

**INFLUENCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS TARDÍOS Y ERRÓNEOS DE
ENFERMEDADES CORONARIAS EN LAS MUJERES**

MARÍA ANTONIA ALZATE LOPERA

Asesoras:

NYDIA ROBAYO

Docente de química en el Marymount School

SAMANTHA VERA

Docente de biología en el Marymount School

COLEGIO MARYMOUNT MEDELLÍN PROYECTO DE GRADO

27 de mayo de 2022.

Tabla de contenidos

Índice de figuras	3
Resumen	4
Abstract	5
Introducción	6
Antecedentes	8
Justificación	11
Pregunta de investigación	13
Objetivos	13
General	13
Específicos	13
Marco teórico	14
Capítulo I: Diagnósticos tardíos y erróneos	14
Clasificación de los diagnósticos erróneos:	14
Causas para un diagnóstico tardío o erróneo	15
Consecuencias de un diagnóstico tardío o erróneo:	17
Prevención de los diagnósticos tardíos o erróneos	18
Capítulo II: Enfermedad coronaria	20
Enfermedades cardíacas y enfermedad coronaria	20
Desarrollo de aterosclerosis	21
Tipos de enfermedad coronaria	22
Causas y factores de riesgo para la enfermedad coronaria	22
Síntomas de la enfermedad coronaria	24
Tratamiento de la enfermedad coronaria	25
Capítulo III: Enfermedad, diagnósticos y la mujer	27
Las diferencias de género como un determinante en la salud	27
Diferencias de sexo en la medicina	29
El sesgo de género en la medicina	30
¿Qué es el sesgo de género?	30
Origen del sesgo de género en la medicina	30
Impactos del sesgo de género	31
Diferencias de sexo y género en la enfermedad coronaria	32
Metodología	34
Población	34
Recolección de datos	35

Análisis de datos	37
Pacientes:	37
Cardiólogos:	42
Conclusiones	46
Anexo I:	48
Entrevistas	48
Sujeto I:	48
Sujeto II:	53
Sujeto III:	59
Sujeto IV:	65
Bibliografía y referencias	74

Índice de figuras

<i>Figura 1</i>	217
-----------------------	-----

Resumen

El diagnóstico es uno de los procesos fundamentales dentro del tratamiento de un paciente y si se hace de manera eficaz, oportuna y acertada, se brindará el tratamiento adecuado, lo que resultará claramente en su mejoría e impactará positivamente la calidad de vida; no obstante, la complejidad del proceso de diagnóstico conlleva a la posibilidad de que se presenten múltiples posibilidades de error y también da lugar a posibles sesgos poblacionales, específicamente en las mujeres.

Este proyecto de grado presenta una descripción y recopilación del impacto de los diagnósticos tardíos o erróneos, de la enfermedad coronaria en las mujeres con respecto a los hombres. Inicialmente se realizó una revisión teórica de la clasificación de los diagnósticos erróneos, sus causas, consecuencias y prevención, así como también, de la enfermedad coronaria, incluyendo su diagnóstico y las diferencias que se presentan con respecto al sexo y al género, como factores determinantes de la salud. Para continuar, se planteó una metodología que permitió recolectar información de pacientes de ambos sexos conociendo sus puntos de vista, experiencias e impacto en la cotidianidad; así mismo, se entrevistaron cardiólogos con el fin de conocer su perspectiva profesional. Finalmente se analizó la información dando respuesta a la pregunta de investigación.

Palabras claves: diagnóstico erróneo, diagnóstico tardío, sesgo de género, enfermedad coronaria, mujeres.

Abstract

Diagnosis is one of the major processes that take place when treating a patient; it can result in various improvements for the patient's life if it is done in an effective, timely, and accurate manner. However, diagnosis is a very complex process which entails multiple possibilities of errors and gives rise to possible population biases; one of these being women.

This project provides a description and compilation of the impacts of misdiagnosed coronary artery disease in women in comparison to men. First, a theoretical review was done with information such as: misdiagnosis classifications, its causes, its repercussions, and how to prevent them; as well as coronary heart disease, its diagnosis, and the gender and sex differences. After the theoretical framework, a methodology was proposed to collect information from patients who suffered a misdiagnosis, both men and women; this was done to learn about their points of view, experiences, and impact on their lives; cardiologists were also interviewed to learn about their professional perspective on the matter. Finally, the information was analyzed to answer the research question.

Keywords: misdiagnosis, late diagnosis, gender gap, coronary heart disease, women.

Introducción

El diagnóstico ha sido un proceso elemental desde los inicios de la medicina moderna, ya que permitía a los expertos dar a conocer el problema de un paciente, mediante el uso de distintas herramientas, ahora mismo, estas pueden llegar a ser el historial y los antecedentes, pruebas con imágenes, análisis de sangre, entre otras; sin embargo, este proceso se ha dificultado a través de los años, debido a su complejidad.

En la actualidad, a los ojos de la población el diagnóstico podría parecer simple, pues todos los días se crean más herramientas para facilitarlos; lastimosamente no es así y la mala praxis del diagnóstico, se ha convertido en un evento común y en una de las principales causas de muerte. Año tras año, el número de infradiagnósticos y diagnósticos errados permanece constante y pocas personas saben del riesgo real en que se ha convertido.

La mala práctica y desarrollo del proceso de diagnóstico, ha logrado penetrar e impactar diferentes grupos de nuestra sociedad, siendo las mujeres uno de los grupos más afectados, ya que son infradiagnosticadas frecuentemente en distintos tipos de enfermedades y desórdenes, tales como desórdenes mentales, enfermedades cardiovasculares, enfermedades autoinmunes o específicas del sexo, lo que las pone en mayor riesgo.

Las enfermedades cardiovasculares son una de las causas más comunes de muerte en occidente y entre estas se encuentra la enfermedad coronaria. Por medio de este proyecto, se busca traer este tema al público en general y resaltarlos, para así crear consciencia y promover cambios que ayuden a mejorar esta problemática.

A continuación, se muestra el contenido de este documento, que se divide en cuatro partes: Marco teórico, Metodología, Análisis de resultados y Conclusiones.

La primera parte es la Marco teórico, donde se explicarán términos generales que son necesarios para abordar el tema a tratar, además, se puede encontrar información que contextualizará al lector, para entender el proyecto. La segunda parte es la Metodología, en la

que se presenta el enfoque de esta investigación, las herramientas y métodos usados para recolectar la información que se usará en el análisis. La tercera parte presenta el análisis de datos; en este segmento se discute la pregunta de investigación, usando los resultados y el Marco teórico como base. Finalmente, en la última y cuarta parte, se presentan las conclusiones que se derivan del análisis, donde se podrá resumir el trabajo y finalizar la investigación.

Antecedentes

El diagnóstico erróneo ha sido prevalente dentro de los errores y negligencias médicas a través del tiempo, estos encontrándose en todas las enfermedades y ocurriendo dentro de todos los grupos de una población, sin embargo, en los últimos años se ha resaltado una mayor incidencia en ciertos grupos y enfermedades específicas, como es el caso de la enfermedad coronaria y las mujeres.

En el 2005, la cardióloga Ghada W. Mikhail realizó un artículo bajo el nombre “La enfermedad coronaria en las mujeres está infradiagnosticada, infratratada y poco investigada”, en este habla como la enfermedad coronaria es la causa principal de muertes en ambos sexos a nivel mundial, gran parte de esta población afectada siendo hombres en países como Estados Unidos, pero esta cifra cambia en Europa, donde las mujeres son el 55% de las muertes; al resaltar este hecho, ella llama la atención de que esta enfermedad sigue siendo observada como una enfermedad masculina, y al mismo tiempo remarca la falta de conciencia sobre las enfermedades cardiovasculares dentro de las mujeres.

Asimismo, en este artículo se menciona que en la enfermedad coronaria los hombres y las mujeres tienden a diferenciarse en aspectos como los síntomas que estos presentan, el acceso de estos a investigaciones y tratamientos, y el pronóstico de la afección en general. También, nos habla de cómo las mujeres presentan síntomas más atípicos a diferencia de los hombres y son menos propensas a tener investigaciones apropiadas. Para concluir, la Doctora Mikhail menciona que las mujeres siguen estando poco representadas en la investigación sobre enfermedades del corazón, lo que hace difícil obtener pruebas concluyentes sobre el manejo de las enfermedades cardiovasculares en ellas.

En el 2017, dentro de un artículo bajo el nombre de “Las enfermedades cardiovasculares en la mujer: comprendiendo los síntomas y los factores de riesgo” realizado por Tracey Keteepe-Arachi y Shanjay Sharma, se puede encontrar información sobre las

enfermedades cardiovasculares en la mujer, este nos habla de que por muchos años se ha sabido de la presencia de diferencias basadas en el sexo en la presentación de enfermedades, sin embargo, en las enfermedades cardiovasculares no se encuentra mucha evidencia de esto, debido a escasa representación de las mujeres en los ensayos clínicos.

Por otra parte, también nos habla que las mujeres presentan síndromes coronarios una década más tarde que los hombres, a su vez estas desarrollan la angina¹ como presentación inicial de la cardiopatía isquemia y resalta que la menopausia está asociada a un empeoramiento de las enfermedades cardíacas. En este artículo también las diferencias y similitudes en los factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, las diferencias de género en el manejo, los resultados dependientes del género y otros datos.

En el 2021, se realizó un estudio por parte de la Sociedad Europea de Cardiología bajo el nombre de “Las mujeres con más frecuencia no reciben el diagnóstico de infarto que los hombres”, el objetivo de este era determinar las diferencias de género en la presentación, proceso de diagnóstico y manejo de los pacientes admitidos a un servicio médico debido a angina, este obtuvo datos del año 2008 hasta el 2019 y de 41,828 pacientes, el 42% siendo mujer. En el estudio los investigadores registraron el diagnóstico inicial del médico tras la primera evaluación de cada paciente, que se basa en la historia clínica, la exploración física y un electrocardiograma (ECG).

Los resultados de este estudio fueron los siguientes, para empezar los resultados demostraron una brecha de género en la primera evaluación, en esta se encontraba una probabilidad alta de la subestimación del infarto en las mujeres, además en la primera impresión de los doctores se resaltaba que, a comparación de los hombres, las mujeres se les sospechaba por causas no relacionadas a un síndrome coronario, incluso cuando estas tenían

¹ Angina: tipo de dolor de pecho ocasionado por una disminución de la irrigación sanguínea al corazón (Mayo Clinic, s.f.).

factores de riesgo como la hipertensión y ser fumadores. El estudio concluye señalando que las enfermedades cardiovasculares se han considerado tradicionalmente masculinas y ha sido poco estudiada, infradiagnosticada e infratratada en las mujeres, ambos mujer y hombre en caso de tener dolor en el pecho deberían buscar inmediatamente ayuda médica.

Mediante estos autores y sus trabajos realizados, podemos llegar a la conclusión que la enfermedad coronaria es un riesgo grande para la salud, tanto del hombre como la mujer, no obstante las mujeres se están viendo más afectadas a comparación de los hombres por factores del manejo de esta, como la falta de estudio para las enfermedades cardiovasculares en las mujeres, los infradiagnósticos de estas y la falta de tratamientos apropiados, sumado a esto, se puede ver que el diagnóstico erróneo de la enfermedad coronaria, junto con otras enfermedades cardíacas, se está convirtiendo en un problema severo en las mujeres, que no recibe suficiente atención, por lo tanto carece de soluciones hasta el momento.

Justificación

“El diagnóstico es la base de la medicina; sin el diagnóstico correcto, los pacientes no reciben el tratamiento adecuado”.

- Dr. Hardeep Singh, director de Houston DISCOVERY.

A través de la historia, siempre se han presentado peligros que afectan la calidad de vida de las personas en cuanto a varios temas, primordialmente en la salud, pero ahora, las personas pueden encontrar un estado de tranquilidad mayor, debido a los avances en la tecnología, una mayor accesibilidad en los servicios de salud, una disminución en la exposición a riesgos y los múltiples avances que han ocurrido en la medicina.

Sin importar eso, algunas poblaciones podrían no encontrarse beneficiadas completamente y esto se puede tomar en consideración, ya que hay una brecha entre las personas dentro del campo médico en cuanto al acceso a tratamientos y el resultado de estos; las mujeres son las principales afectadas. Al ir a un médico, las personas esperan recibir un diagnóstico y tratamiento adecuado, no obstante, éstas sufriendo en mayor cantidad negligencias médicas tales como los diagnósticos erróneos en comparación a los hombres (Seegert, 2018), por lo tanto, se puede ver afectada notablemente su calidad de vida o incluso ésta podría terminar en la muerte.

Diagnosticar es una de las tareas más complejas dentro de la medicina y esto se debe a que puede ser un proceso extenso, que en algunas ocasiones requiere la opinión de varios especialistas, ayudas de laboratorio y la evaluación de todas las posibilidades. Los diagnósticos tardíos o erróneos son una de las malas praxis más comunes en el momento, sin mencionar, que al menos una vez durante la vida de una persona, ésta podría sufrir por este error y sin importar la frecuencia de estos, siguen siendo uno de los desaciertos menos

estudiados en el campo, pues se enfocan más en los errores en los procedimientos dentro de los hospitales, esto podría llegar a tener consecuencias en sus vidas.

Estos errores se están repitiendo más en el día a día de las mujeres, generando una inequidad enorme, que se puede agregar a la brecha entre géneros; las mujeres de por sí, son uno de los grupos más vulnerables a consecuencia de varios factores entre los que se encuentran los culturales, los sociales, los legales, etc. y por eso es importante reducir las desventajas que sufre este grupo.

La equivocación en un diagnóstico puede causar daños irreversibles en la vida de una persona; si una enfermedad permaneciera sin tratamiento los síntomas podrían empeorar, propagarse o incluso, generar otras complicaciones en la paciente, además de que puede causar, una afectación en la salud mental, generando sentimientos de angustia, ansiedad, vergüenza y confusión, los que podrían aumentar los riesgos, incluso llevar al suicidio. Claramente, esto puede influir drásticamente en la vida de una mujer o acabarla, pero ¿qué tanto es afectada? ¿A qué nivel se afecta y cómo podría minimizarse?

La siguiente investigación tiene como propósito, exponer los efectos que se pueden generar en la calidad de vida de las mujeres, debido a diagnósticos tardíos o infra diagnósticos de enfermedades coronarias, identificar las principales consecuencias y crear consciencia sobre estas, de forma que se puedan proponer posibles soluciones para minimizar el problema.

Pregunta de investigación

¿De qué manera influyen los diagnósticos tardíos y erróneos de enfermedades coronarias en las mujeres?

Objetivos

General

Determinar de qué manera influyen los diagnósticos tardíos y erróneos de enfermedades coronarias en las mujeres.

Específicos

1. Identificar las características de una enfermedad coronaria y las consecuencias de esta en las mujeres.
2. Recopilar, describir y contrastar información de cardiólogos y de pacientes mujeres y hombres que obtuvieron un diagnóstico erróneo o tardío de una enfermedad coronaria.
3. Determinar las áreas más afectadas en la vida de las mujeres con diagnósticos erróneos y tardíos, su afectación en la calidad de vida y si existe un sesgo en cuanto a género.

Marco teórico

Capítulo I: Diagnósticos tardíos y erróneos

En este capítulo se abordará el diagnóstico erróneo, que se define como la incapacidad de establecer una explicación precisa, de los problemas de salud de un paciente (Las Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina, s.f.), estos pueden pausar en cualquier momento durante las etapas de diagnóstico.

Clasificación de los diagnósticos erróneos:

Los diagnósticos erróneos se pueden clasificar de tres maneras, estas se ven a continuación:

- *Diagnóstico tardío*: esto pasa cuando un especialista de la salud es incapaz de determinar la enfermedad o condición de una persona en el momento idóneo. Un ejemplo de éste sería cuando un médico se demora más de seis meses en determinar que un paciente sufre de cáncer, después de que se sospechara de la posibilidad de que existiera.
- *Diagnóstico incorrecto*: cuando se encuentra que un diagnóstico pasado no es el correcto y después se descubre el diagnóstico verdadero del paciente. Ejemplo de esto sería cuando un paciente tiene un infarto cardíaco y el médico le dice que su dolor está siendo generado por una gastritis, y se dan cuenta del diagnóstico correcto después.
- *Diagnóstico omitido*: es el caso en donde los síntomas médicos de un paciente no pueden ser explicados o establecidos mediante un diagnóstico. Por

ejemplo, cuando un paciente sufre de dolor crónico, pero nunca se le encuentra un diagnóstico correcto y se queda sin éste.

Adicionalmente, un diagnóstico erróneo, en cualquiera de los casos que se observan arriba, se puede dividir en otras tres categorías: errores no intencionales, errores relacionados al sistema y errores cognitivos; los errores no intencionales, ocurren cuando se derivan factores ajenos al médico o el sistema de salud, esto usualmente pasa, cuando se maneja el caso de una enfermedad atípica o el paciente dio información no verídica; los errores relacionados al sistema, son causados por barreras tecnológicas u organizaciones, como la falta de comunicación apropiada entre paciente y los coordinadores de salud, fallas técnicas, fallas con los equipos y procesos insuficientes hacia el paciente (NCBI, s.f.).

Causas para un diagnóstico tardío o erróneo

Diagnosticar siempre ha sido un proceso complejo en el área de la medicina y para llegar a este, se deben llevar a cabo varios pasos antes de llegar a una conclusión; por esta misma razón, cometer un error en éste se ha vuelto común y pasa en todos los países. En Estados Unidos, 1 de cada 20 personas, es diagnosticada erróneamente y la mitad de estos casos, pueden derivar en daños graves (Firger, 2014), sin embargo, el realizar un mal diagnóstico, no se debe sólo una causa, según la *Sociedad para mejorar el diagnóstico en la medicina*, entre las razones se encuentra la misma dificultad del proceso, la manera en la que se presta la asistencia médica y los errores cognitivos que los humanos cometen en su día a día (Society to Improve Diagnosis in Medicine, s.f.).

Diagnosticar no es un proceso fácil, este requiere de una cantidad vasta de procedimientos y existen muchas maneras de llevar a cabo el proceso, incluso requiere de tecnología que podría hacer el proceso más fácil, pero hay más de 10.000 enfermedades y los

síntomas de una enfermedad pueden pertenecer a múltiples, por ejemplo: la fatiga, los mareos y síncope, pueden hacer parte de múltiples condiciones, sumado a esto, la enfermedad podría no ser tan conocida por el médico, de tal forma que no se considere como una posibilidad durante el proceso de diagnóstico.

De la misma manera que el error puede ocurrir por lo complicado que es el proceso, el sistema por el que se presta un servicio médico igualmente puede afectar, ya que al suministrar un servicio por parte de un sistema tan grande como es el de salud, pueden ocurrir errores como la mala comunicación y la falta de coordinación en el cuidado, siendo estos errores, los más recurrentes. Igualmente, hay otros errores como la falla en la tecnología, la pérdida de resultados de un laboratorio o demoras en la consulta con un subespecialista (Society to Improve Diagnosis in Medicine, s.f.).

Dentro de las posibles causas, se encuentra también el factor humano, el cual, según James Reason, experto reconocido en estudiar este tema, se puede definir como la ejecución no intencionada de un plan incorrecto o la ejecución no adecuada de una acción planificada (Reason, s.f.) y a este error lo divide en dos: centrado en las personas o centrado en los sistemas. Los médicos pueden cometer errores, como todos los humanos, podrían omitir información importante del caso, interpretar erróneamente los síntomas o resultados de laboratorio de un paciente, o llegar a conclusiones rápidamente y no querer evaluar diferentes posibilidades.

El error centrado en las personas es causado por ellas mismas, es decir, las personas son las causantes de la equivocación, casi siempre por descuidos que se derivan de procesos mentales; por otro lado, el error centrado en los sistemas establece que los errores son esperables y van a ocurrir, incluso si estás en la mejor organización médica, a causa de fallas en el entorno asistencial, como consecuencia de los procesos o errores en los procedimientos aplicados.

Consecuencias de un diagnóstico tardío o erróneo:

Previamente se habló de lo común que es recibir un diagnóstico erróneo y sin importar todos los avances que ha tenido la medicina, sigue siendo la negligencia médica, el más prevalente, pero ¿cuál es el problema mayor de esto? ¿Por qué es tan importante?

Para empezar, el diagnosticar errónea o tardíamente a una persona, puede traer varias consecuencias, algunas generales y otras más específicas. Uno de estos es que el paciente sufra por años, tome los medicamentos incorrectos e incluso, puede llevar a la muerte de la persona.

A continuación, se pueden ver algunas de las consecuencias de esta negligencia médica en casos más específicos: al momento de diagnosticar un cáncer, es vital importancia la rapidez con la que se haga, ya que el tratamiento temprano es de suma importancia para la recuperación; por eso mismo, si éste se hace tarde o de manera equivocada, no sería tan eficaz al momento de tratarlo, sin mencionar que, si no se trata, permite que la enfermedad empeore. El diagnóstico incorrecto también puede causar que un paciente, se deba someter a tratamientos dolorosos y extensos que podrían haber sido evitados (MedicalNegligenceAssist, s.f.).

Otro caso es el diagnóstico de meningitis, específicamente la meningitis bacteriana que causa una inflamación de la médula espinal y cerebro y se desarrolla rápidamente, por lo que requiere de una respuesta rápida y no permite un diagnóstico tardío o erróneo, ya que puede causar la muerte de una persona en cuestión de horas. Para esta enfermedad es normal este tipo de descuido médico, puesto que los síntomas de esta enfermedad se pueden confundir con la gripe.

Finalmente, es importante mencionar que no solo se crean consecuencias alrededor del paciente, ya que las instituciones también pueden sufrir por los daños causados, en

particular económicamente, pues los errores médicos pueden ser muy costosos. En Estados Unidos se estima, que estos cuestan \$20 billones de dólares al año (Hipskind Houseman, Rodziewicz, 2022)

Prevención de los diagnósticos tardíos o erróneos

Para empezar, es importante mencionar que la prevención y disminución de las negligencias médicas, se basan en la cuantificación de los errores, de forma que se pueda decir donde se cometen más o en donde no, y así guiarse con los casos y metodologías ya existentes.

Hasta hace unos años, no existía un método para medir los diagnósticos tardíos o erróneos, lo que hacía todo este proceso más difícil; anteriormente, los hospitales medían estos errores mediante la revisión de las historias clínicas para encontrar inconsistencias, sin embargo, en estas no se encontraban todas las respuestas, por razones como la falta de información entre otras (John Hopkins Medicine, 2018). A la disposición de las facultades de medicina, solo se encontraba una técnica disponible para disminuir los errores, en caso de que fueran encontrados, y era el método culpabilizar y castigar; no obstante, esta no ayudaba a prevenir de ninguna forma, por eso era importante modificar las condiciones de esto y las de los trabajadores (Portela, Burgarín Rodríguez, 2019).

Al identificar la necesidad de cuantificar estos errores para disminuirlos, la Universidad de John Hopkins decidió crear un método, que, si se llegará usar en todo el mundo, se podrían prevenir y disminuir estos errores. El método se llama *Symptom-Disease Pair Analysis of Diagnostic Error (SPADE)*, el cual se puede traducir directamente a *Análisis de pares síntoma-enfermedad del error de diagnóstico*, éste busca encontrar y presentar diagnósticos erróneos automáticamente mediante un algoritmo que extrae los datos clínicos y

de facturación, para detectar determinados síntomas que suelen diagnosticarse erróneamente, y luego mediante análisis estadísticos, se calcula la tasa de errores (Richards, 2018).

Algoritmos como el que se mencionó anteriormente, podrían ayudar mucho a disminuir y prevenir estos errores, sin embargo, no todas las instituciones médicas pueden tener acceso a esta tecnología, y por eso es importante enfocarse en otras opciones para prevenir y disminuir los diagnósticos tardíos; estas otras alternativas se basan en lo que puede hacer un doctor y lo que puede hacer un paciente, ya que la visita a un especialista debería verse como una colaboración entre ambos.

Es importante que los doctores se aseguren de que el tiempo para hablar con un paciente es suficiente y que la comunicación es efectiva; también deben asegurarse de alentarlos a participar más activamente del proceso y a revisar cualquier inconsistencia en sus historias clínicas. Sumado a esto, el doctor deberá asegurarse de que haya un buen seguimiento en los procesos llevados a cabo por otros especialistas, trabajar cercanamente con el personal del laboratorio y los radiólogos y finalmente, asegurarse de que todos estén en de acuerdo en cuanto al diagnóstico (Becker's Healthcare, 2016).

Y por el lado de los pacientes, es importante que estos participen durante el proceso, de forma que se sientan seguros al momento de hacer preguntas o manifestar alguna inquietud, lo que puede resultar muy útil, ya que da la posibilidad de reevaluar las diferentes opciones (Panuschka, 2020). Finalmente, es importante que los pacientes sepan que está bien pedir segundas opiniones, tanto para el diagnóstico como para el plan de tratamiento.

Los diagnósticos erróneos siempre han sido prevalentes, y los esfuerzos para medirlos y analizarlos son limitados, por lo tanto, es importante entrenar a las personas sobre estos, generar y aportar recursos para las investigaciones como el *SPADE* de John Hopkins, seguir buscando maneras para medirlos y promover una cultura de diagnóstico seguro.

Capítulo II: Enfermedad coronaria

En este capítulo, se hablará el tema de la enfermedad coronaria, la cual hace parte de las enfermedades cardíacas, también conocida por otros nombres tales como: enfermedad de las arterias coronarias, enfermedad coronaria microvascular, síndrome coronario X, enfermedad isquémica del corazón, entre otros.

Enfermedades cardíacas y enfermedad coronaria

La enfermedad cardíaca, hace referencia a cualquier tipo de padecimiento que afecte la estructura y función del corazón, ésta incluye una gran variedad de enfermedades, las cuales son la principal causa de muerte en varios países (Mayo Clinic, s.f.) y se desarrollan cuando hay un daño en parte o en todo el corazón, un problema con los vasos sanguíneos que van desde o hacia el corazón, o por una deficiencia de oxígeno y nutrientes hacia el corazón.

Las enfermedades cardíacas pueden entrar dentro del término de las enfermedades cardiovasculares, sin embargo, a diferencia de las enfermedades cardiovasculares, estas se refieren únicamente a las que afectan al corazón y el sistema de vasos sanguíneos de éste.

Las enfermedades cardíacas incluyen las siguientes:

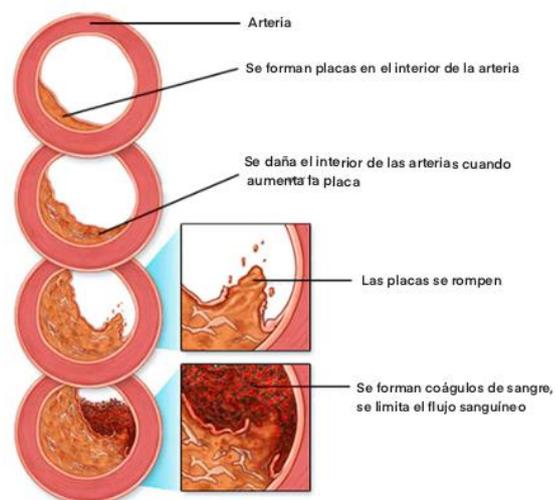
- Enfermedad de los vasos sanguíneos
- Problemas en el ritmo cardíaco (arritmias)
- Defectos cardíacos de nacimiento
- Enfermedad de las válvulas cardíacas
- Enfermedad del músculo cardíaco

- Infección del corazón

Este proyecto se centra en la enfermedad de los vasos sanguíneos, específicamente en la enfermedad coronaria, que es la enfermedad cardíaca más común. Se presenta cuando las arterias del corazón no pueden suministrar sangre rica en oxígeno, lo que se traduce en una disminución en el suministro de éste y de nutrientes al corazón, lo que conlleva a que el músculo cardíaco se debilite, resultando en el riesgo de desarrollar otras enfermedades, como arritmias e insuficiencia cardíaca. A menudo, ésta es causada por el desarrollo de aterosclerosis² y la acumulación de placas en las arterias, las cuales contienen colesterol y otras sustancias; esta acumulación puede bloquear parcial o totalmente el flujo sanguíneo en las arterias grandes del corazón y esto puede ser causado como consecuencia de una enfermedad o lesión, que afecta directamente el funcionamiento de las arterias de este.

Figura 1

Desarrollo de aterosclerosis



(Mayo Clinic, s.f.)

² Aterosclerosis: La aterosclerosis es la acumulación de grasas, colesterol y otras sustancias dentro de las arterias y sobre sus paredes (Mayo Clinic, s.f).

Tipos de enfermedad coronaria

Como se mencionó previamente, esta afección se conoce por bloquear las arterias, y puede llegar a desarrollarse de otras maneras, por lo tanto, hay tres tipos de enfermedad coronaria (Stanford Health Care, s.f.):

- *Enfermedad coronaria obstructiva*: se presenta cuando las arterias del corazón son bloqueadas y deben estar obstruidas a más del 50%.
- *Enfermedad coronaria no obstructiva*: se presenta cuando las arterias se encuentran estrechadas por las placas y no en la misma magnitud que en la enfermedad coronaria obstructiva.
- *Disección espontánea de las arterias coronarias*: también conocida como *SCAD* por sus siglas en inglés, es cuando se forma un desgarro en un vaso sanguíneo del corazón.

Causas y factores de riesgo para la enfermedad coronaria

Las causas de la enfermedad coronaria pueden variar de acuerdo con el tipo que te diagnostique el doctor; se ha pensado que este tipo de enfermedad cardíaca empieza con un daño o lesión en la capa interna de una arteria coronaria, que puede presentarse en cualquier momento de la vida, incluso en la infancia. Las lesiones pueden ser causadas por varias razones entre ellas el fumar, colesterol alto, presión alta, diabetes, resistencia a la insulina o un estilo de vida sedentario.

Sumado a esto, se encuentran otros factores de riesgo para esta enfermedad. El riesgo de una persona para tener esta enfermedad aumenta entre más factores de riesgo tenga, entre estos están: los hábitos del estilo de vida, la edad, el sobrepeso, la dieta, el medio ambiente, la profesión, el historial familiar y genético entre otras afecciones.

A través de los años, estudios llevados por el *National Heart, Lung, and Blood Institute* han demostrado que debido a factores genéticos o al estilo de vida, puede que se genere y acumule placa en las arterias a medida que la persona envejezca, además, al envejecer, se generan cambios en los pequeños vasos sanguíneos del corazón, lo que aumenta el riesgo de esta enfermedad. Este factor empieza a afectar a los hombres mayores de 45 años y a las mujeres mayores de 55, aun así, el riesgo de las mujeres de sufrir esta enfermedad en comparación es más grande.

Otro de los factores previamente mencionados y que es de suma importancia, es la historia familiar o genética; si en la familia del paciente se encuentra el padecimiento de esta enfermedad a temprana edad, es definitivamente un factor de riesgo, ya que varias investigaciones muestran la relación de algunos genes para presentar mayor riesgo de padecer esta enfermedad.

Adicionalmente, la manera en la que una persona lleve su estilo de vida también puede llegar a ser un factor de riesgo; el sedentarismo empeora otros factores de riesgo como el colesterol alto, la presión alta, el sobrepeso y otros, al igual que la calidad de sueño o la falta de este, ya que al dormir la frecuencia cardíaca y la presión arterial disminuyen, por lo tanto, despertarse repentinamente ocasiona un incremento repentino, que está relacionado con ataques al corazón; la exposición al tabaco daña los vasos sanguíneos y el estrés puede provocar endurecimiento de las arterias (National Heart, Lung and Blood Institute, s.f.).

Por último, cabe mencionar que existen otras afecciones que podrían presentarse como un factor de riesgo para esta enfermedad: arteriosclerosis, colesterol alto en sangre, ciertas condiciones de salud mental (ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático), enfermedades inflamatorias, enfermedad renal crónica, diabetes, hipertrigliceridemia, síndrome metabólico, tensión arterial alta y VIH.

Es crucial resaltar que los factores de riesgo pueden ocurrir juntos o que alguno desencadene otro, por ejemplo, un estilo de vida sedentario lleva a la obesidad, la obesidad puede llevar a la diabetes o a la presión alta y así sucesivamente. Cuando estos factores de riesgo son agrupados o entre más de estos tengas, se es más propenso a sufrir de enfermedad coronaria. Hasta el momento, los investigadores siguen estudiando otros posibles factores de riesgo como la apnea del sueño, el uso del alcohol, enfermedades autoinmunes, entre otros (National Heart, Lung and Blood Institute, s.f.).

Síntomas de la enfermedad coronaria

Los síntomas de la enfermedad coronaria pueden variar de acuerdo con los tipos, pero las complicaciones más importantes que presenten niveles de riesgo más alto, y que pueden ocurrir más frecuentemente son el infarto agudo de miocardio y la insuficiencia cardíaca, que pueden llevar a una muerte cardíaca súbita.

Las personas que sufren de enfermedad coronaria pueden presentar distintos signos o incluso no llegar a presentar ninguno por algún tiempo, estos son: la angina que se presenta como un dolor o presión en el pecho, este puede ser recurrente o repentino; otras personas pueden llegar a sentir dolores de cabeza, debilidad, fatiga, mareos, síncope, náusea, falta de aliento, dolores o molestias en los brazos y hombros (Stanford Health Care, s.f.).

Además, es importante resaltar otros aspectos de la enfermedad coronaria y de los síntomas que puede sufrir una persona. Para empezar, las mujeres son menos propensas a sufrir síntomas de la enfermedad coronaria, a sufrir menos dolores de pecho y en cambio, es más probable que experimenten dolor de estómago, fatiga, mareos y náuseas (National Heart, Lung and Blood Institute, s.f.).

El segundo aspecto por resaltar son los síntomas de la enfermedad coronaria crónica, ya que esta puede llegar a presentar síntomas como angina, falta de aliento tras realizar una actividad física, fatiga y dolor de cuello y estos van empeorando a medida que se acumula más placa dentro de las arterias.

Tratamiento de la enfermedad coronaria

Para tratar la enfermedad coronaria se debe estudiar el caso, ya que el tratamiento depende de la gravedad de la enfermedad, de los síntomas y si tiene otra afección de salud. En general, las posibilidades de tratamiento se enfocan en los cambios de estilos de vida, medicamentos, procedimientos médicos o intervenciones quirúrgicas.

Al momento inicial de recibir ayuda para tratar la enfermedad coronaria (a menos que esté muy avanzada), el tratamiento se centra en realizar cambios al estilo de vida o suministrar medicamentos para disminuir los factores de riesgo y contribuir para mejorar la salud de las arterias.

Una de las primeras sugerencias por parte del médico, es empezar a estar activo físicamente y ojalá guiado por un profesional, de forma que ayude a controlar factores como el colesterol alto en sangre, presión arterial alta, sobrepeso y ayude a manejar el estrés.

Otra de las sugerencias para disminuir los factores de riesgo, es parar de fumar, disminuir el consumo del alcohol y se recomienda un plan de alimentación saludable para el corazón, que sea rico en frutas, verduras, granos integrales y limitar las grasas, azúcares añadidos y sodio.

Por otro lado, se pueden usar medicamentos para tratar la enfermedad coronaria, con la intención de controlar esos factores de riesgo o los síntomas subyacentes de la enfermedad; estos medicamentos pueden prevenir o reducir afecciones de la enfermedad como el dolor de

pecho y otras. Algunos de los medicamentos que se pueden usar son los que permitan bajar los niveles de colesterol, como las estatinas, la niacina y los fibratos; medicamentos que permitan disminuir la presión arterial, como inhibidores de la ECA, betabloqueadores y bloqueadores de los canales de calcio; medicamentos que permitan controlar la angina, como nitratos y ranolazina; medicamentos que permitan controlar la acumulación de placa, como metformina; y otros (National Heart, Lung, and Blood Institute, s.f.).

Finalmente, se encuentran los procedimientos e intervención quirúrgicas. En estos se encuentran intervenciones que tienen como objetivo deshacerse de la acumulación de placa en las arterias y prevenir las obstrucciones; uno de los más comunes es la angioplastia y colocación de stent. Este procedimiento se realiza con un catéter que es insertado por la arteria de la muñeca o de la parte superior de la pierna, a través de una incisión pequeña y que se guía a la zona obstruida, donde un globo amplía el diámetro de la arteria para restablecer el flujo sanguíneo y al finalizar, se deja un stent para mantener la arteria abierta.

En los casos más graves, es necesario hacer intervenciones quirúrgicas como el bypass coronario, que tiene como objetivo hacer nuevos caminos para el flujo sanguíneo en caso de una obstrucción. En la mayoría de los casos para hacer este procedimiento, el cirujano remueve una de las venas del pecho, brazo o pierna del paciente y crea un nuevo camino para que fluya sangre rica en oxígeno hacia el corazón.

Capítulo III: Enfermedad, diagnósticos y la mujer

En este capítulo vamos a abordar a la mujer, el género y el sexo, como un determinante en la salud en donde el género se refiere al conjunto de roles y relaciones de constructos sociales, mientras que el sexo se refiere a las diferencias biológicas.

Las diferencias de género como un determinante en la salud

A través de los años se ha demostrado cómo el género influye al momento de concebir, para aplicar políticas de salud, en el desarrollo de tecnologías biomédicas y anticonceptivas, y en la respuesta a los clientes hombres y mujeres. Los resultados del área de la salud también dependen de factores sociales y económicos, que a su vez son influidos por las condiciones políticas y culturales de la sociedad, por lo que se sugiere que para entender la salud y la enfermedad hay que tener en cuenta el género y el sexo.

En la parte nutricional, dentro de un estudio se marcan claramente las diferencias de género y se puede ver además un sesgo en los países de Latinoamérica y del Sur de Asia, en donde a los niños se les alimenta con más comida o comida con mejor calidad nutricional, debido a que éstos serán quienes en un futuro sostendrán económicamente a la familia, afectando la manera en la que la mujer se desarrolla desde temprana edad (Vlassoff, 2007).

En los países más desarrollados, encontramos también otros casos de diferencias de género relacionados con la nutrición, ya que este juega como un factor de riesgo para los desórdenes alimenticios, en donde las mujeres adolescentes sufren más comúnmente anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracones³, debido a que los pensamientos

³ Trastorno por atracones: trastorno alimentario en el que se consumen cantidades extraordinariamente grandes de alimentos y la persona se siente incapaz de parar de comer (Mayo Clinic, s.f.).

socioculturales tienen un énfasis en “la figura perfecta” del cuerpo femenino, por el contrario de los hombres, que no se ven tan afectados (Bryn, Ziyadeh, Kahn, et al).

La economía es otro determinante de la salud, donde se pueden encontrar otras diferencias de género. La situación económica de una persona y el poder adquisitivo afectan al comportamiento de búsqueda de la salud y los resultados sanitarios de hombres y mujeres, sumado a esto, se ha demostrado una relación entre los factores económicos y la salud mental. Por lo general, los hombres participan más activamente dentro de la economía que las mujeres y debido a esto, suelen tener mayor autoridad y jugar un rol más importante en la sociedad; esta podría ser la explicación a los resultados de un estudio, que demostró el doble de incidencia de los indicadores de problemas de salud mental en las mujeres, en los que estos empeoran cuando disminuían los ingresos.

Otra diferencia de género como determinante es las consecuencias sociales, se puede encontrar en la forma como reaccionan los hombres y las mujeres al momento de enfermarse: los hombres normalmente buscan ayuda profesional, mientras que las mujeres lo hacen en menor cantidad y son más propensas a tratarse a ellas mismas o usar terapias alternativas. Según Vlassoff, la reluctancia de las mujeres para buscar ayuda médica profesional puede ser debida a que éstas son tratadas como inferiores en los servicios de salud, lo que provoca que cada vez se abstengan más de querer hacer uso de ellos, incluso cuando otras barreras de acceso son removidas.

Hoy en día puede verse como estas relaciones van cambiando lentamente; esto se da porque cada vez más, las mujeres asumen posiciones que los hombres tradicionalmente han ocupado y viceversa, por consiguiente, es importante tener estos aspectos en cuenta y no dejar que estos sigan sesgando en campos, incluida la medicina.

Diferencias de sexo en la medicina

Las diferencias de sexo se pueden observar durante toda la vida, y pueden ir desde diferencias metabólicas hasta en la forma como responden a enfermedades contagiosas o en la incidencia de enfermedades como el cáncer, que están relacionadas al dimorfismo sexual humano, pero que se encuentran en mucho más que diferencias anatómicas.

Lo primero que diferencia al sexo masculino del sexo femenino se encuentra en el cromosoma 23, típicamente XX para el sexo femenino y XY para el sexo masculino, sin embargo, también se pueden encontrar otras combinaciones variables. El determinante del sexo en este caso viene siendo el cromosoma Y, el cual es responsable de la diferenciación gonadal y contribuye a regular la testosterona en el cuerpo.

A su vez, también hay diferencias entre los sexos en cuanto al sistema inmune, ya que el cromosoma X contiene varios genes relacionados a la función inmune, que el Y no tiene, y deben compensar esto, mediante otras formas. Lo anterior se ve reflejado en la diferencia en los niveles de abundancia de las distintas células inmunes: el sexo femenino tiene mayor respuesta de anticuerpos y más linfocitos T, que son los encargados de la inmunidad celular (Anderson, Canoll, Doyle, et al, 2021).

Las diferencias de sexo en el metabolismo se pueden encontrar durante periodos como el ayuno o la actividad física; las mujeres tienen un aumento de lipólisis a diferencia de los hombres y los hombres, tienen un aumento en la oxidación de los carbohidratos, sin embargo, si se excluye la composición física del cuerpo, no parece haber una gran cantidad de diferencias en general. De igual manera, existen diferencias en el metabolismo de los fármacos; algunos fármacos se metabolizan más lento en las mujeres, mientras que hay otros que se metabolizan más que en los hombres (Anderson, Canoll, Doyle, et al, 2021).

En medicina siguen encontrándose diferencias que se relacionan con el sexo, lo que conlleva a diferentes maneras de proceder, bien sea en una enfermedad y el cómo

diagnosticar sus síntomas, tratamientos a aplicar y todo lo que proceda de ésta, pero es de suma importancia saber, que estas diferencias pueden verse amplificadas o suprimidas por la forma en la que la sociedad responde al comportamiento específico de cada sexo, ya que las normas sociales pueden respaldar determinados tipos de comportamiento.

El sesgo de género en la medicina

El sistema de salud es un gran engranaje, en donde muchas personas interactúan diariamente, bien se sea como trabajador o incluso como paciente, por lo tanto, cada una de estas personas sin importar su rol pueden tener su propio punto de vista y opinión sobre el género, lo que abre el espacio al sesgo de género en la medicina.

¿Qué es el sesgo de género?

El sesgo de género se refiere a la preferencia de un género sobre el otro y esta preferencia normalmente está basada en creencias incorrectas o generalizaciones, que hacen que un género se vea superior o inferior al otro. Dentro de la medicina, éste se refiere específicamente a situaciones en las que los pacientes son evaluados, diagnosticados y tratados de forma diferente y con un nivel de calidad inferior, debido a su sexo. Por ejemplo, un estudio encontró que los doctores suelen percibir a los hombres con dolor crónico como “valientes” y fuertes, mientras que a las mujeres las perciben como “emocionales” (Eriksson, Gremyr, Hensing, 2018).

Origen del sesgo de género en la medicina

El origen del sesgo de género en el sistema de salud se puede atribuir a diferentes causas. Para empezar, puede venir desde las opiniones de la misma persona que está ejerciendo la asistencia médica, como creer que las dolencias de las mujeres están relacionadas a las hormonas o que éstas son inferiores.

Asimismo, pueden venir de los ensayos clínicos limitados ya que antes de 1990, en Estados Unidos, a pesar de la cantidad de ensayos que se hacían, no era una necesidad incluir a las mujeres en éstos (Hamberg, 2008). Esta medida fue impuesta por el Instituto Nacional de Salud (NIH), lo que afecta también la educación y el entrenamiento médico, alimentando esas creencias de sesgo de género, relacionando los síntomas identificados a través de la investigación en los hombres con condiciones específicas, por tanto, el diagnóstico y el tratamiento de estas afecciones en personas del sexo contrario, suelen ser insuficientes.

A su vez, el sesgo de género también puede venir de un sesgo sobre información previamente aprendida. Cuando existen evidencias que sugieren, que una determinada condición de salud afecta en mayor medida a las personas de un determinado género, esta condición puede quedar sin diagnosticar en personas de otros géneros. Por ejemplo, un médico podría descartar los síntomas de migraña o hipotiroidismo en pacientes hombres, porque estas enfermedades afectan más a las mujeres, por consiguiente, menos hombres reciben el diagnóstico preciso, prolongando sus síntomas y distorsionando la estadística sobre la frecuencia de estas enfermedades (Raypole, 2022).

Impactos del sesgo de género

En relación con lo anterior, vemos como este sesgo genera impactos negativos para ambos sexos al momento de ser asistidos, no obstante, se puede ver que hay áreas más afectadas que otras, específicamente en el diagnóstico, en donde las mujeres se ven más impactadas negativamente que los hombres, ya que existen más de 700 patologías que son infradiagnosticadas en las mujeres, con la sola excepción de la osteoporosis (Ives, 2019).

En la modernidad este sesgo sigue afectando y se puede ver en el día a día, a algunos doctores e incluso profesionales del área de la salud mental, que todavía albergan escepticismo en torno al malestar físico y emocional femenino, y a menudo suponen que las mujeres exageran sus síntomas o se los inventan por completo. Estudios realizados en el

2021, revelan como algunos médicos se demoran en tomar el dolor relatado por parte de las mujeres en serio y suelen prescribir ayuda psicológica antes que medicamentos o relacionan alguno de los síntomas relatados por la paciente con la menstruación (Eriksson, Gremyr, Hensing, 2018).

Diferencias de sexo y género en la enfermedad coronaria

Hoy en día, las enfermedades cardiovasculares, son la principal causa de muerte a nivel mundial entre las mujeres (WHO,2020), a pesar de que los hombres son más propensos a sufrir de esta enfermedad. En 2013, se encontró que un 35 % de mujeres murieron por esta causa mientras que la cifra en hombres fue del 32% (Bots, Peters, Woodward, 2017)

Es evidente que las personas de mayor edad tienen mayor riesgo de morir por una enfermedad cardiovascular que los hombres, especialmente de enfermedad coronaria, ésta está empezando a una edad más temprana en los hombres, pero los investigadores opinan que las mujeres los alcanzan después de la menopausia. La aclaración anterior se debe a que se supone que los estrógenos endógenos, retrasan la manifestación de la aterosclerosis, que es la acumulación de grasas en las paredes arteriales, durante el periodo fértil de la mujer, por lo tanto, los casos de enfermedad coronaria en mujeres que están previas a la menopausia, no es tan común (Appelman, Maas, 2010).

En referencia a lo anterior, se podría decir que el estrógeno tiene efectos regulatorios en diversos factores metabólicos lipídicos, marcadores inflamatorios, el sistema de coagulación e incluso promueven el efecto vasodilatador directo, esto significa que abren los vasos sanguíneos y evitan que se estrechen las paredes arteriales. Como resultado de la menopausia y la caída de los niveles de estrógeno, la transición a la menopausia se asocia más con un perfil de riesgo para la enfermedad coronaria (Appelman, Maas, 2010), sumado a

esto, el peso de una persona después de la menopausia puede subir y con la creciente incidencia de obesidad, se genera una prevalencia para la diabetes, la cual es un factor de riesgo de esta enfermedad.

Al mismo tiempo, hay otras diferencias anatómicas originadas por el sexo dentro de la enfermedad coronaria que la pueden afectar, ya que las venas de las mujeres son mucho más pequeñas y ligeras que las de los hombres. A diferencia de los hombres, las mujeres no sienten los mismos síntomas, por ejemplo, no sufren normalmente de dolores de pecho, incluso cuando éste es el síntoma más común de una enfermedad cardíaca o un episodio coronario agudo.

Las diferencias de sexo dentro de la enfermedad coronaria también pueden explicarse porque esta enfermedad, se aplaza hasta una edad avanzada en las mujeres y en comparación con los hombres, las mujeres no sufren en la misma ración la enfermedad coronaria obstructiva, por lo que si esta se presenta puede verse como un caso “atípico” y tienden a ser no reconocidas, ignoradas y mal diagnosticadas (Harvard Health Publishing, 2015).

Metodología

Acorde con el proceso que se desea abordar en la recolección de información, se seguirá un enfoque de corte cualitativo, que se ha usado tradicionalmente como uno de los métodos empíricos para la investigación y se centra en los aspectos no susceptibles de cuantificación.

La metodología cuantitativa se caracteriza por:

- Ser inductiva, lo que permite que esta sea más abierta desde un principio y encontrar respuestas que no eran previstas.
- No reducir los sujetos a variables, por lo tanto, se tiene en cuenta una perspectiva global del fenómeno investigado.
- Intenta comprender el fenómeno desde un principio y todo lo que puede conllevar, en vez de dar respuestas como causa-efecto (Centro virtual Cervantes, s.f.).

Esta investigación se llevará a cabo de la siguiente manera:

Población

Para el desarrollo de esta metodología se llevará a cabo el estudio en la siguiente población:

1. Una mujer que sufra de una enfermedad coronaria y haya tenido problemas al momento de recibir su diagnóstico, bien sea por que este fuera tardío o erróneo. Esta será el sujeto I.
2. Un hombre que sufra de una enfermedad coronaria, de forma que se pueda contrastar su proceso diagnóstico con el de las mujeres. Este será el sujeto II.

3. Un cardiólogo y una cardióloga que se encuentren activos en el ejercicio de su profesión este momento. El cardiólogo será el sujeto III y la cardióloga el IV.

Recolección de datos

Para llevar a cabo la metodología planteada, se pondrá en marcha un instrumento denominado “entrevista”, que será de tipo semiestructurada; debido a esto, se contará con preguntas previamente establecidas por el autor de este trabajo, sin embargo, esta será una conversación flexible donde se podrían hacer otras preguntas o modificar las existentes, si el autor lo ve necesario, de forma que se pueda llegar a los objetivos establecidos para dar respuestas a las preguntas.

Las preguntas serán las siguientes para el primer y segundo grupo poblacional:

- ¿A qué edad diagnosticaron oficialmente su enfermedad coronaria?
- ¿Desde qué edad percibió síntomas relacionados a esta enfermedad?
- ¿En algún momento sintió que sus síntomas no fueron tomados en serio dentro del campo de la salud? Si la respuesta es afirmativa, elaborar.
- ¿Considera que su diagnóstico errado o tardío genera un impacto en su día a día? ¿Qué áreas de su vida afectó?
- ¿Qué tanto considera que un diagnóstico tardío o errado de esta magnitud pueda afectar la vida de una persona?

Las preguntas para la tercera población serán las siguientes:

- ¿Cuáles pueden ser las consecuencias a corto, mediano y largo plazo de un diagnóstico erróneo o tardío de una enfermedad coronaria?
- ¿Cuáles son las posibles causas de un diagnóstico erróneo o tardío de la enfermedad coronaria?

- En su opinión, ¿considera que existe un sesgo en cuanto al diagnóstico de enfermedades coronarias entre hombres y mujeres?

Análisis de datos

A continuación, se presentarán los datos recolectados por el método cualitativo expuesto en la Metodología; la transcripción de las entrevistas se encuentra en el Anexo I. Los datos de las entrevistas estarán divididos en dos tablas, paciente y cardiólogo, mientras que cada tabla estará dividida por las preguntas:

Pacientes:

<i>Preguntas</i>	<i>Respuestas</i>
¿A qué edad diagnosticaron oficialmente su enfermedad coronaria?	<ul style="list-style-type: none"> - El diagnóstico del sujeto I fue a los 53 años (Mujer). - El diagnóstico del sujeto II fue a los 43 años (Hombre). <p>Como se puede ver en las respuestas, los sujetos cumplen con las edades comunes de la enfermedad coronaria. El sujeto masculino fue diagnosticado a una edad más temprana, como es normal en los hombres, según la teoría revisada (National Heart, Lung and Blood Institute, s.f.), mientras que al sujeto femenino se le diagnóstico mucho más tarde, lo que cumple con las diferencias presentadas entre hombres y mujeres en la enfermedad coronaria. (Appelman, Maas, 2010).</p> <p>Al Sujeto II le dio un infarto a una edad más temprana, lo que ayudó a que esta enfermedad se diagnosticará desde antes; sin embargo, para el Sujeto I no fue de esta manera, ya que no tuvo un síntoma de la misma gravedad que el sujeto II y éstos fueron minimizados por parte de los médicos, lo que conllevó a que su diagnóstico fuera tardío, además esto</p>

	<p>puede parecer común, ya que su edad se encuentra dentro del rango para el diagnóstico entre las mujeres.</p>
<p>¿Desde qué edad percibió síntomas relacionados a esta enfermedad?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El Sujeto I empezó a percibir síntomas de esta enfermedad desde los 38 años; entre estos se encuentran la angina y el ahogo constante. - El Sujeto II empezó a percibir síntomas de la desde los 38 años, y entre estos estaba la migraña, no obstante, también lo diagnosticaron a la misma edad con enfermedades que son factores de riesgo para la enfermedad coronaria. <p>Ambos sujetos empezaron a sufrir de síntomas que son directamente relacionados con la enfermedad coronaria, entre esos síntomas se encuentran: las migrañas, la angina y el ahogo, sin embargo, el Sujeto I se vio afectado por más síntomas, lo cual es inusual, puesto que las mujeres no tienden a demostrar síntomas comunes relacionados a la enfermedad coronaria, adicionalmente, empezó a sufrirlos desde una edad muy temprana y no tuvo el factor de protección usual que tienen las mujeres, previo a la menopausia, que se presenta gracias a la producción de estrógeno (Appelman, Maas, 2010).</p> <p>El Sujeto II además del síntoma presentado, también fue diagnosticado con otras enfermedades (hipertensión y colesterol alto), que son factores</p>

	<p>de riesgo para la enfermedad coronaria, según lo estudiado en esta enfermedad (National Heart, Lung and Blood Institute, s.f.).</p>
<p>¿En algún momento sintió que sus síntomas no recibieron la importancia necesaria dentro del campo de la salud? Si la respuesta es afirmativa, elaborar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El Sujeto I sintió que durante casi todo el recorrido desde que empezó a percibir síntomas, estos fueron ignorados porque la mandaban para la casa constantemente o le afirmaban que no tenía nada. - El Sujeto II nunca sintió que sus síntomas fueron ignorados; este asegura que desde que lo diagnosticaron incluso con otras enfermedades, siempre fue escuchado y al momento de sufrir el infarto, fue atendido con diligencia. <p>En esta pregunta se empieza notar un sesgo dentro de los procesos médicos; esto se da porque el trato a los pacientes fue muy distinto, mientras que el Sujeto II siempre se sintió cómodo y cuidado por el sistema de salud, el Sujeto I no, y fue constantemente ignorada por parte de los médicos.</p> <p>El Sujeto I sufrió de negligencia médica desde un principio y fue tratada como inferior, ya que no se le dio relevancia a los síntomas; fue constantemente devuelta para su casa o le negaron la prestación de los servicios de salud, ya que para los médicos su situación no constituía un riesgo vital. Razones como esta y como se vio en la teoría, permiten que el sexo y el género sean un determinante de la salud (Vlassoff, 2007).</p>

	<p>Principalmente el Sujeto I, cree que la situación se presentó por la falta de humanización de los médicos, específicamente los médicos hombres, quienes fueron en mayoría, sus tratantes en un principio.</p> <p>A diferencia del Sujeto I, el Sujeto II nunca fue tratado como un inferior; desde el momento que fue diagnosticado con factores de riesgo, recibió revisiones constantes. Al momento de sufrir el infarto y que se le encontrara la enfermedad coronaria, siempre fue cuidado y recibió desde un principio todos los tratamientos. Los síntomas y la enfermedad del sujeto nunca fueron minimizados, lo que le permitió acceder a soluciones más rápido que la mujer.</p>
<p>¿Considera que su diagnóstico errado o tardío genera un impacto en su día a día? ¿Qué áreas de su vida afectó?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El Sujeto I afirma que su diagnóstico tardío y errado afecta su vida considerablemente, especialmente en las áreas familiares, laborales y en su salud física. - El Sujeto II no notó alguna consecuencia o cambio que generara un impacto en su día a día, por lo tanto, ninguna área de su vida se vio mayormente afectada después del infarto a excepción del aspecto familiar. <p>Ambos sujetos concuerdan que el área familiar se vio afectada por su diagnóstico; esto se debe a la ansiedad y la angustia que ambas familias sintieron, ya que tenían miedo sobre la posible pérdida de sus seres queridos.</p> <p>El Sujeto I se vio más afectado por el diagnóstico tardío y las repercusiones de éste la afectan en su día a día, incluso en las</p>

	<p>actividades más mínimas, como limpiar su propia cocina y hasta caminar dos cuadras, lo que la dejaría completamente sin energía y ahogada. Además de su día a día, este sujeto recibió tratamiento para sus enfermedades muy tarde, lo que desencadenó otras enfermedades. Las áreas más afectadas fueron la laboral, su salud física y el aspecto familiar; algunas de estas son consecuencias directas del diagnóstico tardío, como es el empeoramiento de la enfermedad (MedicalNegligenceAssist, s.f.), que causó en el sujeto variadas limitaciones físicas.</p> <p>El Sujeto II no tiene ninguna afectación en su día a día; todavía puede vivir con normalidad, como lo hacía previo a su diagnóstico. Puede llevar a cabo todas las actividades que hacía antes sin problema, incluso deporte y el trabajo. Este sujeto no se clasifica a el mismo como un enfermo cardíaco, pues no se siente así.</p> <p>Las diferentes respuestas de los sujetos nos permiten ver la diferencia y el sesgo creado entre géneros, ya que el Sujeto I afirma ser impactado de manera negativa, mientras que el Sujeto II no, sumado a esto, el Sujeto I no pudo volver a sus actividades normales, mientras que el Sujeto II no tuvo problema alguno para hacerlo.</p>
<p>¿Qué tanto considera que un diagnóstico tardío o errado de esta magnitud pueda</p>	<p>- Ambos sujetos afirman que impacta de gran manera, sin embargo, el Sujeto I expresó más afectaciones que el II.</p> <p>El Sujeto I considera que puede afectar distintas áreas y expresa que es difícil sobrellevar las dificultades que esto conlleva, resume que el</p>

afectar la vida de una persona?	<p>impacto es esencialmente, en el deterioro de la calidad de vida de la persona que sufra un diagnóstico erróneo. Sustentando lo que el Sujeto I afirma y teniendo en cuenta los estudios consultados, un diagnóstico erróneo deja repercusiones como el deterioro de la enfermedad, la ausencia de tratamientos correctos, el sometimiento a dolores extremos, entre otros (MedicalNegligenceAssist, s.f.).</p> <p>El Sujeto II considera que sí puede causar efectos negativos en la vida de la persona en diferentes áreas, y que al mismo tiempo causa efectos positivos; sin embargo, considera que la actitud es importante, ya que la salud mental de una persona se puede ver en riesgo y por eso mismo, si la actitud es buena, podría mejorar la situación del paciente y disminuir el impacto.</p>
---------------------------------	--

Cardiólogos:

<i>Preguntas</i>	<i>Respuestas</i>
¿Cuáles pueden ser las consecuencias a corto, mediano y largo plazo de un diagnóstico erróneo o tardío de una enfermedad coronaria?	<ul style="list-style-type: none"> - El Sujeto III considera que las consecuencias no se podrían dividir en estas tres categorías, y propone las siguientes: tener en cuenta el progreso de la enfermedad, la falla cardíaca y la muerte súbita. - El Sujeto IV considera que hay distintas consecuencias a corto, mediano y largo plazo, sin embargo, asegura que se pueden dividir en agudas o crónicas.

	<p>Ambos sujetos son conscientes y resaltaron el hecho de la muerte como una consecuencia al igual que el deterioro de la enfermedad.</p> <p>Además de las previamente mencionadas por el Sujeto III, el Sujeto IV mencionó que podría causarse un síndrome coronario agudo, también conocido como infarto, una ruptura de algún septal dentro del corazón o la hinchazón del tejido del corazón conocido como pericardio (pericarditis).</p> <p>Los sujetos son conscientes de los efectos que podría causar la enfermedad coronaria, pero no respondieron cuales podrían ser los efectos directos del diagnóstico erróneo de la enfermedad, por lo tanto, es difícil determinar las consecuencias debido a razones como la particularidad del paciente, entre otras.</p>
<p>¿Cuáles son las posibles causas de un diagnóstico erróneo o tardío de la enfermedad coronaria?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El Sujeto III asegura que existe el error, y que para una persona tan especializada como un cardiólogo no es común; para él las razones están más relacionadas con el paciente que con el médico. - El Sujeto IV afirma que las razones por las que se puede presentar esto recaen tanto en el paciente como en un médico no especializado o en algunos casos por ambos, pero también menciona al sistema de salud como una posible causa. <p>Para el Sujeto III, las causas de un diagnóstico tardío o errado recaen en los pacientes, ya que estos pueden ser asintomáticos o no sufrir de los síntomas más comunes de la enfermedad coronaria, también los</p>

<p>pacientes tienden a ignorar los síntomas y consultar tarde. De igual manera, considera que es posible que un médico cometa el error debido al factor humano o falta de conocimiento, como lo menciona James Reason, puesto que pueden ocurrir descuidos que se derivan de procesos mentales cometidos por el humano; también podrían suceder porque el médico general no tiene el conocimiento, ya que sus estudios en el tema no son tan específicos como los de un especialista.</p> <p>El Sujeto IV considera que las causas provienen de ambos partidos, el médico y el paciente; entre estos considera que el factor humano es importante, pero que el sistema de salud es la causa de muchos diagnósticos erróneos, ya que el acceso a este no es fácil, debido a las barreras organizacionales, o a que algunas personas no tienen los recursos económicos, por la mala comunicación entre médicos y especialistas, siendo este último uno de los más comunes en este campo como lo afirma el <i>National Center for Biotechnological Information</i> (NCBI, s.f.). Adicionalmente, el sujeto considera que algunas de las causas se deben al mismo descuido de los pacientes, sea por condiciones o ventos en su vida o desconocimiento de la sintomatología, lo que puede llevar a no reconocer los síntomas o tenerle miedo al médico. Para terminar, propone que otra causa puede ser tolerancia a los sistemas, por lo tanto, las personas y los médicos no tendrían la suficiente sensibilización hacia estos.</p>
--

<p>En su opinión, ¿considera que existe un sesgo en cuanto al diagnóstico de enfermedades coronarias entre hombres y mujeres?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El Sujeto III considera que no se debería llamar un sesgo, pero está de acuerdo con el hecho de que puede haber confusiones al tratar a las mujeres. - El Sujeto IV afirma que si existe y que se debe a que la biología es diferente entre el hombre y la mujer, y que posiblemente también se deba a factores sociales. <p>Ambos sujetos consideran que hay una diferencia al momento de diagnosticar y que esta se puede deber a que el dolor es distinto; normalmente las mujeres tienen síntomas atípicos y diferentes a los de los hombres, lo que puede confundir a un especialista al momento de diagnosticar, pero poniendo esto a un lado, para el Sujeto III no existe este sesgo, solo confusiones.</p> <p>En la opinión del Sujeto IV si existe un sesgo, este se debe a la biología y a los factores sociales que viven las mujeres, por ejemplo, ella menciona que las mujeres no suelen sufrir el dolor típico de infarto que si sufren los hombres y suele pasar con otros síntomas. Sumado a esto, las mujeres suelen tomar un rol de cuidadoras y esto causa que no busquen ayuda por miedo a no poder seguir con su rol, a ser tratadas como inferiores por los médicos o porque perciben que sus síntomas no son merecedores de ayuda (pg. 22), llevándolas a obtener diagnósticos tardíos por no ir en un momento oportuno.</p>
---	--

Conclusiones

Tras la investigación realizada, se determinó el impacto generado de un diagnóstico tardío o erróneo de la enfermedad coronaria en la calidad de vida de las mujeres; para llevar esto a cabo se identificaron las características y consecuencias de esta enfermedad, se recopiló y contrastó información de pacientes con enfermedad coronaria y diagnóstico tardío, y se estableció la existencia de un sesgo de género y la afectación de la enfermedad coronaria en la vida de la mujer.

La enfermedad coronaria es la enfermedad cardíaca más común, la cual afecta las arterias del corazón; esta suele ser más prevalente en hombres que en mujeres, no obstante, estas suelen ser infradiagnosticadas lo que genera impactos negativos en distintas áreas de su vida, impactando en su día a día y perjudicando su calidad de vida.

Los hombres suelen sufrir de enfermedad coronaria a una edad más temprana que las mujeres, ya que estas se encuentran protegidas por el estrógeno, que hace que sufran este tipo de enfermedad a una edad más tardía; por esto mismo, las mujeres pueden presentar síntomas atípicos si se comparan con los de un hombre, y así se pueden verificar diferencias entre la biología del hombre y de la mujer.

Al existir diferencias en la biología, se crea un sesgo en el diagnóstico de la enfermedad coronaria en la mujer, adicionalmente, los factores sociales incrementan este sesgo en el diagnóstico, ya que el rol de cuidadora que toma la mujer dentro de la sociedad y la manera en la que pueden ser percibidas dentro del sistema de salud, hace que puedan ser tratadas como inferiores, causando que las mujeres busquen ayuda más tarde o sean ignoradas.

En comparación a los hombres, las mujeres suelen ser más afectadas por un diagnóstico tardío o errado, causando un impacto grave en su día a día, debido a que no pueden laborar de la misma forma, afecta su economía, su salud mental y física, y también

sus relaciones interpersonales, lo que trae como consecuencia un impacto significativo en su calidad de vida.

Anexo I:

Entrevistas

Sujeto I:

Entrevistador: Empecemos, ¿a qué edad diagnosticaron tú enfermedad coronaria?

Sujeto I: Me diagnosticaron a los 53 años.

Entrevistador: ¿Desde qué edad empezaste a percibir síntomas que se relacionan a la enfermedad? Cansancio, angina, dolores.

Sujeto I: Desde los 38 años

Entrevistador: ¿Qué síntomas percibió que se acuerde?

Sujeto I: Dolor en el pecho y ahogo.

Entrevistador: Listo, ¿apenas empezaste a sentir esos síntomas decidiste consultar o no?

Sujeto I: Sí lo consulté y me hicieron unos análisis donde salió la tiroides con problemas, entonces dijeron que eso era por la tiroides. Empezaron a hacerme el tratamiento y a darle el suplemento, sin embargo, la situación continuó y luego me tuvieron que operar de la tiroides porque había cáncer

Quando un médico decidió hacerme un electro me dijo que no me le gustaba mi electro y me mandó una ecocardiografía. Yo me vi con el dolor en el pecho, muy fuerte me fui para La Cardiovascular, allá me hicieron un cateterismo y me dijeron que no tenía nada, no tenía venas tapadas, sino que las tenía muy bien, pues eran como mangueras y que no me preocupara por eso.

Entrevistador: Cuando te dijeron eso y desde antes, ¿crees que por parte de los médicos del sistema de salud en general, tus síntomas no fueron tomados en serio en el principio?

Sujeto I: No, no fue nada en serio. Incluso para la angina no me formularon ningún medicamento, en ese tiempo no me formularon nada.

Después de unos cuatro o cinco años empecé a presentar mucho dolor, caminaba unas cuadras y era ahogada, entonces ya, ya me pusieron cuidado.

Entrevistador: ¿O sea que se tardó cinco años para que te tomaran tus síntomas en serio?

Sujeto I: Sí, cinco años y ya me tomaron en serio, empecé a ver un cardiólogo y resulté con la presión alta.

Entrevistador I: ¿Piensas que existió alguna razón por la que sus síntomas no se tomaron en serio?

Sujeto I: Mi marido trabajaba con el municipio de Medellín y el servicio que teníamos médico era dependiente del municipio, no me puse mucha atención y en realidad no les daban mucha importancia a las cosas. A mí me empezaron a poner atención. cuando empezó sistema de la EPS, el municipio me ubicó en Coomeva y me tocó un médico muy bueno, me preguntaba y me preguntaba sobre los síntomas que tenía, él me dijo que tenía un problema de corazón y que me iba a mandar al cardiólogo.

Me diagnosticaron una insuficiencia cardíaca. Entonces ya vine a centrar con Coomeva, el trabajo fue muy bueno y al principio me atendieron muy bien, ya después me encontraron un aneurisma, enfermedad coronaria y un problema con la tricúspide del corazón, Eso es lo que. En la que viaja, viaja una. Una que en la costa del corazón no sé si. Que esta frase. Dios me dio la paciencia con muchos problemas de corazón. Así como varias enfermedades

En el 2017, tuve falla del nodo sinusal por lo tengo marca pasos, pero todo ha sido derivado de la falla cardíaca. Sí, hubo un poquito de negligencia en un principio y dentro de Coomeva hasta el 2017 hubo también mucha negligencia, cuando yo tuve la falla del nodo sinusal, desde hacía seis meses estaba buscando una cita con cardiología y ni con tutela la pude conseguir.

Estuve una semana, ocho días completitos, consultando diario al médico general y cada que iba era un médico diferente, todos me decían que solo tenía un poco bajita la presión y que no me preocupará, que si algo fuera a las urgencias, que eran una entidad fuera de Coomeva. En todo caso, era como los consultorios de un contratista especializado que hacían las urgencias, fui una noche allá y me hicieron un electro, la enfermera me mandó a la casa porque mi electro estaba muy bueno supuestamente.

Al otro día fui a consultar a Coomeva, me atendió una médica y me dijo no le gustaba que mi presión estuviera tan bajita, que si seguía así me tenía que ir para la Clínica Bolivariana porque es la única que está recibiendo los de Coomeva, entonces para cuando yo llegué allá tenía una presión de 20/30, mi corazón se estaba apagando y me hospitalizaron. Para ese momento pusieron una cantidad de medicamentos y el médico dijo que lo llamará cuando sintiera ese desaliento, resulta que lo llamé y el desaliento era que mis pulsaciones se bajaban casi que a 0.

Entrevistador: ¿Entonces casi llegando al paro?

Sujeto I: Ajá, me tuvieron que colocar un montón de medicamentos para que no me fuera a dar el infarto, me cuidaron toda la noche, pidieron el servicio de cardiología a Coomeva y me consiguieron una cama en la Clínica Medellín. Al día siguiente, a las 11:00, el médico de la ambulancia me preguntó que si me había infartado y me dijo que no me podía trasladar.

Entrevistador: ¿Por qué no te habías infartado?

Sujeto I: Si, no aceptaban pacientes de Coomeva que no se estuvieran muriendo. El urgentólogo de la Bolivariana me ayudó a conseguir una cita con el San Vicente y me trasladaron a eso de las 18:00 de la tarde, allá ya me colocaron el marcapasos, me hicieron todo el tratamiento, pero estuve hospitalizada 15 días porque el corazón, aún con el marcapasos, no quería responder, se tardó 15 días para estabilizarse y me mandaron para la casa enseguida.

Ahora estoy en Sura y me atienden súper bien, cada que tengo una urgencia me especifican que en la única parte donde yo voy es a la cardiovascular, así lo que yo sienta no parezca del corazón y gracias a Dios todavía estamos contando el cuento con todo ese montón de cosas que tengo.

Entrevistador: Claro, totalmente de acuerdo, no todos pueden hacer eso. ¿Cuáles piensas que son las causas del problema? ¿El sistema de salud colombiano o puede haber otras razones por las que los síntomas no se tomen en serio?

Sujeto I: Yo no le echo la culpa al sistema, yo le echo la culpa a las personas porque los médicos y las enfermeras se deshumanizaron, hay sitios donde llega el paciente y es como si fuera una cosa, no una persona que está sintiendo dolor o que está atemorizada por lo que está sintiendo, es lo que sentía yo cuando me atendían en las urgencias contratadas por Coomeva. Eso es lo sentí cuando ese médico llamó a mi familia en la Bolivariana y me dijo que no me podía trasladar, hay personas que están dentro del sistema médico colombiano que no tienen amor por su profesión y que no tienen pertenencia a lo que están haciendo, como hay otros que sí.

Yo estuve una vez en Urgencias en la Cardiovascular y un cardiólogo joven me dijo que no había nada que hacer con todo lo que tenía, que mejor me fuera a casa porque mi celular no tenía solución y que en cualquier momento me podía morir, a ese señor le faltó humanidad y amor, no lo volví a ver gracias a Dios.

Entrevistador: Es muy importante que los médicos tengan ese sentido de humanidad, entiendo totalmente lo que dices y como te sientes. Mi proyecto tenía un enfoque grande en el género, porque durante la investigación me di cuenta de que a las mujeres tienden a tener más diagnósticos tardíos o erróneos, ¿crees que esto pudo haber afectado?

Sujeto I: En el tiempo de mi diagnóstico, sí me atendieron siempre varones y en ellos siempre note la deshumanización, pudiéramos concretar entre el género y la deshumanización porque

a la a las mujeres siempre nos han visto como las quejumbrosas, entonces nosotros nos quejamos mucho y agrandamos la situación para ellos, eso se pudo haber dado.

Entrevistador: Claramente, tu diagnóstico errado ha causado varios impactos en tu vida, ¿qué áreas de tu vida afectó? ¿Y a qué nivel las afectó?

Sujeto I: A ver, en este momento la afectación emocional con mi familia ha sido muy grande, porque a mí me duele algo y todo el mundo se paraliza, ¿qué le pasa o qué está haciendo? ¿Qué es lo que le está pasando? ¿A dónde va? Entonces todo se ponen tensos y la angustia a afectado por ese lado a la tranquilidad familiar.

En el área laboral por completo, yo diría que estoy en cero y yo siempre he sido una mujer emprendedora, que trabaje panadería, que es modista y ya no puedo hacer nada, lo único que hago es tejer, puedo sentarme a hacer esto todo el día, porque eso es lo único que no hago un esfuerzo. Yo no puedo limpiar mi cocina, porque no soy capaz, la enfermedad no me da la capacidad de hacer movimiento y salir a caminar, por ejemplo, los deportes, yo me demoro para caminar cinco cuadras dos horas.

Entrevistador: Comprendo, muchísimas gracias. La última pregunta que tengo es, ¿qué tanto consideras que un diagnóstico tardío o errado de esta magnitud puede afectar la vida de una persona?

Sujeto I: Afecta demasiado, porque cuando el diagnóstico se da a tiempo podemos tomar medidas que ayuden a que la enfermedad no empeore, para se pueda sostener y que la persona tenga una mejor calidad de vida, pero en mi caso el diagnóstico tardío es la falta de atención que tuve hizo mucho daño, porque cuando a mí me diagnosticaron ya estaban todas dilatadas las venas, ya tenía el aneurisma, ya la falla cardiaca como tal estaba ya avanzada.

Pues a mí me parece que afecta la vida social, emocional y económica, la enfermedad afecta a todas las áreas y la falta de un diagnóstico a tiempo va a impedir que el paciente pueda tener una buena calidad de vida.

Sujeto II:

Entrevistador: ¿A qué edad oficialmente diagnosticaron su enfermedad coronaria?

Sujeto II: O sea, yo supuestamente estaba diagnosticado con hipertensión y también estaba en tratamiento para el colesterol. Básicamente, al principio fue tratado lo del colesterol a punta de dieta y ejercicio, ya después, más adelante, empecé a tomar pastillas, primero para el colesterol y ya luego para la hipertensión, pero lo de la hipertensión era solo como un diagnóstico, no tuve un tratamiento médico al principio para esta.

Entrevistador: Bueno, entonces ese diagnóstico a los 38 años fue solo del colesterol y de la hipertensión.

Sujeto II: Eso, solo fue de esos dos.

Entrevistador: ¿Y a qué edad fue el diagnóstico de la enfermedad coronaria?

Sujeto II: A mí me dio el infarto a los 43, ya después de ese infarto, pues me imagino que quedé catalogado como un paciente con enfermedad cardíaca y tomó más pastillas que mi abuelita, tomó para la presión, el colesterol y también diurético. Desde ese momento para acá, yo podría decir que soy un paciente con enfermedad coronaria y cuando me dio el infarto me colocaron tres stent.

Entrevistador: Ok, listo. ¿Desde qué edad percibiste los síntomas relacionados a la enfermedad?

Sujeto II: Sí, yo creo que por ahí a los 38. Pues yo la verdad, síntomas, síntomas... Me acuerdo de que como lo que más me daba era dolor de cabeza, entonces ahí fue donde dije vamos donde el cardiólogo que posiblemente es la presión, porque todos en la familia sufren de todo eso.

Obviamente yo sé que también la parte ambiental tendrá mucho que ver, entonces sí o sí, el trabajo como todo ese corre, corre, pero yo nunca pensé que yo iba a ser hipertenso tan rápido, pero igual ahí voy bien.

Entrevistador: Perfecto. La siguiente es en algún momento, durante todo el recorrido, desde que te diagnosticaron las primeras enfermedades y después del infarto, ¿sentiste que dentro del área de salud tus síntomas no fueron tomados en serio?

Sujeto II: No, no, la verdad yo siempre me sentí como muy bien atendido, yo siempre he tratado de ser como un buen paciente, yo lo que a mí el médico me diga, yo le creo igual era basado con exámenes de laboratorio y todo eso, entonces yo nunca sentí que debíamos haber ido más adelante para que el desenlace no fuera un infarto, obviamente yo no lo deseaba, porque yo sé que no todo el mundo puede contar la historia, pero yo siempre me sentía tranquilo porque me sentía bien tratado y controlado, los síntomas no se aumentaron y ni yo sentí nada más diferente ni cuando me dio el infarto, los síntomas era que de vez en cuando me daba dolor de cabeza, pero nada más.

Yo nunca me sentí muy mal, ni mal atendido, ni como maltratado en ese momento de que yo diga que nos descuidamos, porque muchas veces también es el paciente que no cree en el diagnóstico y posiblemente no es tan juicioso con el tratamiento. Yo trataba de que cuando fue con medicamentos, con medicamento, cuando era apunta de dieta también lo trataba de hacer lo mejor posible.

Entrevistador: Si, ¿entonces apenas dijiste que tenía esos dolores de cabeza y como tenías el historial familiar, el médico ahí mismo te escucho?

Sujeto II: Todo salió bien, o sea, me imagino que todo está como en el límite, entonces ya el diagnóstico que organizo con el cuadro clínico, más los antecedentes familiares, hipertensión, seguro pues cuando me tomaba la presión y eso, pero nunca ningún cateterismo ni ningún

examen más profundo, yo tampoco sentía que me hizo falta porque yo en esa época también era un deportista activo, entonces yo me sentía como protegido por ese lado.

Entrevistador: Sí, o sea, ¿todo lo que dijiste fue escuchado y no hubo necesidad de nada más, porque tú te sentías tranquilo?

Sujeto II: Sí, yo no tuve ninguna duda ni en el diagnóstico ni en el manejo, pues obviamente porque yo no soy el cardiólogo, pero muy respetuosamente yo sigo las indicaciones del médico, pues lo que el consideró estuvo bien para mi concepto sea, yo no culpo a mí médico, ninguno se lo esperaba.

Entrevistador: Comprendo. ¿Consideras que tu diagnóstico en este caso tardío género genera ahora mismo un impacto en tu día a día? ¿Qué áreas de tu vida afectó más?

Sujeto II: No, no, la verdad. Pues en ese momento si fue una sorpresa y no sólo para mí, sino para la familia, yo sé que mi esposa en el momento fue muy valiente, pero ya después como cuando uno se metió un susto que uno no entiende bien, pero ya a los días se preocupa porque sí.

Yo sé que uno haber pasado por un infarto, eso no es tan sencillo, o sea uno lo puede contar tranquilo y sentirse como bendecido por haber salido, pero yo sé que la familia así cercana sí, pues el impacto vino como después, pero ahí es donde yo creo que yo he estado como bien, porque yo en ningún momento me sentí como discapacitado ni como que alguna de mis funciones se habían disminuido, antes como que hubiera sido un segundo aire y me volví como más hiperactivo en muchas cosas, pero en realidad la vida no me cambió aparte que obviamente voy cada seis meses a control y lo que me mande el médico me lo hago, pero nunca nada, pues fuera de una prueba de esfuerzo, exámenes de sangre, o sea nada. ¿Así que yo diga pues me manda para el Tíbet a meditar una vez al año o no? Normal, yo seguí mi vida normal y yo creo que también es muy como de la mente la recuperación que uno tenga, yo ni me siento con dificultad para respirar ni me siento más, por ejemplo, en la pandemia a

mi esposa le dio COVID en septiembre del 20, cuando no estábamos vacunados y ella habló con el cardiólogo y él lo único que le preguntara por mí, ni siquiera por ella, porque el sí se sintió como alarmado, pues porque considera que posiblemente el COVID era más de riesgo por mi antecedente cardíaco, pero no me dio nada.

Entrevistador: ¿No afectó de ninguna manera las distintas áreas?

Sujeto II: Eso. Yo antes creo que la afectación fue positiva, en vez de disminuir mi capacidad como en algo, mi mentalidad como en algo, yo antes, creo que me ayudó para bien.

Entrevistador: Listo. ¿Sientes que de alguna manera el hecho de que fuera tardío el único impacto fue que nadie se lo esperaba?

Sujeto II: No, la verdad yo no lo esperaba, pero si vamos a ser sensatos, yo diría que cualquier paciente diagnosticado con algún problema cardíaco puede tener algún tipo de eventos de esto, yo pues de cardiología no entiendo mucho, pero no sé si haya como una medición cuantitativa en cuanto a decir es que qué tan hipertenso es usted y qué tanta probabilidad tiene de desencadenar un infarto, no sé si el más y el más comprometidos se pueden cortar más fácil o eso también tiene muchos otros factores.

Yo no siento ni que el diagnóstico haya estado errado ni tardío, pues si hablamos de tardío con respecto a tiempo, yo no lo esperaba porque obviamente en ese momento también estaba y me sentía más joven de lo que estoy ahora, pero no siento que haya sido ni por descuido, ni por, ni por falta de, ni por haberme dejado de hacer algunos exámenes o pruebas, yo creo que fue algo que paso ahí y gracias a Dios salí bien.

Entrevistador: Sí, eso es verdad. La otra pregunta es, ¿qué tanto piensas que un diagnóstico tardío o errado de esta magnitud puede afectar la vida de una persona? No tiene que ser necesariamente tu vida, puedes hablar de tu vida y después de la vida de los demás, porque como dijiste antes, en tu caso, pues hubo como un tipo de factor de shock porque asustó a todo el mundo, pero de resto las cosas mejoraron.

Sujeto II: Yo pienso lo mismo, o sea, obviamente a uno le puede afectar la vida y obviamente habrá gente que está más predispuesta o que tenga muchos otros factores de riesgo, a mí me parece que es demasiado importante un buen diagnóstico y estoy casi seguro que la mayoría de las veces no es por falta de diagnóstico médico, sino que muchas veces no somos tan buenos pacientes, posiblemente porque nos sentimos jóvenes y que hacemos deporte, entonces creemos que podemos tomar más licor, por ejemplo, ahora con los vapeadores todo eso aumenta los factores de riesgo, entonces yo digo que hay muchas cosas que se pueden prevenir, hay otras que posiblemente no, porque harán parte de lo que definitivamente va a pasar, pero yo diría que hay un porcentaje más alto en que esas fallas pueden ocurrir por parte del paciente, porque afortunadamente hoy en día tenemos mucho más métodos de diagnóstico, no como antes.

Yo creo que ahora uno sí puede tener un diagnóstico mucho más temprano, mucho más acertado, pero también hay que unirlo con un buen paciente en cuanto a que, si uno se cuida de todo, yo creo que eso va cerrando la brecha o vas cerrando las probabilidades de que un evento pueda pasar. Obviamente no creo que todo se pueda controlar, porque habrá otros factores incluyendo la suerte de que hay gente que se cuida mucho y le da, entonces no creo que la falla del diagnóstico errado o no hecho a tiempo siempre sea falta el médico, obviamente también hay fallas en el sistema de salud, donde posiblemente consultas por un infarto y el médico que te toca te dice que lo que tienes es una gastritis y de hecho pasado, es de parte en parte.

Si uno tiene las dudas y uno sabe que está teniendo comportamientos o hábitos que pueden interferir eso más los antecedentes familiares, entonces ahí es donde uno mismo como paciente que tiene que ser consciente de que es mejor hacerlo a tiempo, cuando a mí me dio todos los amigos míos corrieron a hacerse ese chequeo ejecutivo y ahí sí todo el mundo se asustó, gente que en su vida se había hecho si quiera un electro, la verdad, nunca me lo

hubiera hecho, si a mí me dicen a los 43 años y el médico me lo manda, me lo hago, pero así que yo diga me voy a ir hoy, voy a ir hoy a fútbol y después salgo y me voy a hacer un electro no.

Claro, cuando no se siente mayor uno dice yo no tengo ese problema, pero si uno dice que el papá sufre, todo el mundo sufre, entonces en cierta forma eso estuvo bien para mi círculo.

Entrevistador: Para una persona pues que reciba un tipo de diagnóstico tarde o erróneo, ¿qué consecuencias piensas que podría tener y qué áreas de su vida afectaría?

Sujeto II: No, yo creo que la consecuencia más grave puede ser la muerte, yo me siento en una posición privilegiada, porque cuando todo el mundo lo dice no es como que sea un infarto, es como si conocieras Estados Unidos, como si eso fuera un premio y la verdad es que es un premio de vida.

¿Qué áreas de la vida te pueden afectar? Todas, como te digo, yo recién salí de la clínica, pues ahí mismo empiezan las terapias y tuve la oportunidad de conocer una muchacha cuando y ella le dio muy fuerte el infarto, incluso con limitaciones, pues de la muerte para abajo, hay todo tipo de impedimentos, sino que como yo tuve la fortuna y la bendición de no tener ninguna secuela, entonces yo siento que en mi caso no me afectó nada. Uno también mentalmente puede quedar afectado porque puede quedar nervioso, como te digo, yo también le he metido mucho positivismo y yo la verdad no me siento como como el infartado, pero yo sé que muchas personas que no logren un diagnóstico temprano y acertado, pues pueden tener complicaciones en todas las áreas de su vida.

Entrevistador: ¿Podrías pensar que áreas de la vida se les afectarían a otras personas?

Sujeto II: Yo sé de gente que queda muy deprimida, muy deprimida. Otros que quedan con problemas respiratorios, otros que quedan muy nervioso, además, pueden impedirlos al

momento de laborar, esto se vio mucho con el COVID, ya que este tipo de enfermedades era una comorbilidad y no podían salir a trabajar por miedo a el contagio.

Sujeto III:

Entrevistador: El proyecto es sobre el diagnóstico tardío de la enfermedad coronaria y cómo impacta la vida de una mujer

Sujeto III: ¿Solo mujer?

Entrevistador: Si.

Sujeto III: Que proyecto tan humanista. Yo sinceramente no te sabría dar una respuesta condicionada por el sexo, sino en términos generales a cualquier ser humano, la enfermedad coronaria es la principal causa de muerte en el hemisferio occidental y yo diría que en casi todo el mundo. El problema de la enfermedad coronaria es que muchas veces se sub-diagnóstica porque la gente llega tarde, llega tarde en el buen sentido de la palabra, es que llega ya con un infarto.

La enfermedad coronaria como muchas enfermedades tiene factores de riesgo, factores de riesgo que son modificables y no modificables, modificables son la presión arterial que yo la puedo tratar con medicamentos, también el colesterol alto, la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo, la diabetes, ya que todas esas cosas yo las puedo tratar. Pero hay cosas que no se modifican, como son la edad, el sexo, la herencia, entonces mi papá y mi mamá tuvieron una enfermedad coronaria, ya eso pasó, yo no lo puedo modificar. El hecho de que yo sea mujer ya eso empieza a marcar diferencia, las mujeres tienen un factor protector hormonal hasta que llegan al periodo de la menopausia que más o menos sé igual al riesgo a los hombres entre los 50 a los 55 años. La edad misma yo no la puedo modificar,

entonces, si yo, a medida que soy más viejo, tengo más riesgo, si nací hombre, tengo más riesgo y si tengo herencia, tengo más riesgo.

Entonces la gente que tiene ese riesgo es quien desde un principio se debiera educar para no dejarse engordar, para hacer deporte, para llevar una vida relativamente sana y al momento en que desarrollen alguno de los otros factores de riesgo, como la diabetes, la hipertensión y todos los que acabamos de mencionar, en ese momento yo como médico de intervenir para hacer una cosa que se llamaba prevención primaria de la enfermedad cardiovascular, eso es lo que se trata de que la gente vaya a las empresas de salud o a su médico a los controles para ver que tiene, ¿cierto?

Hay un refrán que dice que no hay gente sana, sino mal estudiada, o sea, todos tenemos alguna cosa y si uno se pone a investigar, encuentra. Desde entonces, cuando la gente empieza a hacer esos controles periódicos para detectar factores de riesgo y tratarlos en caso de que estén presente, se puede prevenir y se llama prevención primaria.

Desenlaces mayores como un infarto o como una enfermedad cerebrovascular, que son dos catástrofes, el diagnóstico tardío, como usted lo llama, se hace cuando yo ya no pude prevenir esas cosas. Es cierto tardío es que la persona ya llegó con un infarto y ya ahí ya empezamos a hablar de una forma de prevención secundaria, al que ya le dio un infarto como manifestación de su enfermedad coronaria hay que darle manejo médico para tratar de disminuir la probabilidad de progresión de la enfermedad, porque específicamente la enfermedad coronaria no se cura, se trata y se trata de disminuir la velocidad de progresión de la misma para que no vuelva a ocurrir otro evento, porque yo tuve un infarto previo tengo más oportunidades de que me de otro infarto con respecto a la población general que no ha tenido enfermedad coronaria. Por lo tanto, yo tengo que tratar que no se repita un desenlace mayor con todo el manejo médico, como la rehabilitación cardíaca y los cambios en el estilo de vida.

Sí ya al que le da un infarto dependiendo de la extensión del infarto, la enfermedad coronaria y la enfermedad isquémica cardíaca es la principal causa de falla cardíaca, cuando a uno le da un infarto, una parte del corazón se muere, el corazón se crece y deja de funcionar como bomba, esos los son los pacientes que terminan hinchados, morados, asfixiados, pegado de una pipa de oxígeno, hay que hacerles rehabilitación, digamos terciaria o cuidados paliativos, que ya es el que involucra manejo farmacológico, manejo no farmacológico, que son muchas de las cosas que yo intervengo y voy a entender.

Entonces, en qué impacta para volver a la pregunta inicial, que, si yo no tengo un diagnóstico temprano, pero sobre todo prevención, más que el diagnóstico de la enfermedad, la prevención va a terminar en falla.

Entrevistador: Listo. Muchas gracias. Acá también pues tengo unas preguntas que son específicas de la entrevista. ¿Cuáles pueden ser las consecuencias a corto, mediano y largo plazo de un diagnóstico erróneo o tardío de una enfermedad coronaria?

Sujeto III: Las consecuencias a corto, mediano y largo plazo son las que más o menos acabamos de mencionar. ¿Cierto? A corto plazo, o sea, cuando yo llego ya sintomático con angina inestable es porque ya está muy, muy progresado la enfermedad.

Ahora, hacer diagnóstico de enfermedad coronaria tiene varias formas, uno puede ser diagnóstico no invasivo o diagnóstico invasivo. El diagnóstico no invasivo es con exámenes que como su nombre lo dice no invaden al paciente, o sea, una ecocardiografía de estrés, una perfusión miocárdica, un CT coronario, pero el diagnóstico definitivo, el estándar de oro, es una corona biografía, eso es un cateterismo que implica meter, como su nombre lo indica vía arterial, ya sea femoral o radial hasta el corazón y dibujar en tiempo real como está la anatomía coronaria, ver si esta construcción y si a ese paciente hay que intervenirlo o no, entonces hacer diagnóstico temprano de enfermedad coronaria es lo ideal basado en los factores de riesgo.

Ahora hay gente que nunca tuvo síntomas, que nunca consultó y su primer motivo de consulta es Muerte súbita, gente que se murió súbitamente y que no tuvo tiempo de asistir a un centro hospitalario, la mayoría de los casos de muerte súbita ocurren extrahospitalariamente, el 80% de los casos ocurren en el domicilio o en la calle, solamente entre el 15 al 20% de los casos ocurrieron intrahospitalariamente por lo que tienen más posibilidad de que uno pueda intervenir sobre ellos, entonces eso, por ejemplo, sería un diagnóstico tardío porque ya se manifestó de la peor forma, pero tardío no implica edad biológica o cronológica, yo me puedo morir súbitamente por una enfermedad coronaria a los 35 años o a los 90 y eso sería diagnóstico tardío, nunca supimos qué pasó.

¿Qué consecuencias puede tener ese diagnóstico tardío? Eso que acabamos de mencionar, que el paciente se muera súbitamente o que el paciente consulte por falla cardíaca, el que llegó asfixiado, que no puede caminar, que no puede hacer sus labores diarias, eso se mide en una escala que se llama la clase funcional, que la más famosa de más fácil recordación es la escala de clasificación de Nueva York por Nueva York Association, se divide de 1 a 4, en 1 somos todos los que promueven nuestra actividad normales, los que están en clase 2 es que ya no pueden caminar con menos de 200 metros., los que están en clase 3 es que necesitan ayuda para sus labores diarias y clase 4, el que está confinado a una cama pegado a una pipa de oxígeno porque no puede caminar.

Hay gente que consulta por falla cardíaca, nunca tuvieron infarto, nunca se hizo el diagnóstico, sino que ya llegaron por falla, entonces esa es una consecuencia tardía de eso y es lo que se llama cardiopatía, falla cardíaca de origen o cardiopatía isquémicos, a veces hay que hacerles dales droga, tratar de ver si se les puede poner un aparato que llama un sincronizador o un desfibrilador para evitar que mueran súbitamente.

Entrevistador: La otra pregunta ya lo hablamos, dijiste que hay personas que no les dan síntomas y otros simplemente porque ignoran esos síntomas, pero ¿cuáles serían otras

posibles causas de un diagnóstico erróneo o tardío de una enfermedad coronaria?

Sujeto III: En parte. Lo principal es que el paciente consulte tarde porque para mí que llevo 20 años haciendo lo mismo siempre, siempre, siempre pienso en la enfermedad coronaria ¿qué a uno le pasa el diagnóstico de enferma coronaria? Puede pasar, pero es que como el más común, uno siempre lo tiene en la cabeza. Hay también otro refrán que dice que el paciente tiene lo que el médico sabe o lo que el médico piensa para poder hacer el diagnóstico, uno siempre piensa en enfermedad coronaria cuando los síntomas así lo llevan a pensar en ello. Es cierto.

Ahora hay pacientes que uno necesita de un grado de sospecha clínica, hay casos de paciente en los cuales uno necesita tener una alta sospecha clínica para pensaren la enfermedad coronaria. Hemos tenido gente que tiene dolor en el colon, va uno a ver y empezar la averiguación, hacer exámenes y tienen esa enfermedad coronaria, cuando hablamos de enfermedad coronaria eso es un continuo, no toda enfermedad coronaria manifiesta como un infarto, ¿cierto? De eso se trata, de prevenir un infarto.

Juntando todos esos elementos de juicio, uno entra a decir si este tiene una alta probabilidad y para eso hay muchas escalas, que tienen en cuenta varios parámetros y le dicen a usted tiene una probabilidad baja, media o alta de enfermedad coronaria, dependiendo de esa probabilidad, uno tiene mayor grado de certeza diagnóstica que otro, pero digamos que, desde el punto de vista de uno como cardiólogo, es raro no pensar en la enfermedad coronaria.

Entonces yo creo que la principal causa es en el cáncer. Si el cáncer hoy en día es una enfermedad curable, en la mayoría de los casos es cáncer, es un término muy grande, sin embargo, hay muchos tipos de cáncer que son curables, en tanto uno como paciente, consulte rápidamente o haga prevención, a los hombres que después de los 40 años examinemos la próstata porque es un patrimonio el cáncer de próstata a esa edad, también a las mujeres que

se hagan examen de mama porque las mujeres muy jóvenes hacen carcinoma de mama o hacen carcinoma de cérvix, entonces tienen que ir. Si no entiende, entonces cuál es la causa básica del diagnóstico tardío, como usted lo llama, la falta de búsqueda de atención oportuna.

Listo y bueno, hoy hablamos del tardeo, pero como hay casas que puedan como generar ese diagnóstico erróneo, se dan por parte del sistema de salud o en cuanto a comunicación con el paciente o elementos así. Yo hago una medicina muy, muy, muy especializada y para mí eso no cabe, yo creo que es básicamente el conocimiento que tenga el médico de lo que está haciendo, claro, a uno se le puede pasar, estamos hablando de enfermedades coronarias y uno piensa tanto en enfermedad coronaria que se le pueden dar otros diagnósticos cardiológicos pensando en enfermedad coronaria. Alguien que tenga un dolor en el pecho y uno piensa que tiene enfermedad coronaria que tiene una disección aórtica tipo A, sí se puede morir puede que tenga una artritis por una enfermedad patológica y uno está pensando en enfermedad coronaria.

Muchas otras causas que también son cardiovasculares que no son enfermedad coronaria se entiende, entonces básicamente los diagnósticos no adecuados no es por el conocimiento que tenga el evaluador o el médico en este caso.

Entrevistador: Listo y eso. Tengo una última pregunta y es si consideras que puede haber un tipo de sesgo, sea por cualquier razón al momento de diagnosticar entre hombres y mujeres la enfermedad coronaria.

Sujeto III: A veces el enfoque del dolor puede ser más retador en las mujeres que en los hombres, pero yo no lo llamaría sesgo, sino que es un ejercicio de diagnóstico y de anamnesis de juicio, no tener que poner el mismo juicio en todos los pacientes, pero puede haber más causas que de elementos de confusión para llegar a pensar en enfermedad coronaria en las mujeres, eso es verdad.

Sujeto IV:

Entrevistador: ¿Cuáles podrían ser las consecuencias a corto, mediano y largo plazo de un diagnóstico erróneo o tardío de una enfermedad coronaria?

Sujeto IV: Bueno, pues mira, básicamente cuando uno se equivoca, obviamente esas equivocaciones son sin intención, cierto, eso hay que dejarlo claro y es que no son erróneas porque alguien se quiere equivocar o porque un médico diga yo creo que tiene enfermedad coronaria, pero no le vamos a para bola, es porque la clínica de los pacientes o el cuadro clínico con el que se presentan es más complejo de lo que muchas veces uno se imagina. Y aunque uno estudia y lee en los libros ciertos parámetros clásicos, pues no siempre eso se comporta así, podríamos decir que muchos pacientes no se comportan de una manera clásica o típica y ahí está la sensibilidad de ir viendo esos pacientes, de ir cogiendo cada vez más elementos. Entendiendo que ni el paciente ni nosotros los médicos somos máquinas, pues muchas veces hay errores en el diagnóstico, cierto, y esos errores en el diagnóstico tienen unas consecuencias muy importantes.

Digamos que la primera consecuencia fundamental de esto es que cuando uno hace un diagnóstico equivocado de enfermedad coronaria en un momento agudo, es decir, en un momento en el que un paciente tiene un dolor que es de infarto, que parece un infarto o que en ese momento está ocurriendo una obstrucción de una arteria coronaria pasan dos cosas fundamentales, primero que estamos dejando un infarto, que es lo que nosotros llamamos un síndrome coronario agudo sin atender y eso tiene unas complicaciones, puede pasar que el síndrome coronario agudo simplemente se auto limita, es decir, para ahí y la arteria que se está comprometiendo se tapa y digamos que puede destaparse espontáneamente o quedarse tapada y el corazón encontrar cómo responder de otra manera a través de circulación por otros lados, pero si eso no pasa, que sería el mejor escenario puede tener en un momento

agudo unas condiciones muy graves que van desde hacer arritmias mortales, que matan a la gente y hacer complicaciones que nosotros llamamos complicaciones mecánicas.

Cuando nosotros hablamos de las complicaciones mecánicas de un infarto, nos estamos refiriendo a que haya ruptura de algún septal dentro del corazón, especialmente el septal ventricular de alguna pared dentro del corazón y eso es una catástrofe, es una emergencia desde el punto de vista de la cardiología y son pacientes que se ponen muy mal, que el pronóstico es pésimo, que hay que operarlos emergentes y que a pesar de que se operen emergente, la probabilidad de muerte es muy alta, eso digamos que, desde el momento más agudo, pero también no intervenir un infarto rápidamente puede hacer que se puedan presentar otras consecuencias en el tiempo. Si ya pasamos de ese momento agudo y a ese paciente no le pasó nada de lo que te acabo de decir, pueden venir otras cosas, ¿cierto? Pueden ir desde cosas transitorias, como por ejemplo tener una pericarditis, que es la inflamación del pericardio, que cada vez la vemos menos porque cada vez intervenimos más del corazón hasta tener consecuencias muy importantes en la función del corazón y ahí yo creo que es lo más importante, digamos que la consecuencia más importante.

A veces nosotros los médicos nos acostumbramos a tratar pacientes para que la gente no se muera y si bien eso es importante, yo creo que uno no solamente tiene que tratar gente para que no se muera, sino que uno trata a la gente para que el tiempo que viva tenga buena calidad de vida, entonces, intervenir los infartos no solamente nos sirve para que la gente no se muera, sino para que la calidad de vida sea mejor. ¿Por qué? Porque cuando nos damos cuenta de eso sea porque estamos ante un evento agudo, como un infarto o estamos ante una enfermedad coronaria crónica.

Cuando se interviene la enfermedad coronaria en ciertos escenarios, evitamos que haya mayor deterioro de la función del corazón, mayor deterioro en su fuerza de contracción, evitamos que haya más, que no se dilate el corazón, que no se crezcan las cavidades, que

haya menos daño en las válvulas cardíacas, secundario en la enfermedad coronaria y evitamos con eso que la gente entonces pierda calidad de vida y no entre en lo que nosotros llamamos una falla cardíaca, que es un conjunto de signos y síntomas, es no es una enfermedad como tal, sino un montón de signos y síntomas que la causa más importante en el mundo es la enfermedad coronaria.

Entonces, yo diría que las consecuencias pueden ser agudas o crónicas para resumirte, en las agudas pasa todo lo más ruidoso, escandaloso, digamos que extravagante, que uno se muere, se salva, pero las crónicas yo creo que son absolutamente fundamentales porque son las que van a impactar en la calidad de vida y en la funcionalidad del paciente.

Entrevistador: Gracias, María. Una pregunta, ya que lo mencionaste, ¿qué áreas piensas que serían las más afectadas si una persona recibe un diagnóstico tardío o erróneo?

Sujeto IV: Mira, pues básicamente hay una cosa muy importante y es que cuando nosotros no intervenimos el corazón empieza a perder fuerza, la gente empieza a presentar falla cardíaca y como te digo, eso implica que la gente se empieza a hinchar, que empieza a tener dificultad para respirar, dolor en el pecho de manera persistente, que caminar de la cama al baño se vuelve un problema, pueden ser desde síntomas leves, como que yo antes subía cuatro pisos para subir al 4.º piso donde vivo y ya me cuesta o síntomas tan severos como que la gente no sea capaz de pararse al baño de la cama, que eso es muy severo.

Todo lo mencionado implica que si eres una persona en edad productiva te vas a ver afectado, pues la persona no va a poder trabajar. ¿Cierto? Si eres una mamá que lleva a los niños al colegio, entonces no los vas a poder llevar, si eres una mujer que barre y trapea en la casa y cocina, no lo vas a poder hacer, inclusive esa es la forma en la que nosotros interrogamos a esos pacientes y en el caso específico de las mujeres, ¿usted qué hace? ¿Entonces usted barriendo y trapeando cómo le está yendo? A mí me está yendo muy mal.

Entonces mira que la afectación es demasiado grave en todas las funciones propias de la vida, se va a afectar su trabajo, sea en la casa o por fuera de ella.

Además, se van a afectar las otras esferas de un ser humano, porque si tú te ves tan impedido y sobre todo si estás en una vida intermedia o si eres una persona mayor, pero que tenía una clase funcional supremamente buena, todo el mundo se empieza a deprimir, angustiar, a pensar que no sirve para nada, que ya es el momento de morirse, entonces no solamente dejas de hacer lo que tenías que hacer en tu vida, sino que te deprimas, te pones triste y afecta la relación familiar, la relación social. Inclusive la enfermedad coronaria se asocia directamente con situaciones de estrés, de ansiedad, de depresión cuando no se identifican a tiempo y eso es una de las cosas que también tratamos de buscar para poder impactar, no solamente en intervenir la enfermedad como tal.

Entrevistador: La siguiente pregunta, ¿cuáles son las posibles causas de un diagnóstico erróneo o tardío de la enfermedad coronaria?

Sujeto IV: Bueno, entonces mira, cuando nosotros digamos que hacemos ese diagnóstico como tan tardío y erróneo, básicamente tenemos que entender que en esos pacientes vamos a llegar a un punto donde por más intervenciones que hagamos y digamos que las intervenciones grandes, yo te las podría resumir en tres cosas, que son dar medicamentos que nos sirven mucho y hoy por hoy, en el siglo en el que estamos, podemos hacer con muchos de los pacientes o con la mayoría de los pacientes, se podrían hacer una coronariografía o biografías coronarias, que es lo que la gente conoce como cateterismo para intervenir, o sea, para entrar, poner stent, abrir un vaso, destapararlo o hacer cirugía de revascularización, ambas cosas se hacen porque le permiten a la gente tener un muy buen pronóstico.

Cuando se hace un diagnóstico muy tardío de eso, desde el punto de vista clínico, muchas veces también le quitamos a la gente de poder hacer esas intervenciones. Cuando ya es muy tarde, cuando las lesiones son muy crónicas, cuando están digamos que muy

calcificación, es desde el punto de vista técnico, muy difícil entrar a hacerlo, entonces, cuando nos interviene también tempranamente, puede que el cateterismo ya no se pueda hacer, la intervención ya no se puede hacer y no es porque no queramos, sino porque ya es demás de riesgo para el paciente cuando es tan tardío, o si dejamos que la enfermedad avance tanto que destruya por tanto el corazón de un paciente que en algún momento lo pudimos operar años antes o en el momento antes, ya no lo vamos a poder operar porque el riesgo para el paciente va a ser muchísimo mayor.

Entrevistador: Además de las causas dadas, ¿piensas que hay otras posibles causas para esto?

Sujeto IV: Pues mira, yo creo que hay varias cosas importantes, yo creo que hay desde el lado del paciente también desde el lado del médico. A veces digamos que la gente tiene mucha sensibilidad con el corazón y con el infarto, cierto, todo el mundo, para la gente el corazón es una cosa impresionante, todo el mundo cree que se muere de infartos, cualquier cosa que pasa en el corazón la gente asume que es un infarto y que es enfermedad coronaria.

Ya sabes que eso no es así, que es una cosa importante, pero que no es lo único, precisamente por eso los cardiólogos existimos porque si fuera lo único, pues tratar la enfermedad no habría una especialización, ¿cierto? Pero ¿qué pasa? El corazón es muy tolerante, entonces es muy tolerante en términos de que mucha gente se va adaptando a la falla del corazón. Tú antes tratabas diez kilómetros y lo que hace la gente es que empieza a trotar ocho o siete, como tú todavía no estás tan enfermo, cuando tú trotas ocho o siete primeros meses, el corazón aguanta. ¿Sí me entiendes?

Entrevistador: Si

Sujeto IV: Antes ibas al mercado caminando sin ningún problema y te atraía las bolsas del mercado y ya no aguanta antes, lo que haces es que coge un taxi, entonces no es que no tengan síntomas, sino que la gente se vuelve tolerante a los síntomas y eso es una cosa que nosotros también tenemos que indagar como médicos.

Fuera de eso también a veces los pacientes se descuidan mucho por alguna otra condición de la vida, obviamente a veces hay pacientes que no tienen la suficiente capacidad intelectual para entender que tienen que ir donde el médico y es una realidad en nuestro país, sobre todo en zonas alejadas, hay pacientes que no tienen los recursos económicos para ir donde el médico, aunque saben que están enfermos, hay pacientes que les da miedo ir donde el médico porque creen que les vamos a hacer algo malo.

Y lo otro es que también a veces el acceso al sistema de salud no es tan fácil, digamos que en un departamento como el de nosotros, Antioquia, cada vez es más fácil y nosotros tenemos sitios, por lo menos en Medellín y en el área metropolitana de muy alta complejidad de cardiología. Realmente cuando los pacientes llegan hasta donde nosotros, aquí se hace lo mismo que en cualquier parte del mundo, digamos que tienen una gran ventaja, pero también sabemos que en todas las zonas de Colombia no es así y desde el punto de vista de los médicos.

Yo creo que nos falta sensibilizarnos ante la tolerancia de los síntomas y enseñarles sobre todo a los médicos generales que hacen ese primer contacto con el paciente, que es absolutamente fundamental y que tiene que haber un médico general que lo haga, porque es que los pacientes también hay que filtrarlos en el buen sentido, porque no todos los pacientes los podemos ver todos los especialistas, eso no pasa en ninguna parte del mundo tampoco, pero sí sensibilizar los cada vez más en esa tolerancia a la actividad física. No solamente preguntarles si les duele el pecho o usted se asfixia, si no es enseñarles que hay que preguntarle sobre cuánto hacía y ahora que hacer, si el dolor solo en el pecho o por ejemplo es en la mandíbula, o es en el brazo o es epigástrico, que es lo que los pacientes llaman la boca del estómago. Hay que sensibilizar cada vez más a los médicos en eso, como la enfermedad coronaria y la enfermedad cardiovascular son la principal causa de muerte en el

mundo, tenemos de ventaja, ya que cada vez a los médicos se les enseña más eso y cada vez aprendemos más de eso, porque es lo que más frecuentemente vamos a ver.

Obviamente también es muy importante la comunicación entre médicos, digamos que cuando uno va ascendiendo desde el punto de vista del aprender académicamente y desde el punto de vista del rango académico, pues uno también debe tener la sensibilidad para explicarle a aquellas personas que no ven eso todo el tiempo como lo veo yo, es que es casi que lo único que yo veo, entonces para mí es mucho más fácil, ¿cierto? Entonces también ese contacto y cada vez en las clínicas es mucho más fácil, cada vez es más una relación médico a médico, está el médico general y si él tiene dudas nos llama, además la posibilidad de mandar imágenes, de mandarte una foto para ver un electrocardiograma, todas esas cosas nos han ayudado mucho y sin duda preguntar y llamar y preguntarle al que más sepa o el que haya visto eso más veces es absolutamente fundamental.

Entrevistador: Listo, mil gracias. La otra pregunta es, ¿consideras que hay un sesgo en cuanto al diagnóstico de la enfermedad coronaria entre hombres y mujeres?

Sujeto IV: Pues digamos que son escenarios que uno tiene que aprender, que son diferentes, si existe un sesgo porque la biología es diferente, creo que tiene que ver mucho con la biología propia de que los hombres y las mujeres somos diferentes, por más que seamos seres humanos. desde el punto de vista médico, eso es innegable.

El cuadro de dolor torácico típico opresivo, que dura entre 20 a 30 minutos, que es retro externa, que se irradia al brazo y a la mandíbula, que mejora en reposo, que es la definición típica del dolor que da un infarto, es muy bonita, pero es una definición que aplica digamos que en su gran porcentaje a los hombres y aplican su gran porcentaje a los hombres, porque los hombres son los que presentan más esos cuadros de dolor típico; no se sabe por qué no, no lo inventamos en Colombia ni en Medellín, hace muchos años está estudiado que las mujeres y los pacientes de mayor edad presentan un dolor torácico que nosotros llamamos

atípico, que se sale de esas características, que puede tener algunas características, pero que no es el cuadro exacto que nosotros quisiéramos encontrar. Ahí se encuentra un primer desconcierto, yo tengo que aprender que las mujeres me van a poner más problema desde el punto de vista de los síntomas, no es una cosa que ellas quieran o no, es una cosa inherente al género.

Lo otro es que hay ciertas condiciones que sí hacen que las mujeres puedan ser un poquito más vulnerables, es que muchas mujeres cada vez lo vemos, muchas mujeres son cuidadoras de algo o de alguien., entonces son cuidadoras de un enfermo, son cuidadoras del papá, son cuidadoras de la mamá, son cuidadoras de los hijos y cuando alguien es cuidador muchas veces descuida su salud, muchas veces encontramos que las mujeres nos llegan un poquito más tarde porque han aguantado esos síntomas, puesto que no quieren dejar de cuidar, porque se sienten el soporte de esas familias y llegan más tarde, porque no se quieren quejar, porque no quieren que las lleven.

Entonces eso sí tratamos como de hacer mucho énfasis y sobre todo de explicarle a la gente que a veces los pacientes, específicamente este tipo de mujeres, piensan que cuando nosotros les hacemos intervenciones o los hospitalizados digamos que están encontrando un problema que no tenían, hay que hacer entender a la gente que el problema ya estaba, simplemente lo que vamos a hacer es que vamos a tratar de encontrarlo antes para que después no sea peor y no te mate o no te deje más incapacitado, es una cosa que le tratamos de hacer entender mucho a la gente y como te digo a las mujeres, yo creo que digamos que el sesgo desde el punto de vista social es ese que a veces nos descuidamos porque tenemos muchas responsabilidades.

¿Qué pasa? La enfermedad coronaria es más prevalente en hombres que mujeres, si me entiendes, sobre todo, en una edad mediana de la vida y eso está influenciado, uno por ser hombres y dos porque los hombres, sobre todo en unos años atrás, había mucha más obesidad

y mucho más tabaquismo, la enfermedad coronaria es una cosa que se afecta muchísimo por el tabaquismo, por la obesidad, por la hipertensión, eso es directamente proporcional.

Tristemente eso se equipará porque cada vez tenemos mujeres más obesas y aunque la gente hoy fuma menos, mucho menos que antes, los que estamos viendo hoy personas de 50, 60 o 70 años fumaron mucho antes, lo que yo veo hoy no es gente de la edad infartada sino esa gente de esa que te acabo de decir que se infarta o que tiene enfermedad coronaria. Ciertamente, con la se va volviendo prácticamente igual y es inclusive cardiólogos que se dedican a estudiar sobre el comportamiento de las enfermedades de mujeres

Lo que te decía ahorita, yo creo que sí, que sí hay razones sociales que pueden influir en eso, sobre todo ese descuido, a veces propio de las mujeres por ser tan maternales y fraternales. La otra cosa es que bueno, yo te estoy hablando y asumiendo que las mujeres viven en un sitio que pueden tener acceso a la información, cierto, pero si nosotros obviamente vamos y pensamos de mujeres que están en veredas, que están en pueblos que están mucho más lejanas, probablemente ellas ni si quiera sepan que esa enfermedad coronaria es una enfermedad. coronaria.

Bibliografía y referencias

- Austin, B., Colditz, G., & Camargo, C. (s.f.). *Sexual orientation, weight concerns, and eating-disordered behaviors in adolescent girls and boys*. PubMed.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15322415/>
- Bell, A. M. (2022, enero 19). *Gender Bias in Healthcare: Examples, Impact, Solutions, and More*. Healthline. <https://www.healthline.com/health/gender-bias-healthcare>
- Bots, S., Peters, S., & Woodward, M. (2017, marzo 27). Sex differences in coronary heart disease and stroke mortality: a global assessment of the effect of ageing between 1980 and 2010. *BMJ Global Health*, 2(2).
- Burgos & Burgos. (2021). *Diagnóstico Equivocado | Maryland Abogado de Negligencia Medica*. Abogados de Lesiones Personales en Maryland. <https://abogado.burgoslaw.com/diagnostico-equivocado.html>
- Cancer Research UK. (s.f.). *Cancer waiting times | Cancer information*. Cancer Research UK. <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cancer-in-general/treatment/access-to-treatment/waiting-times-after-diagnosis>
- Canoll, P., Anderson, A., & Doyle, T. (2021, febrero 1). Sex differences in health and disease: A review of biological sex differences relevant to cancer with a spotlight on glioma. *Cancer Letters*, 498, 178-187. ScienceDirect.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021, julio 19). *Coronary Artery Disease | cdc.gov*. Centers for Disease Control and Prevention.
https://www.cdc.gov/heartdisease/coronary_ad.htm
- Centro Virtual de Cervantes. (s.f.). *CVC. Diccionario de términos clave de ELE. Metodología cualitativa*. Centro Virtual Cervantes.
https://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/diccio_ele/diccionario/metodologiacualitativa.htm

- Cleveland Clinic. (2021, junio 21). *Coronary Artery Disease: Causes, Symptoms, Diagnosis & Treatments*. Cleveland Clinic. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/16898-coronary-artery-disease#management-and-treatment>
- Denton, M., & Walters, V. (1999, mayo). Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. *Social Science & Medicine*, 48(9), 1221-1235.
- European Society of Cardiology. (2021, marzo 12). *Heart attack diagnosis missed in women more often than in men*. European Society of Cardiology. <https://www.escardio.org/The-ESC/Press-Office/Press-releases/Heart-attack-diagnosis-missed-in-women-more-often-than-in-men>
- Firger, J. (2014, abril 17). *12 million Americans misdiagnosed each year*. CBS News. <https://www.cbsnews.com/news/12-million-americans-misdiagnosed-each-year-study-says/>
- Hamberg, K. (2008). Gender bias in medicine. *Perspective*.
- Hillside. (2019, octubre 18). *The Impact of Mental Health & Mental Illness Misdiagnosis*. Hillside. <https://hside.org/impact-of-mental-health-misdiagnosis/>
- Ives, J. (2019, junio 11). *Gender Differences in Manifestation of Diseases Lead to Poorer Diagnosis and Treatment in Women*. University of Colorado Anschutz Medical Campus. <https://medschool.cuanschutz.edu/center-for-womens-health-research/about-us/-researchers/researcher-articles/women%27s-health-articles/gender-differences-diagnosis-and-treatment-women>
- John Hopkins Medicine. (2013, abril 23). *Diagnostic Errors More Common, Costly And Harmful Than Treatment Mistakes - 04/23/2013*. Johns Hopkins Medicine. https://www.hopkinsmedicine.org/news/media/releases/diagnostic_errors_more_common_costly_and_harmful_than_treatment_mistakes

- John Hopkins Medicine. (2018, enero 22). *Diagnóstico Equivocado / Maryland Abogado de Negligencia Medica*. Abogados de Lesiones Personales en Maryland.
<https://abogado.burgoslaw.com/diagnostico-equivocado.html>
- Leening, M., Ferket, B., & Steyerberg, E. (2014, noviembre 17). Sex differences in lifetime risk and first manifestation of cardiovascular disease: prospective population based cohort study. *BMJ*, 2014(349).
- Maas, A.H.E.M., & Appelman, Y.E.A. (2010, diciembre). *Gender differences in coronary heart disease - PMC*. NCBI. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3018605/>
- Mayo Clinic. (s.f.). *Coronary artery disease - Diagnosis and treatment*. Mayo Clinic.
<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/coronary-artery-disease/diagnosis-treatment/drc-20350619>
- Mayo Clinic. (s.f.). *Coronary artery disease - Symptoms and causes*. Mayo Clinic.
<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/coronary-artery-disease/symptoms-causes/syc-20350613>
- Mayo Clinic. (2021, diciembre 14). *Enfermedad cardíaca - Síntomas y causas*. Mayo Clinic.
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/heart-disease/symptoms-causes/syc-20353118>
- Mayo Clinic. (2022, mayo 18). *Angina de pecho - Síntomas y causas*. Mayo Clinic.
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/angina/symptoms-causes/syc-20369373>
- Medical Negligence Assist. (s.f.). *Life-Threatening Consequences of the Various Misdiagnosis Cases*. Medical Negligence. <https://www.medicalnegligenceassist.co.uk/life-threatening-consequences-various-misdiagnosis-cases/>
- MedicalNewsToday. (s.f.). *Enfermedad cardíaca: Tipos, causas y tratamientos*. Medical News Today. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/327293>

MedicalNewsToday. (2021, octubre 25). *Gender bias in healthcare: Examples and consequences*.

Medical News Today. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/gender-bias-in-healthcare>

Mikhail, G. W. (2005). *Coronary heart disease in women - PMC*. NCBI.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1199011/>

Narey, B. (2005, septiembre). Calidad de la atención de salud. Error médico y seguridad del paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(3).

National Center for Biotechnology Information. (s.f.). *Overview of Diagnostic Error in Health Care - Improving Diagnosis in Health Care*. NCBI.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK338594/>

National Heart, Lung, and Blood Institute. (s.f.). *Cardiopatía coronaria - ¿Qué es la cardiopatía coronaria? | NHLBI, NIH*. National Heart, Lung, and Blood Institute.

<https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/cardiopatia-coronaria>

NHS Negligence. (2020, octubre 14). *Medical Misdiagnosis & Delayed Diagnosis Claims*. NHS Negligence Compensation Claims. <https://www.nhsnegligence.co.uk/delayed-diagnosis-or-misdiagnosis/>

Portela, M., Bugarín, R., & Rodríguez, M. S. (2019, marzo). Error humano, seguridad del paciente y formación en medicina. *Educación Médica*, 20(1), 169-174. ScienceDirect.

Richards, S. (2018, mayo 11). *First-of-Its-Kind System Spots and Measures Diagnostic Errors*. Johns Hopkins Medicine. <https://www.hopkinsmedicine.org/news/articles/first-of-its-kind-system-spots-and-measures-diagnostic-errors>

Rodziewicz, T., Houseman, B., & Hipskind, J. (2022, mayo 1). *Medical Error Reduction and Prevention - StatPearls*. NCBI. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>

Samulowitz, A., Eriksson, E., & Gremyr, I. (2018, febrero 25). “Brave Men” and “Emotional Women”: A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered

Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Research and Management*, 2018.

<https://www.hindawi.com/journals/prm/2018/6358624/>

Savage Lawyer. (2020, octubre 14). *Top 5 Causes of Misdiagnoses and Diagnostic Errors* -. Portland

Personal Injury Attorney - Savage Law Firm. <https://savagelawyer.com/top-5-causes-of-misdiagnoses-and-diagnostic-errors/>

Seegert, L. (2018, noviembre 16). *Women more often misdiagnosed because of gaps in trust and knowledge*. Association of Health Care Journalists.

<https://healthjournalism.org/blog/2018/11/women-more-often-misdiagnosed-because-of-gaps-in-trust-and-knowledge/>

Society to Improve Diagnosis in Medicine. (s.f.). *Factors in Diagnostic Error*. Society to Improve Diagnosis in Medicine. <https://www.improvediagnosis.org/factors-in-diagnostic-error/>

Society to Improve Diagnosis in Medicine. (s.f.). *What is Diagnostic Error?* Society to Improve Diagnosis in Medicine. <https://www.improvediagnosis.org/what-is-diagnostic-error/>

Stanford Health Care. (s.f.). *Coronary artery disease - Symptoms and causes*. Mayo Clinic.

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/coronary-artery-disease/symptoms-causes/syc-20350613>

Sun, L. H. (2015, septiembre 22). *Most Americans will get a wrong or late diagnosis at least once in*

their lives. The Washington Post. <https://www.washingtonpost.com/news/to-your-health/wp/2015/09/22/most-americans-who-go-to-the-doctor-will-get-a-wrong-or-late-diagnosis-at-least-once-in-their-lives-study-says/>

The top 10 causes of death. (2020, diciembre 9). WHO | World Health Organization.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

The top 10 causes of death. (2020, diciembre 9). WHO | World Health Organization.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Vlassoff, C. (2007, marzo). *Gender Differences in Determinants and Consequences of Health and Illness*. NCBI. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3013263/#B18>