, diabetes y en menor

proporción con el tabaquismo en comparación con los hombres^{9,10}, estudios recientes reportan mayor frecuencia de obesidad y escasa actividad física en las mujeres¹¹. Se ha considerado que la existencia de factores colectivos, sociales o culturales, pueden agravar la situación: lugar donde vive la mujer (lugar de residencia), la característica de la sociedad (etnias, culturas, constitución familiar), nivel de capital social que posee (pobreza, riqueza), su relación con el resto de los habitantes (apoyo social y redes) y su mayor o menor capacidad económica¹². Se considera que las desigualdades económicas o inequidades sociales constituyen un riesgo para la mayoría de enfermedades conocidas¹³, pero por otra parte la EC no es percibida por parte de la mujer como la principal enfermedad que la afecta, incluso puede pasarla como desapercibida¹⁴, de manera que la edad, y la herencia se han convertido en elementos de aceptación y resignación para la enfermedad pues ésta se asume como normal y ligada al proceso de envejecimiento de la mujer⁷.

Un estudio previo sobre caracterización de la angina de pecho en mujeres realizado en la ciudad de Pasto, entre los años 2008-2009 mostró algunos aspectos de índole cultural que denotan la existencia de una “cultura del aguante”¹⁵ de la enfermedad como una respuesta de afrontamiento de la mujer frente a la enfermedad y su prevención, la categoría encontrada se denominó: “callar para no preocupar”¹⁵ la cual engloba expresiones sobre comportamientos asumidos frente a la experiencia de la enfermedad.

Teniendo en cuenta que las características sociales y culturales influyen la experiencia de

la enfermedad, su manifestación y la expresión de los síntomas¹⁵, se considera necesario indagar más a fondo sobre estos supuestos, y estudiar en forma comparativa dichas características en mujeres diagnosticadas con EC (casos) y en mujeres ausentes de ella (controles) y comprobar que existen diferencias en la asociación en mujeres con EC y sin ella, desde un análisis que involucre las características socio culturales y su asociación con la EC con el fin de contribuir a la búsqueda de estrategias específicas que favorezcan la promoción y prevención de la salud cardiovascular y coronaria en la mujer.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, analítico con diseño de casos y controles. La muestra fue calculada con un nivel de confianza de 95%, un poder del 80%. Asumiendo una proporción de enfermedad en los no expuestos de 30%, una prueba unilateral, un riesgo relativo de 3, y relación de caso-control 1:3, obteniendo en total: 35 casos incidentes para el periodo estudiado (enero 2015- enero 2016) y 105 controles sin EC, ambos grupos provenientes de dos instituciones de salud referentes para todo el departamento de Nariño. El tipo de muestreo fue no probabilístico, por conveniencia.

Criterios de inclusión para casos

-Mujeres que reportaron un riesgo cardiovascular >10% según la tabla de predicción del riesgo cardiovascular: AMR-B de la OMS/IHS para contextos en que no se puede medir el colesterol¹⁶ y con reporte de cateterismo cardiaco positivo

para enfermedad coronaria quienes fueron hospitalizadas en la unidad Cardioquirúrgica de referencia para el departamento de Nariño durante el periodo estudiado.

-Mujeres con un estado mental y comunicativo conservado, procedentes y residentes en el departamento de Nariño.

Criterios de inclusión para controles

-Mujeres que reportaron un riesgo cardiovascular $\leq 10\%$ en la tabla de predicción del riesgo cardiovascular: AMR-B de la OMS/IHS para contextos en que no se puede medir el colesterol¹⁶, mujeres hospitalizadas en una institución de referencia para el departamento de Nariño con diagnóstico diferente a enfermedad coronaria durante el periodo estudiado.

-Mujeres con estado mental y comunicativo conservado, procedentes y residentes en el Departamento de Nariño.

Las pacientes fueron reclutadas al momento de su hospitalización en las dos instituciones de salud. La fuente de datos fue primaria directamente de las pacientes, quienes proporcionaron información respecto a aspectos demográficos, sociales y culturales, paralelamente se utilizó como fuente secundaria la historia clínica de donde se tomó y verificó diagnósticos y situación de salud (casos-controles) y reporte de cateterismo cardíaco (casos).

Variable de respuesta: Enfermedad coronaria

Variables de exposición:

1. Comorbilidad: presencia de hipertensión arterial, diabetes, obesidad.
2. Antecedentes familiares para enfermedad coronaria (EC) e infarto agudo de miocardio (IAM). Edad.
3. Características sociales y culturales:
 - Procedencia (urbana-rural), residencia actual (urbana-rural), estrato socioeconómico, escolaridad, ocupación, estado civil.
 - Percepción del apoyo social recibido (grupos conformados o familia). Etnia.
 - Afrontamiento frente a la enfermedad: callar para no preocupar, buscar ayuda médica, controlarse a sí misma.
 - Comportamientos: Fumar, consumo de licor, actividad física.

Análisis estadístico

Se exploró normalidad para la edad mediante pruebas de Shapiro -Wilk y Kolmogorov – Smirnov y se determinó diferencias estadísticamente significativas para mediana de la edad entre los grupos mediante: U Mann Whitney. Se llevó a cabo análisis bivariado (crudo) entre variables sociales, culturales, comorbilidades y la presencia de EC, se estimó los Odd ratios (OR) como medida de asociación.

Con el fin de identificar el mejor ajuste posible, se realizó una regresión con todas las variables del estudio; no obstante, se mantuvo las que mostraron significancia estadística (p valor), su respectivo intervalo de confianza del 95%. Se

aplicó la prueba estadística de χ^2 asumiendo un p valor $< 0,05$ como estadísticamente significativo.

Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 18, con licencia de la Universidad CES y el programa para análisis de datos epidemiológicos EPIDAT 4.1. El estudio respetó los principios éticos fundamentales contemplados en la declaración de Helsinki. Se trató de una investigación sin riesgo según resolución 8430 de octubre 04 de 1993, aprobada por los comités de ética en investigación de la Universidad CES código 420 y acta 081 de junio 2015 y de las instituciones de salud participantes (C0615). El 100% de las mujeres incluidas en el estudio otorgaron su consentimiento informado para las preguntas complementarias. El cuestionario fue sometido a validación del ítem mediante revisión de experto obteniendo una valoración de aceptable, posteriormente fue llevado a prueba piloto en un grupo de 10 mujeres (5 casos y 5 controles) quienes cumplieron criterios de inclusión, la prueba permitió evaluar y ajustar aspectos de redacción y comprensión con el fin de disminuir sesgos de información, la prueba fue aplicada por los investigadores.

RESULTADOS

Caracterización de los grupos

Participaron en total 140 mujeres: 25% (35 mujeres) pertenecientes al grupo de caso y 75% (105 mujeres) del grupo control. Por reporte de catesterismo cardíaco los casos evidenciaron: enfermedad coronaria aterosclerótica de un vaso en 37,10% (13 casos), de un vaso principal 17,10%

(6 casos), de dos vasos 17,10% (6 casos); de tres vasos 17,10% (6 casos); de dos vasos principales 2,90% (1 caso); de tres vasos y uno principal 2,90% (1 caso), de 3 vasos principales 2,90% (1 caso) y de rama secundaria 2,90% (1 caso). En los controles según la clasificación diagnóstica CIE-10 se evidenció: Enfermedades del sistema digestivo 37,10% (39 controles), diferentes tipos de neoplasias 17,10% (18 controles), enfermedades del sistema nervioso con Glasgow 15/15 sin alteraciones de la memoria, juicio y raciocinio 12,40% (13 controles); enfermedades circulatorias 7,60% (8 controles), de la piel y de tejido subcutáneo 7,60% (8 controles), endocrinas y nutricionales 4,80% (5 controles), genito-uritarias 4,80% (5 controles), traumatismos y envenenamientos 2,90% (3 controles), del sistema respiratorio 1,90% (2 controles), infecciosas y parasitarias 1,90% (2 controles), del sistema osteomuscular y tejido conectivo 1,0% (1 control), de ojo y sus anexos 1,0% (1 control).

La media de edad fue de 66,69 años (D.E: 12,21) para casos y 63,38 años (D.E: 14,37) en controles. La distribución fue estadísticamente normal ($p= 0,88$) (Shapiro-Wilk) para los casos, pero no distribuye estadísticamente normal ($p= 0,01$) (Kolmogorov - Smirnov) en los controles. Según estadístico de prueba: U Mann Whitney, la mediana de la variable edad no tuvo diferencias estadísticamente significativas ($p=0,23$), para los grupos de investigación (caso y control). [Tabla 1.](#)

Fueron hipertensas el 82,90% (casos) y 33,3% (controles), obesas el 31,40% (casos) y 15,2% (controles), diabéticas tipo II el 22,9% (casos) y 14,3% (controles) [Tabla 1.](#)

Antecedentes familiares para EC en primer grado de consanguinidad: en padres y hermanos 42,90%, (15 casos) y 13,30% (14 controles).

Según las tablas de predicción de riesgo cardiovascular de la OMS-AMR-B para contextos en

que no se puede medir el colesterol¹⁶, los casos presentaron riesgo alto y muy alto para enfermedad coronaria con un 74,3%. En los controles se observó mayor proporción para riesgo bajo en 87,60% y moderado en 12,40% de las mujeres [Tabla 1](#).

Tabla 1. Características según edad, comorbilidad y nivel de riesgo cardio vascular según escalas AMR-B. Grupos de Estudio caso-control. Mujeres departamento de Nariño

Variable	Casos (35)	Controles (105)	p valor χ^2
Edad Media DE	66.6 $\pm$ 12.2	63.3 $\pm$ 14.3	0.88* casos 0.01**controles
Edad Mediana (Rq)	67 (16)	63 (22)	0.23***
Comorbilidad			
HTA	29	35	0.0001
DM	8	15	0.235
Obesidad	11	16	0.035
Escala AMR-B			
Riesgo Bajo	5	92	<0.0001****
Riesgo Moderado	4	13	
Riesgo Alto	8	0	
Riesgo muy alto	18	0	

* Shapiro-Wilk.

** Kolmogorov – Smirnov.

***U Mann Whitney.

**** χ^2 p valor <0,05

Características socio-culturales:

El ser casada fue el estado civil más frecuente en 42,90% (casos) y 41,90% (controles), procedentes de área urbana de diferentes municipios del departamento 60% (casos) y 48% (controles) y residentes en zona urbana 80% (casos) y 62% (controles) de estratos 1 y 2, 71,4% (casos) y 85,8% (controles), con una escolaridad primaria

60% (casos) y 60% (controles). Refirieron poseer ocupaciones elementales (amas de casa, pensionadas) 65,7% (casos) y 81% (controles), con un ingreso menor a un salario mínimo en 42,9% (casos) y 52,4% (controles). Reciben apoyo social de familiares y/o vecinos 77,10% (casos) y 86,6% (controles), son mujeres jefes cabeza de familia el 51,4% de casos y en el mismo porcentaje los controles, pertenecientes a la religión

católica 88,60 (casos) y 89,50 (controles), predominó la raza mestiza en 91,4% (casos) y 89,5% (controles).

Respecto al afrontamiento los mayores porcentajes en casos como en controles fueron para el buscar ayuda médica, seguida por la actitud de “callar para no preocupar” con 28,6% para los casos y 22,9% controles. Refieren consumo de cigarrillo 34,3% de casos y 2,9% controles siendo importante recalcar que un 22,9% de mujeres casadas se comportaron como fumadoras pasivas (cónyuge o hijos fumadores). El consumo de licor se presentó en 14,3% de casos y 4,8% controles, por su parte la actividad física fue ocasional en 45,7% casos y 28,6% controles.

En el análisis bivariado al comparar la residencia actual según la presencia de EC, se encontró que el riesgo crudo de presentar EC es de 2,46 (95% IC: 1,98-6,16) veces más probables para aquellas mujeres que residen en área urbana que para las que residen en área rural. Siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$), [Tabla 2](#).

Respecto al estrato y la presencia de EC, se determinó que quienes presentan el mayor porcentaje de EC se encuentran en los estratos 1 y 2 con un 37,1% y 34,30% respectivamente. Los menores porcentajes de mujeres con EC se encuentran en los estratos cuatro y cinco y no superan el 10%. Se evidenció asociación estadística entre el estrato 2 y la presencia de EC ($p < 0,05$), y lo confirma el valor del OR crudo calculado y su intervalo de confianza que no pasa por la unidad, [Tabla 2](#).

Según el apoyo social y la presencia de EC, se encontró que las mujeres con EC en un porcentaje del 57,10% reciben apoyo de familiares o vecinos, siendo los menores porcentajes en un 20% para aquellas mujeres coronarias que reci-

ben apoyo de alguno de estos dos colectivos y en igual porcentaje aquellas mujeres con EC que no salen/no reciben visitas. El 73,30% de quienes no presentan EC refieren apoyo de familiares o vecinos, un porcentaje inferior al 10% de quienes no presentaron EC no contaban con apoyo social y no salían / recibían visitas o no salían/ no recibían visitas, [tabla 2](#). Se evidenció asociación estadística ($p < 0,05$) entre el apoyo social y la presencia de EC, y se reafirma con los valores de OR crudos calculados y los intervalos de confianza, entendiéndose que el apoyo social operó como un factor protector para las mujeres sin EC, [Tabla 2](#).

Para el consumo de cigarrillo (se consideró como fumadora a la persona que había fumado al menos un cigarrillo al día por un periodo de un año, según criterio de Doll y Hill), se determinó que quienes presentan el hábito de fumar 34,30% presentan EC. Los OR calculados indican que existe 17,74 (95% CI: 4,63-67,99) veces más riesgo de presentar EC por su consumo, el intervalo de confianza, indica que existe diferencia estadísticamente significativa que valida esta asociación, ($p < 0,01$), [Tabla 2](#).

Finalmente, no se encontró asociación estadística entre el estado civil, la procedencia, escolaridad, ocupación, ingresos, rol que desempeña en el núcleo familiar, religión, grupos social o etnia a la que pertenece consumo de licor, actividad física y la presencia de EC ($p > 0,05$), y se confirma con los valores de los OR crudos calculados y los intervalos de confianza. Si bien se encontró significancia estadística ($p < 0,05$) para el afrontamiento (variable cultural de interés para el estudio) y EC, [Tabla 2](#), los intervalos de confianza, muestran que no existe diferencia estadísticamente significativa que valide la asociación.

Tabla 2. Características socio-culturales asociadas a enfermedad coronaria. Análisis crudo.
Estudio caso-control. Mujeres departamento de Nariño

Variable	Caso (n=27)		Control (n=70)		OR	(IC 95%)	Valor P*
	No	%	No	%			
Estado Civil							0,83
Soltera	7	20	23	21,90	1,16	(0,34 -4,01)	
Casada	15	42,90	44	41,90	1,31	(0,45 -3,82)	
Unión Libre	5	14,30	9	8,60	2,13	(0,52 -8,77)	
Viuda	6	17,10	23	21,90		-	
Separada	2	5,70	6	5,70	1,28	(0,20 -8,01)	
Procedencia							
Rural	14	40	55	52	0,54	(0,24 -1,18)	0,08
Urbana	21	60	50	48	1	-	
Residencia actual							
Rural	7	20	40	38	1	-	0,04
Urbana	28	80	65	62	2,46	(1,98 -6,16)	
Estrato Socioeconómico							0,02
Uno	13	37,10	66	62,90	1	-	
Dos	12	34,30	24	22,90	2,54	(1,02 -6,33)	
Tres	7	20	14	13,30	2,54	(0,86 -7,51)	
Cuatro	1	2,90	1	1	5,08	(0,29 -86,45)	
Cinco	2	5,70	0	0	0,00	NA	
Escolaridad							0,99
Sin escolaridad	4	11,40	11	10,50		-	
Primaria	21	60	63	60	0,92	(0,26 -3,19)	
Bachillerato	7	20	22	21	0,87	(0,21 -3,64)	
Tec -técnico	1	2,90	4	3,80	0,69	(0,06 -8,14)	
Universidad	2	5,70	5	4,80	1,100	(0,15 -8,12)	
Ocupación							0,17
Empleada	5	14,3	9	8,60	2,05	(0,63 -6,72)	
Independiente	7	20	11	10,50	2,35	(0,82 -6,74)	
Ocupación elemental	23	65,70	85	81	1	-	
Ingresos							0,74
Sin ingresos	5	14,30	14	13,30	1	-	
Menos de un mínimo	15	42,90	55	52,40	0,76	(0,24 -2,46)	
Un salario mínimo	9	25,70	19	18,10	1,33	(0,36 -4,83)	
Mayor de un mínimo	56	17,10	17	16,20	9,22	(2,90 -29,32)	
Apoyo Social							0,02
Familiares y Vecinos	7	20	14	13,30	0,35	(0,08 -1,54)	
Familiares o Vecinos	20	57,10	77	73,30	0,18	(0,05 -0,65)	
No Sale/Recibe visita	1	2,90	9	8,60	0,08	(0,01 -0,84)	
No Sale /No Recibe							
Visita	7	20	5	4,80	1	-	

Rol en núcleo familiar							0,76
Jefe	18	51,40	54	51,40	1	-	
Cónyuge	15	42,90	41	39	1,10	(0,49 -2,43)	
Otra	2	5,70	10	9,50	0,60	(0,12 -2,10)	
Religión							0,98
Católica	31	88,60	94	89,50	1	-	
Ninguna	1	2,90	3	2,90	1,01	(0,10 -10,07)	
Otra	3	8,60	8	7,60	1,14	(0,28 -4,55)	
Grupo social o etnia							0,52
Mestiza	32	91,40	94	89,50	1	-	
Otra	3	8,60	11	10,50	1,25	(0,327 -4,76)	
Afrontamiento a la enfermedad:							0,04
Callar/no preocupar	10	28,60	24	22,90	1	-	
Controlarse a sí misma	9	25,70	46	43,80	0,47	(0,17 -1,31)	
Busca ayuda médica	16	45,70	35	33,30	1,10	(0,43 -2,82)	
Hábitos:							
Al Cigarrillo	12	34,30	3	2,90	17,74	(4,63 -67,99)	0,00
Al licor							
Si	5	14,30	5	4,80	3,33	(0,90 -12,29)	0,07
Actividad Física							0,22
Frecuentemente	12	34,30	23	21,90	3,88	(1,35 -11,11)	
Ocasionalmente	16	45,70	30	28,60	3,96	(1,46 -10,72)	
Nunca	7	20	52	49,50	1	-	

* χ^2 p valor <0,05; 1: Población de referencia

Se realizó un modelo multivariado de regresión logística con el fin de ajustar el riesgo de presentar Enfermedad Coronaria, con los 8 potenciales factores de riesgo y de protección ($P < 0,05$), en el análisis bivariado [Tablas 3 y 4](#). Hipertensión arterial, obesidad, antecedentes de familiares con enfermedad coronaria-IAM, estrato socioeconómico, apoyo social, residencia actual, afrontamiento frente a la EC y consumo de cigarrillo mostraron asociación estadística para EC. El ajuste mostró aumento del OR para el hábito de consumo de cigarrillo el cuál proporciono un riesgo de 21,12 veces más en las mujeres coro-

narias que en las no coronarias: (OR= 21,12; IC 3,97-112,26) mostrando un incremento al ajustarse por las variables más significativas. Se observó disminución del OR para la comorbilidad hipertensión arterial y diabetes, mantuvo significancia estadística (IC) la primera finalmente representó 9,47 veces más riesgo en las mujeres con EC, (OR= 9,47 IC (2,87-31,23) al igual que los antecedentes familiares que mostraron un riesgo mayor en 4,41 comparado con las mujeres del grupo control (OR =. 4,41 IC=1,35-14,44). Por su parte el estrato socioeconómico, residencia actual, apoyo social, afrontamiento perdieron también significancia. [Tabla 3](#).

Tabla 3. Estimación de ORs (ajustado) entre características sociales, culturales, comorbilidad y enfermedad coronaria. Estudio caso-control.**Mujeres departamento de Nariño**

Variables	OR c	IC 95%	OR A	IC 95%
Diagnóstico HTA	9,67	(3,67-25,45)	9,47	(2,87-31,23)
Diagnóstico Obesidad	2,55	(1,05-6,21)	2,06	(0,65-6,53)
Antecedente EC-IAM	4,87	(2,03-11,69)	4,41	(1,35-14,44)
Estrato socioeconómico	-		1,39	(0,66-2,92)
Uno	1	-		
Dos	2,54	(1,02-6,33)		
Tres	2,54	(0,86-7,51)		
Cuatro	5,08	(0,29-86,45)		
Cinco	0,00	NA		
Apoyo social	-			
Familiares y vecinos	0,35	-	1,72	(0,84-3,49)
Familiares o vecinos	0,18	(0,08-1,54)		
No sale/recibe visitas	0,08	(0,05-0,65)		
No sale /no recibe visitas	1	(0,01-0,84)		
Residencia actual		(0,98-6,16)	0,98	(0,26-3,73)
Rural	1			
Urbana	2,46			
Afrontamiento EC			1,45	(0,46-4,63)
Callar/no preocupar	1			
Controlarse a sí misma	0,47	(0,17-1,31)		
Busca ayuda médica	1,10	(0,43-2,82)		
Consumo Cigarrillo	17,74	(4,63-67,99)	21,12	(3,97-112,26)

1: Población de referencia

En el primer modelo saturado, se incluyeron todas las variables del estudio, luego se fueron retirando las variables que no indicaron asociación estadística, hasta llegar al modelo que mejor explica la aparición de la enfermedad coronaria. [Tablas 3 y 4.](#)

La asociación más fuerte para enfermedad coronaria se observó con el consumo de cigarrillo, el cual representa el riesgo más alto y que mostró un incremento de 3,37 al ajustarse por las variables más significativas del estudio (OR 21,11; IC 95% 3,97-112,26) entre los factores asociados.

La hipertensión arterial mostró un OR crudo de 9,67 y se disminuyó en un 0,20 al ajustarse por los demás factores, (OR=9,472; IC 95%, 2,87-31,23) después del riesgo encontrado para el consumo de cigarrillo.

Los antecedentes familiares para EC, mostraron un OR ajustado de 4,41, el cual disminuyó en un

0,46 con relación al dato crudo (OR= 4,41; IC 95% 1,35-14,44).

La variable de afrontamiento de la E.C se conservó, por cuanto fue una de las variables de interés para el estudio, dado su componente cultural. [Tabla 4.](#)

Tabla 4. Resultados del modelo de regresión logística para la presencia-ausencia de EC.
Estudio caso-control. Mujeres departamento de Nariño

Variables	OR	(IC95%)	Valor p
Diagnóstico HTA	9,47	(2,87-31,23)	0,00
Diagnóstico Obesidad	2,05	(0,65-6,53)	0,22
Antecedente EC-IAM	4,41	(1,35-14,44)	0,01
Estrato socioeconómico	1,39	(0,66-2,92)	0,38
Apoyo social	1,71	(0,84-3,49)	0,13
Residencia actual	0,98	(0,26-3,73)	0,98
Afrontamiento	1,45	(0,46-4,63)	0,52
Consumo Cigarrillo	21,11	(3,97-112,26)	0,00

DISCUSIÓN

La edad ha sido considerada una variable de predicción fuerte para enfermedad coronaria en mujeres¹⁷ y el estudio confirmó su presencia en las mujeres con edades post menopaúsicas², hecho que presumiblemente favorezca la percepción de que la EC es una condición normal del envejecimiento de la mujer^{2, 7, 14} favoreciendo de esa manera la “cultura del aguante” encontrada en estudios previos¹⁵. Si bien Colombia atraviesa una acelerada transformación demográfica con un rápido incremento de la población mayor de

60 años la cual ascenderá a 15,5 millones para el 2050¹², amerita poner un cuidado prioritario a la situación, máxime cuando la EC se asume por la mujer como un suceso normal que ocurrirá en la adulta mayor.

El estudio evidenció cierta proporción de mujeres (22,9% de casos) convivientes con cónyuge fumador, mujeres que se comportaron como fumadoras pasivas, variable que no se tuvo en cuenta en la investigación pero que es importante destacar. Se conoce que el humo de flujo lateral presenta mayores niveles de alquitrán, CO₂, me-

tano y nicotina que el humo de flujo principal¹¹, aumenta la agregación plaquetaria y riesgo de trombosis. Culturalmente hablando, este fenómeno de actuar pasivamente frente a un hecho que resulta nocivo para la salud, fue denominado por Tajer⁸ como modelo de vulnerabilización específica, en el cual existe sobreestimación de los imperativos de la realidad, incluso por encima de sus propios deseos y necesidades; este aspecto refuerza también lo que se identifica con la “cultura del aguante”¹⁵ citada favoreciendo la aparición de los factores de riesgo y por tanto de la EC.

En el estudio la mayor proporción de los casos reportaron su residencia actual en áreas urbanas, especialmente en los municipios ubicados en la región centro del departamento de Nariño; comparando estos datos con los reportados para el área de procedencia, se observó un leve incremento en los datos que dan cuenta del sitio de residencia actual; en la actualidad el incremento en la concentración de personas en estas áreas se puede dar por fenómenos de desplazamiento voluntario o involuntario hacia la ciudad, donde las mujeres se enfrentan a nuevas culturas y hábitos derivados de los problemas de urbanización y desigualdad social tal como lo cita la comisión económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) para quien el fenómeno migratorio de mujeres, al interior de un país o una región, se genera por la presencia de necesidades propias de la pobreza, escasas de oportunidades, “la complementariedad de los mercados laborales y la división sexual a nivel internacional”¹⁸ que obviamente conlleva al desajuste o desarrollo de comorbilidades como diabetes, obesidad

e hipertensión especialmente¹⁹. La hipertensión arterial se considera el principal factor de riesgo para EC y así se reporta en estudios como el de Borges Moreno donde el 62,3% de las pacientes fueron hipertensas². El problema de hipertensión, fue una característica sobresaliente entre las mujeres del grupo de casos, confirmando así lo encontrado en estudios que reportan prevalencias elevadas de HTA en las poblaciones urbanas sometidas a migraciones, cambios culturales rápidos, y movilidad socioeconómica, dado que las condiciones de las zonas urbanas crean el efecto contrario al observado en las poblaciones aisladas (rurales) que se destacan por sus cualidades sociales poco modificadas además de costumbres firmes donde sus habitantes presentan valores de tensión arterial baja durante su curso de vida. No obstante, para otros estudios las diferencias de hipertensión arterial en área rural o urbana no es concluyente¹⁹.

Respecto a la ocupación sobresalieron en mayor proporción las labores elementales (ama de casa) en el 65,7% de los casos. Esto implica el hecho de que la mujer debe dedicarse al cuidado del hogar, y de la familia, y son ellas quienes circulan por instituciones de salud como cuidadoras informales de otros, volviéndose imperceptible de esta manera a la atención sanitaria¹⁸. Además, el no reconocimiento económico del trabajo doméstico de cuidados de la salud, la falta de apoyo social y de retribución social y económica que realizan las mujeres tiene efectos en su salud y en los factores de riesgo para EC¹⁸.

El apoyo social ha sido reportado en varios estudios, por su efecto protector directo y amorti-

guador contra la enfermedad, integridad física y psicológica de la persona a lo largo del tiempo²⁰, se afirma que los efectos de las relaciones sociales sobre la salud pueden ser importantes factores protectores²⁰, lo contrario se observa en mujeres aisladas con tendencia a la depresión, efectivamente las diferencias de género en la salud de las personas muestran mayor prevalencia de depresión entre las mujeres que entre los hombres, pudiendo además estar relacionada a las desigualdades de género entre otros aspectos¹⁸. Se ha demostrado la relación entre el apoyo social y los asuntos relacionados con la salud en diferentes poblaciones, y que su ausencia desempeña un papel importante en la progresión hacia la muerte por EC post (IAM)²⁰. El estudio encontró que la mayor proporción de mujeres que reportaron recibir apoyo social, pertenecen al grupo control (89,6%). Se ha explicado que pacientes con escaso apoyo social tienden a experimentar mayor estrés y mostrar hostilidad, todos los cuales se han citado como factores de riesgo para EC y aquellos que reportan aislamiento social son los que tienen mayor riesgo de mortalidad temprana^{20,21}.

Es claro que la cultura actúa como un determinante de la forma como se distribuyen socio-epidemiológicamente las enfermedades por cuanto moldea el comportamiento de las mismas y las predispone a determinadas enfermedades. El presente estudio encontró una considerable proporción de mujeres del grupo casos quienes asumieron la conducta de: callar para no preocupar, como un modo de afrontamiento, reafirmando los hallazgos de otros estudios donde mujeres clasificadas como vulnerables y con dolor de pecho buscaron menos atención médica que las no vulnerables^{22,23}.

Se confirmó el hábito de fumar como un determinante mayor para desarrollar EC²⁴, el hábito de fumar se asume como una conducta inducida por otros factores individuales y de afrontamiento a diversas situaciones familiares, sociales, ocupacionales que la mujer debe enfrentar, presumiblemente asociado a hábitos y estilos de vida que han sido adoptados, sobre todo en los estratos bajos²⁵. Los resultados encontrados contrastan con los hallazgos de un estudio de Japón donde las tasas de tabaquismo en mujeres, fueron más bajas²⁶.

Es conocido por evidencia científica que las personas sedentarias o físicamente inactivas presentan mayor riesgo de desarrollar EC que las activas¹⁰, el presente estudio no mostró diferencias significativas respecto al hábito de realizar actividad física, los autores presumen un posible sesgo de información (en grupo casos), y que la respuesta pudo estar condicionada para ocultar sentimientos de culpa frente al desarrollo de la enfermedad, especialmente en los casos.

Con relación a la religión y etnia tampoco hubo diferencias significativas para los dos grupos. Respecto a la etnia llamó la atención que siendo Nariño pluriétnica y multicultural²⁵ y a pesar de haber reclutado pacientes de dos instituciones de salud que se consideran referentes importantes en el departamento, no se encontró porcentajes significativos de mujeres pertenecientes a los grupos afrodescendientes o mujeres pertenecientes a etnias indígenas con diagnóstico de EC.

Se consideraron como limitantes del estudio los relacionados con los estudios de casos y controles

en los cuales asociación causal es débil, el marco muestral de tipo no probabilístico que no permite extrapolar resultados, el tamaño muestral refleja la amplitud de los intervalos encontrados especialmente para el consumo de cigarrillo, la ausencia de arteriografía coronaria en los controles.

CONCLUSIONES

Se considera que el estudio contribuye a la comprensión de la problemática para plantear estrategias específicas de promoción y prevención para la población femenina en diferentes cursos de vida, siendo por tanto necesario sensibilizar sobre la enfermedad desde las edades tempranas de infancia y la adolescencia especialmente en los factores identificados: consumo de cigarrillo e hipertensión arterial y a futuro no se resignen y ni se acostumbren a coexistir con esta enfermedad crónica asumiendo que ella es normal. En este mismo sentido identificar la antecedencia de estos factores en la población femenina adulta mayor que permitan identificar riesgos a tiempo y por, sobre todo, sensibilizar sobre la subestimación que se ha otorgado a la enfermedad por parte de las mujeres y los riesgos para su vida.

Financiación

Todos los gastos fueron asumidos por los investigadores, sin aporte económico de ninguna institución. El artículo se deriva de un trabajo de investigación titulado: “Factores sociales, demográficos y culturales asociados a la enfermedad coronaria, en mujeres del departamento de nariño 2015-2016”, para optar el título de magister en epidemiología obtenido en

agosto de 2016. Universidad CES de Medellín-Colombia.

Agradecimientos

A todas las mujeres que participaron en ambos grupos de estudio.

Al personal médico, de enfermería y administrativo de la Unidad Cardioquirúrgica de Nariño y del Hospital universitario Departamental de Nariño.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. **Organización Panamericana de la Salud (OPS).** Enfermedades Cardiovasculares en la Región de las Américas-Salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2012. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci>
2. **Borges YR, Nápoles I, Batista E, Hechavarria S, Guevara G, Borges Y.** Enfermedad arterial coronaria en la mujer en el instituto de cardiología y cirugía cardiovascular. *Revista cubana de cardiología y cirugía cardiovascular.* 2015; 21(1): 3-8.
3. **Ministerio de Educación Nacional.** Centro virtual de noticias (CVN). La enfermedad coronaria es subestimada en las mujeres colombianas. Disponible en: <http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/w3-article-336188.html>
4. **Organización Mundial de la Salud (OMS).** Enfermedades Cardiovasculares. Nota descriptiva Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
5. **Organización Panamericana de la Salud (OPS).** Determinantes de la salud. http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5165%3A2011-determinantshealth&catid=5075%3Ahealthpromotion&Itemid=3745&lang=e
6. **Gonzales FA, Genes MA, Mendoza BJ, Mera ZR, Gaitán VN, Salazar ZC.** Determinantes culturales de la salud. *Avances en Salud.* 2017; 1(2): 44-7.
7. **Rincón F.** La enfermedad coronaria en la mujer: Un asunto de cuidado. 1ra ed. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2013.
8. **Tajer D, Fernández AM, Antonietti L, Salazar A, Chiodi A, Barrera MI, et al.** Barreras de género en la prevención cardiovascular. Actitudes y conocimiento de profesionales de la salud y de usuarios/as pacientes. *Rev Arg de Salud Pub.* 2014; 5(2):14-23.

9. **Sociedad Española de Cardiología.** Enfermedad Cardiovascular en la mujer. Estudio de la situación en España. 2008. Disponible en: <http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/enfCardiovascMujerEspana.pdf>
10. **Wilches EC, Hernández NL, Chavarro PA, Bernal JJ.** Perfiles de riesgo cardiovascular y condición física en docentes y empleados no docentes de una facultad de salud. *Rev salud pública.* 2016; 18(6): 890-903. <https://doi.org/10.15446/rsap.v18n6.42708>
11. **Pereira-Rodríguez J, Peñaranda-Florez D, Reyes-Saenz A, Caceres-Arévalo K, Cañizares Pérez Y.** Prevalence of cardiovascular risk factors in Latin America: a review of the published evidence 2010-2015. *Rev Mex Cardiol.* 2015; 26(3): 125-39.
12. **Gómez LA.** Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global. *Revista Biomédica.* 2011; 31(4): 469-73. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v31i4.626>
13. **Filho N, Rouquayrol MZ.** Introducción a la epidemiología. 6ta ed. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2011.
14. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Encuesta Nacional de salud (ENS) 2007. Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ENCUESTA%20NACIONAL.pdf>
15. **Narváez CO, Benavides FP, Rosales R.** Cuando el corazón de la mujer falla. 1ª edición. San Juan de Pasto: Editorial UNIMAR; 2012.
16. **Organización Mundial de la Salud (OMS).** Prevención de Enfermedades Cardiovasculares. Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo Cardiovascular. Tablas de predicción del riesgo cardiovascular de la OMS/ISH para las regiones epidemiológicas de la OMS. Ginebra; 2008. Disponible en: https://www.who.int/publications/list/PocketGL_spanish.pdf
17. **Barreda AM, López L, Rodríguez L, Gonzáles AB, Antuña AD, Borges L.** Caracterización de las mujeres con intervencionismo coronario. *Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc.* 2018; 24(2): 163-72.
18. **Comisión económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).** Autonomía de las mujeres e igualdad en la agenda de desarrollo sostenible. Montevideo; 2016. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40633-autonomia-mujeres-igualdad-la-agenda-desarrollo-sostenible>
19. **Mijares RJ, Rincón EM, Yudey LA, Herrera H.** La hipertensión arterial en Venezuela y sus factores determinantes. *Rev. Salud Pública.* 2017; 19(4): 562-66. <https://doi.org/10.15446/rsap>
20. **Almagiá EB.** Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud.* 2004; 14(2): 237-43. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00379.x>
21. **Fuentes N, Ojeda AA.** Soporte y red social en el adulto maduro con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo II en riesgo de insuficiencia renal. *Biblioteca Las casas.* 2007; 3(3).
22. **Juárez-Herrera LA, Castro-Vásquez MC, Ruiz-Cantero MT.** Análisis con perspectiva de género sobre percepción y prácticas en enfermedad coronaria en mujeres en el norte de México. *Salud públ. Méx.* 2016; 58(4): 428-36. <https://doi.org/10.21149/spm.v58i4.8023>
23. **Saldarriaga CI, Bedoya L, Gómez L, Hurtado L, Mejía J, González N.** Conocimiento del riesgo de presentar un infarto de miocardio y las barreras para el acceso al estilo de vida saludable. *Rev. Col. Card.* 2016; 23(3):163-67. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2015.07.005>
24. **Campo A, Díaz LA.** Prevalencia y factores asociados con el consumo diario de cigarrillo en mujeres adultas de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2006; 57(4): 236-44. <http://dx.doi.org/10.18597/issn.0034-743>
25. **Narváez CO, Benavides FP, Rosales R.** Angina de pecho en mujeres del departamento de Nariño. *av. enferm.* 2012; 30(2): 108-14.
26. **Sekikawa A, Willcox BJ, Usui T, Carr JJ, Barinas-Mitchell EJ, Masaki KH et al.** Do Differences in Risk Factors Explain the Lower Rates of Coronary Heart Disease in Japanese Versus U.S. Women? *Journal of Women's Health.* 2013; 22 (11): 966-77. <https://doi.org/10.1089/jwh.2012.4087>