

## Respuestas de la mujer frente a los síntomas de Síndrome Coronario Agudo basados en el Modelo Conceptual del Manejo de los Síntomas

### Responses from women to the symptoms of Acute Coronary Syndrome based in the Conceptual Model for the Handling of Symptoms

### Respostas da mulher frente aos sintomas de Síndrome Coronária Aguda, baseados no Modelo Conceitual do Manejo dos Sintomas

CLARA INÉS PADILLA GARCÍA\*

XIMENA SÁENZ MONTOYA\*\*

#### Resumen

En este artículo se presentan los resultados de la investigación *Respuestas de la mujer frente a los síntomas de Síndrome Coronario Agudo basados en el Modelo Conceptual del Manejo de los Síntomas*. Es un estudio cuantitativo-descriptivo de corte transversal. Describe las acciones de respuesta de la mujer y el tiempo de dilación para solicitar ayuda ante los síntomas que sugieren Síndrome Coronario Agudo. La investigación incluyó 80 mujeres hospitalizadas en dos instituciones de Bucaramanga (Colombia) con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo, durante los meses de octubre del 2011 a abril del 2012. La información se obtuvo utilizando el Instrumento sobre la Experiencia del Síntoma en la Mujer con Síndrome Coronario Agudo y el formato de variables sociodemográficas. Se encontró que el 43.8% de las mujeres demoraron más de seis horas para decidir ir al servicio de urgencias una vez iniciados los síntomas, el 18% ignora los síntomas, el 15% toma remedios caseros, el 21.2% toma agua, el 12.5% respira

profundamente, el 35% espera a que pase la sintomatología y el 12.5% llama a una ambulancia.

Este estudio promueve la comprensión del fenómeno de respuesta de las mujeres ante los síntomas de Síndrome Coronario Agudo, en cuanto que son el tiempo de demora y las acciones a seguir los factores que influyen sobre la gravedad del síndrome.

*Palabras clave:* Salud de la Mujer; Síndrome Coronario Agudo; Tiempo de Reacción (Fuente: DeSC BIREME).

#### Abstract

This article presents the results of research *Responses of women from the Symptoms of Acute Coronary Syndrome based on the Conceptual Model of Symptom Management*. It is a descriptive cross-sectional quantitative study. It describes the response actions of women and their delay time when searching for help as they present symptoms suggestive of acute coronary syndrome. The sample included 80 women with confirmed diagnosis who were hospitalized in two institutions of Bucaramanga (Colombia), during the months of October 2011 to April 2012. The information was obtained using the response instrument domain on the Symptom Experience in Women with acute coronary syndrome and socio-demographic format. We found that 43.8% of women took more than six hours to decide whether to go to the emergency room after symptom

\* Magíster en Enfermería con Énfasis Cardiovascular, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Enfermería en Atención de Enfermería en Cuidados Críticos, Universidad Industrial de Santander. Docente Asistente, Programa Enfermería, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia. E-mail: cpadilla@unab.edu.co

\*\* Magíster en Enfermería, Universidad del Valle. Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. E-mail: xsaenzm@unal.edu.co

onset, 18% ignores symptoms, 15% takes home remedies, 21.2% drinks water, 12.5% breathes deeply, 35% hopes for the symptoms to disappear and 12.5% calls an ambulance.

This study furthers the understanding about phenomenon of women's response, with symptoms of acute coronary syndrome, with the delay time and the actions to be the factors that influence the severity of the syndrome.

**Key words:** Women's Health; Acute Coronary Syndrome; Reaction Time (Source: DESC BIREME).

## Resumo

Neste artigo se apresentam os resultados da pesquisa *Respostas da mulher frente aos sintomas de Síndrome Coronária Aguda baseados no Modelo Conceitual do Manejo dos Sintomas*. É um estudo quantitativo-descritivo de corte transversal, descreve as ações de resposta da mulher e o tempo de dilatação para solicitar ajuda ante os sintomas que sugerem Síndrome Coronária Aguda. A pesquisa incluiu 80 mulheres hospitalizadas em duas instituições de Bucaramanga (Colômbia) com diagnóstico de Síndrome Coronária Aguda, durante os meses de outubro de 2011 a abril de 2012. A informação se obtve utilizando o Instrumento sobre a Experiência do Sintoma na mulher com Síndrome Coronária Aguda e o formato de variáveis sociodemográficas. Encontrou-se que 43,8% das mulheres demoraram mais de seis horas para decidir ir ao serviço de urgências uma vez iniciados os sintomas, 18% ignora os sintomas, 15% toma remédios caseiros, 21,2% toma água, 12,5% chama uma ambulância. Este estudo promove a compreensão do fenômeno de resposta das mulheres antes os sintomas de Síndrome Coronária Aguda, já que são o tempo de dilatação e as ações a seguir, os fatores que influem sobre a gravidade do síndrome.

**Palavras-chave:** Saúde da Mulher; Síndrome Coronária Aguda; Tempo de Reação (Fonte: DESC BIREME).

## Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo: cada año mueren más personas por enfermedad cardiovascular que por cualquier otra causa. Se calcula que en el 2030 morirán cerca de 23,6 millones de personas por enfermedad cardiovascular, sobre todo por cardiopatías y accidente cerebrovascular, y se prevé que éstas sigan siendo la principal causa de muerte (1). En Colombia, las enfermedades isquémicas del corazón son la primera causa de muerte: en el 2010 murieron 29.373 personas por esta enfermedad y en Santander el panorama no es diferente, ya que se reportaron 1.337 muertes, ocupando el primer lugar de mortalidad (2).

El tiempo que demoran las mujeres con enfermedad coronaria (EC) en llegar al hospital es superior al de los hombres (3, 4); de igual manera, existe una diferencia en el inicio del tratamiento y la realización de los medios diagnósticos (5, 6, 7, 8, 9). La mayoría de las investigaciones han medido el tiempo de dilación *n*, el cual ha sido medido en minutos y horas, pero sin ningún tipo de descripción de lo que ocurrió durante el tiempo transcurrido en que la mujer toma la decisión de buscar asistencia médica (10). Adicionalmente, no existe un consenso acerca de la razón por la cual las mujeres demoran en buscar tratamiento para los síntomas de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) (4), debido a que en ellas se encuentran diversos comportamientos y factores que influyen en el momento de acudir a la consulta ante eventos coronarios. Lo cierto es que esa demora tiene repercusiones importantes tanto para la mujer como para la sociedad en general.

El retardo que tienen las mujeres para solicitar la consulta y las repuestas que tienen frente a la presencia de los síntomas de Síndrome Coronario Agudo (SCA) constituyen una parte de la problemática relacionada con la mujer con enfermedad coronaria y es uno de los fenómenos de enfermería que requiere de más investigaciones que amplíen este conocimiento. A su vez, es necesario utilizar metodologías científicas que aseguren totalmente la confiabilidad de los hallazgos, de tal manera que favorezcan el fortalecimiento de la profesión como disciplina.

El tiempo que las mujeres se toman antes de pedir ayuda al presentar la sintomatología de SCA ha sido objeto de varias investigaciones, las cuales miden el retardo para solicitar la consulta, pero a pesar de que este tiempo es una importante medida, es insuficiente para comprender lo complejo de las decisiones y comportamientos de la mujer. Además, para entender el proceso es importante comprender las fases desde la percepción hasta la respuesta (11).

Este estudio promueve la comprensión del fenómeno de respuesta de las mujeres ante los síntomas que sugieren un SCA, pues es un importante factor que influye en el comportamiento para la búsqueda de ayuda y tratamiento, y por tanto, en la demora en realizar dichas acciones.

## Objetivo general

Describir las acciones de respuesta de la mujer y el tiempo de demora para solicitar ayuda ante los síntomas que sugieren un Síndrome Coronario Agudo (SCA).

## Marco conceptual

Para efectos de esta investigación, se adoptó el Modelo Conceptual del Manejo de los síntomas (12), el cual contempla los conceptos de la experiencia del síntoma, las estrategias del manejo de los síntomas y los resultados. Los conceptos están estructurados dentro de las dimensiones del meta-paradigma de la ciencia de enfermería (persona, salud-enfermedad y medio ambiente).

En la experiencia del síntoma se contempla la percepción, la evaluación y la respuesta al cambio en una sensación usual (13). La percepción del síntoma se refiere a si un individuo advierte un cambio respecto a la forma en que él o ella siente y se comporta. Las personas evalúan sus síntomas al hacer juicios sobre la gravedad, las causas, el tratamiento y el efecto de los síntomas en sus vidas. Las respuestas a los síntomas incluyen características fisiológicas, psicológicas, socioculturales y componentes de comportamiento (12).

El síntoma es una experiencia subjetiva que refleja los cambios en el funcionamiento biopsicosocial, sensaciones o la cognición de un individuo (12); las respuestas son la búsqueda de ayuda y de estrategias más efectivas para eliminar o minimizar el síntoma (13); las acciones de respuesta son el tipo de actividad realizada por la mujer u otras personas cuando los síntomas ocurren; y el tiempo de demora son las horas transcurridas desde que la mujer experimenta los síntomas hasta recibir tratamiento (11).

## Metodología

El presente estudio es cuantitativo de corte transversal, fue realizado en los servicios de hospitalización y cuidado intensivo de dos instituciones del área metropolitana de Bucaramanga, Colombia, desde octubre del 2011 hasta abril del 2012. Los criterios de inclusión fueron: mujeres mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de SCA —cambios electrocardiográficos, biomarcadores químicos, angiografía coronaria, ecocardiograma estrés— que hablaran español y aceptaran su participación mediante la firma del consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: mujeres con incapacidad mental o verbal para responder al cuestionario y quienes desarrollaron el evento estando hospitalizadas en la institución.

Para el cálculo de la muestra se utilizó el programa *StatCalc* del paquete estadístico *EpiInfo 7™*, de acuerdo a los siguientes parámetros: proporción esperada de 90% de las mujeres que no realizan las acciones debidas ante la presencia de un síntoma que sugiere un Síndrome

Coronario Agudo y se demoran más de una hora en solicitar ayuda, un nivel de precisión del 6% y un nivel de confianza del 95%. Teniendo en cuenta estas variables, la muestra para el estudio fue de 80 mujeres en total y el muestreo se realizó por conveniencia.

La información se recolectó utilizando la Dimensión de Respuesta del Instrumento sobre la Experiencia del Síntoma en la mujer con SCA: percepción, evaluación y respuesta (11) y el formato de variables sociodemográficas. La dimensión de respuesta permite evaluar las acciones de respuesta a través de la pregunta: *¿Para responder a lo que estaba sintiendo lo que usted hizo fue...?* y tenía como posibles respuestas: *ignorarlo, tomar remedios caseros, tomar agua, respirar profundamente, esperar a que pasara y llamar a una ambulancia*. Con respecto a los datos demográficos, se evaluaron las variables *estrato socioeconómico, escolaridad, estado civil, ocupación, factores de riesgo modificables y no modificables, lugar de residencia, lugar donde iniciaron los síntomas, acompañante de la mujer al ir a urgencias y características clínicas*. Entre las variables de tiempos de demora se incluyeron el tiempo que esperó para decidir ir al servicio de urgencias, tiempo que demoró en llegar al servicio de urgencias, tiempo que demoró hasta ser atendida y tiempo que demoró hasta iniciar el tratamiento. Se realizó una revisión de historias clínicas para verificar los criterios de inclusión; posteriormente, se realizó la aplicación del instrumento a cada una de las mujeres, previo diligenciamiento del consentimiento informado. Una vez depurada la base de datos final, se exportó al programa *STATA 12.0* para análisis estadístico. Todas las pruebas de hipótesis estadísticas se hicieron a un nivel *Alpha* de 5%. Para el análisis univariado, el procesamiento de los datos se efectuó mediante distribuciones de frecuencia, medidas de tendencia central y variabilidad. Las variables cualitativas se presentaron a través de frecuencias absolutas y relativas; las variables cuantitativas con distribución normal se describieron con media y desviación estándar. La distribución normal de las variables continuas se evaluaron mediante la prueba de *Shapiro&Wilk*. Las variables continuas con distribución no normal se presentaron mediante la mediana y el rango intercuartil.

## Resultados

Entre las variables sociodemográficas se encontró que el 53.8% (IC 95%: 42.9-64.3) de las mujeres pertenece al estrato socioeconómico 3. El 55% (IC 95%: 44.1-65.4) contaba con un nivel de escolaridad primaria (ver Tabla 1.). Con relación a las variables continuas, la edad no presentó una distribución normal (test de *Shapiro&Wilk*  $p = 0.016$ ); el promedio de edad de la población de

estudio fue de 69.8 años (IC 95%: 67.3-72.3), con una mediana de 72 años, un valor mínimo de 44 años y uno máximo de 90 años. Respecto al peso, esta variable presentó una distribución normal (test de *Shapiro&Wilk*  $p = 0.882$ ); el promedio del peso de las participantes fue de 62.8 kg (IC 95%: 60.5-65.0), con una desviación estándar de 9.9 kg. En cuanto a la Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo (FEVI), no presentó una distribución normal (test de *Shapiro&Wilk*  $p = 0.021$ ); el promedio de FEVI de las pacientes fue de 48.5% (IC 95%: 45.2-51.7), con una mediana de 50%, un valor mínimo de 12% y uno máximo de 85%.

Los hallazgos encontrados en los factores de riesgo modificables (ver Tabla 2.) se caracterizan porque el 81.3% (IC 95%: 71.3-88.3) de las mujeres tenía

antecedentes previos de hipertensión arterial, el 33.7% (IC 95%: 24.3-44.6) de diabetes, el 11.3% (IC 95%: 6.0-20.0) presentó antecedentes de ser fumadoras, el 51.3% (IC 95%: 40.5-61.9) poseía como factor de riesgo el sedentarismo, el 32.5% (IC 95%: 23.2-43.4) era obesa, el 47.5% (IC 95%: 36.9-58.3) tenía antecedentes de dislipidemia y el 86.3% (IC 95%: 77.0-92.1) no tenía ningún tipo de reemplazo hormonal. En los factores de riesgo no modificables se encontró que el 61.3% (IC 95%: 50.3-71.2) de las mujeres tiene una edad mayor de 65 años, el 53.8% (IC 95%: 42.9-64.3) tiene historia familiar de enfermedad cardiovascular en hombres < 55 y mujeres < 65 años, el 47.5% (IC 95%: 36.9-58.3) tiene antecedentes de angina preexistente y el 42.5% (IC 95%: 32.3-53.4) antecedentes de IAM preexistente.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas

| Variable                      | n = 80 | %    | IC 95%    |
|-------------------------------|--------|------|-----------|
| <b>Estrato socioeconómico</b> |        |      |           |
| Uno                           | 8      | 10.0 | 5.2-18.5  |
| Dos                           | 17     | 21.2 | 13.7-31.4 |
| Tres                          | 43     | 53.8 | 42.9-64.3 |
| Cuatro                        | 11     | 13.8 | 7.9-23.0  |
| Cinco                         | —      | —    | —         |
| Seis                          | 1      | 1.2  | 0.2-6.7   |
| <b>Escolaridad</b>            |        |      |           |
| Ninguna                       | 15     | 18.8 | 11.7-28.7 |
| Primaria                      | 44     | 55.0 | 44.1-65.4 |
| Secundaria                    | 15     | 18.8 | 11.7-28.7 |
| Universidad                   | 3      | 3.7  | 1.3-10.5  |
| Postgrado                     | 3      | 3.7  | 1.3-10.5  |
| <b>Estado civil</b>           |        |      |           |
| Soltera                       | 7      | 8.7  | 4.3-17.0  |
| Unión libre                   | 4      | 5.0  | 2.0-12.2  |
| Casada                        | 31     | 38.8 | 28.8-49.7 |
| Separada                      | 7      | 8.7  | 4.3-17.0  |
| Viuda                         | 31     | 38.8 | 28.8-49.7 |
| <b>Ocupación</b>              |        |      |           |
| Ama de casa                   | 56     | 70.0 | 59.2-78.9 |
| Trabaja fuera de casa         | 12     | 15.0 | 8.8-24.4  |
| Pensionada                    | 12     | 15.0 | 8.8-24.4  |

Fuente: Datos de la investigación.

**Tabla 2.** Factores de riesgos modificables y no modificables

| Variable  | n = 80 | %    | IC 95%    |
|---|--------|------|-----------|
| <b>Factores de riesgo modificables</b>                |        |      |           |
| Hipertensión arterial                                 |        |      |           |
| Sí  | 65     | 81.3 | 71.3-88.3 |
| No  | 15     | 18.7 | 11.7-28.7 |
| Diabetes mellitus                                     |        |      |           |
| Sí  | 27     | 33.7 | 24.3-44.6 |
| No  | 53     | 66.3 | 55.4-75.7 |
| Tabaquismo  |        |      |           |
| Sí  | 9      | 11.3 | 6.0-20.0  |
| No  | 71     | 88.7 | 80.0-94.0 |
| Sedentarismo  |        |      |           |
| Sí  | 41     | 51.3 | 40.5-61.9 |
| No  | 39     | 48.7 | 38.1-59.5 |
| Obesidad  |        |      |           |
| Sí  | 26     | 32.5 | 23.2-43.4 |
| No  | 54     | 67.5 | 56.6-76.8 |
| Dislipidemia  |        |      |           |
| Sí  | 38     | 47.5 | 36.9-58.3 |
| No  | 42     | 52.5 | 41.7-63.1 |
| Terapia hormonal                                      |        |      |           |
| Sí  | 11     | 13.7 | 7.9-23.0  |
| No  | 69     | 86.3 | 77.0-92.1 |
| <b>Factores de riesgo no modificables</b>             |        |      |           |
| Mujer > 65 años                                       |        |      |           |
| Sí  | 49     | 61.3 | 50.3-71.2 |
| No  | 31     | 38.7 | 28.8-49.7 |
| Historia familiar de hombres < 55 y mujeres < 65 años |        |      |           |
| Sí  | 43     | 53.8 | 42.9-64.3 |
| No  | 37     | 46.2 | 35.7-57.1 |
| Angina Inestable Preexistente                         |        |      |           |
| Sí  | 38     | 47.5 | 36.9-58.3 |
| No  | 42     | 52.5 | 41.7-63.1 |
| IAM Preexistente                                      |        |      |           |
| Sí  | 34     | 42.5 | 32.3-53.4 |
| No  | 46     | 57.5 | 46.6-67.7 |

**Fuente:** Datos de la investigación.

El 92.5% (IC 95%: 84.6-96.5) de las mujeres tiene como lugar de residencia el área urbana (ver Tabla 3.), el 83.7% (IC 95%: 74.2-90.3) inició los síntomas en la

casa y las personas que acompañaron a las participantes al servicio de urgencias fueron los hijos, con un 63.8% (IC 95%: 52.8-73.4).

**Tabla 3.** Variables dominio medio ambiente

| Variable  | n = 80 | %    | IC 95%    |
|---|--------|------|-----------|
| <b>Lugar de residencia</b>                          |        |      |           |
| Rural   | 6      | 7.5  | 3.5-15.4  |
| Urbano  | 74     | 92.5 | 84.6-96.5 |
| <b>Lugar donde iniciaron los síntomas</b>           |        |      |           |
| Casa  | 67     | 83.7 | 74.2-90.3 |
| Trabajo   | 1      | 1.3  | 0.2-6.7   |
| Supermercado  | 1      | 1.3  | 0.2-6.7   |
| Otros   | 11     | 13.7 | 7.9-23.0  |
| <b>Acompañante de la paciente al ir a urgencias</b> |        |      |           |
| Ella misma  | 6      | 7.5  | 3.5-15.4  |
| Hijos   | 51     | 63.8 | 52.8-73.4 |
| Esposo  | 9      | 11.3 | 6.0-20.0  |
| Otro familiar u otro                                | 13     | 16.3 | 9.7-25.8  |
| Vecino  | 1      | 1.3  | 0.2-6.7   |
| Compañero de trabajo                                | —      | —    | —         |

**Fuente:** Datos de la investigación.

En el dominio salud/enfermedad (ver Tabla 4.), se evidencia que el diagnóstico más prevalente fue la angina inestable, con un 47.5% (IC 95%: 36.9-58.3), seguido de IAMSEST, con un 37.5% (IC 95%: 27.7-48.5); la clasificación *Killip* (específicamente para las mujeres que

tienen diagnóstico de IAM) más prevalente es el *Killip* 1, con un 69% (IC 95%: 54-80.9) y la fracción de eyección mayor del 50% tiene una prevalencia del 52.5% (IC 95%: 41.7-63.1).

**Tabla 4.** Características clínicas

| Variable  | n = 80 | %    | IC 95%    |
|---|--------|------|-----------|
| <b>Diagnóstico actual</b>                       |        |      |           |
| IAMCEST   | 12     | 15.0 | 8.8-24.4  |
| IAMSEST   | 30     | 37.5 | 27.7-48.5 |
| Angina inestable                                | 38     | 47.5 | 36.9-58.3 |
| <b>Clasificación <i>Killip</i></b>              |        |      |           |
| <i>Killip</i> I                                 | 29     | 69.0 | 54.0-80.9 |
| <i>Killip</i> II                                | 10     | 23.8 | 13.5-38.5 |
| <i>Killip</i> III                               | 2      | 4.8  | 1.3-15.8  |
| <i>Killip</i> IV                                | 1      | 2.4  | 0.4-12.3  |
| <b>Fracción de eyección posterior al evento</b> |        |      |           |
| Menor del 50%                                   | 38     | 47.5 | 36.9-58.3 |
| Mayor del 50%                                   | 42     | 52.5 | 41.7-63.1 |

**Fuente:** Datos de la investigación.

**Tabla 5.** Distribución de las variables de tiempo de demora

| Variable  | n = 80 | %    | ic 95%    |
|---|--------|------|-----------|
| <b>Tiempo que esperó para decidir ir al servicio de urgencias</b> |        |      |           |
| Menos de 1 hora   | 27     | 33.7 | 24.3-44.6 |
| Entre 1 y 6 horas   | 18     | 22.5 | 14.7-32.8 |
| Más de 6 horas  | 35     | 43.8 | 33.4-54.7 |
| <b>Tiempo que demoró en llegar al servicio de urgencias</b>       |        |      |           |
| Menos de 1 hora   | 75     | 93.8 | 86.2-97.3 |
| Entre 1 y 6 horas   | 4      | 5.0  | 2.0-12.2  |
| Más de 6 horas  | 1      | 1.2  | 0.2-6.7   |
| <b>Tiempo que demoró hasta ser atendida</b>                       |        |      |           |
| Menos de 1 hora   | 74     | 92.5 | 84.6-96.5 |
| Entre 1 y 6 horas   | 6      | 7.5  | 3.5-15.4  |
| Más de 6 horas  | —      | —    | —         |
| <b>Tiempo que demoró hasta iniciar tratamiento</b>                |        |      |           |
| Menos de 1 hora   | 70     | 87.5 | 78.5-93.1 |
| Entre 1 y 6 horas   | 9      | 11.3 | 6.0-20.0  |
| Más de 6 horas  | 1      | 1.2  | 0.2-6.7   |

Fuente: Datos de la investigación.

**Tabla 6.** Distribución de las variables acciones de respuesta frente a los síntomas

| Variable                      | n = 80 | %    | ic 95%    |
|-------------------------------|--------|------|-----------|
| <b>Ignorarlo</b>              |        |      |           |
| Sí                            | 15     | 18.7 | 11.7-28.7 |
| No                            | 65     | 81.3 | 71.3-88.3 |
| <b>Tomar remedios caseros</b> |        |      |           |
| Sí                            | 12     | 15.0 | 8.8-24.4  |
| No                            | 68     | 85.0 | 75.6-91.2 |
| <b>Tomar agua</b>             |        |      |           |
| Sí                            | 17     | 21.2 | 13.7-31.4 |
| No                            | 63     | 78.8 | 68.6-86.3 |
| <b>Respirar profundamente</b> |        |      |           |
| Sí                            | 10     | 12.5 | 6.9-21.5  |
| No                            | 70     | 87.5 | 78.5-93.1 |
| <b>Esperar a que pasara</b>   |        |      |           |
| Sí                            | 28     | 35.0 | 25.5-45.9 |
| No                            | 52     | 65.0 | 54.1-74.5 |
| <b>Llamar una ambulancia</b>  |        |      |           |
| Sí                            | 10     | 12.5 | 6.9-21.5  |
| No                            | 70     | 87.5 | 78.5-93.1 |

Fuente: Datos de la investigación.

Con respecto a la distribución de las variables de tiempo de demora (ver Tabla 5.), el 43.8% (IC 95%: 33.4-54.7) de las mujeres demoró más de seis horas para decidir ir al servicio de urgencias una vez iniciados los síntomas; con respecto al tiempo de demora para llegar al servicio de urgencias, tiempo de demora hasta ser atendida y tiempo de demora hasta iniciar el tratamiento, presentaron una demora de menos de una hora el 93.8% (IC 95%: 86.2-97.3), el 92.5% (IC 95%: 84.6-96.5) y el 87.5% (IC 95%: 78.5-93.1) respectivamente.

Dentro de las acciones de respuestas ante la presencia de la sintomatología (ver Tabla 6.), se encontró que el 18% (IC 95% 11.7-28.7) ignora los síntomas, el 15% (IC 95%: 8.8-24.4) toma remedios caseros, el 21.2% (IC 95: 13.7-31.4) toma agua, el 12.5% (IC 95%: 6.9-21.5) respira profundamente, el 35% (IC 95%: 25.5-45.9) espera a que pase la sintomatología y el 12.5% (IC 95%: 6.9-21.5%) llama a una ambulancia.

## Discusión

La demora para el inicio del tratamiento del SCA es un contribuyente significativo con la carga de morbilidad de las enfermedades cardiovasculares, debido a que un número importante de individuos que demora en buscar atención desarrolla potencialmente complicaciones prevenibles y la falta de tratamiento oportuno es un factor determinante del tamaño del infarto y de la función cardíaca (14). El tiempo de demora y las acciones de las mujeres ante la sintomatología de SCA se encuentra influenciado por diversos factores. Estos factores hacen que el tiempo de demora sea mayor al tiempo óptimo para obtener un tratamiento oportuno, generando aumento en la morbimortalidad en las mujeres. Existen diversos factores clínicos o sociodemográficos que pueden estar relacionados con los tiempos de dilación y acciones de respuesta, por lo que es necesario reconocer esos factores para disminuir la morbimortalidad en las mujeres.

Con respecto al tiempo de dilación, en este estudio se encontró que la variable categórica de tiempo para decidir solicitar ayuda que tuvieron las mujeres una vez iniciados los síntomas fue mayor de seis horas, con un 43.8%. El hallazgo de tiempo de demora corresponde a lo reportado en el trabajo de Céspedes (11), en la cual se sustenta que las mujeres demoran más de seis horas en solicitar ayuda, con un 78.4%. Además, la literatura reporta una variabilidad en el tiempo de demora de solicitud de ayuda de las mujeres que se encuentra desde menos de una hora hasta más de 48 horas (15, 16, 17, 18). Estos hallazgos evidencian claramente la variabilidad que las mujeres presentan en el tiempo de tomar la

decisión de buscar ayuda para la sintomatología que viene presentando y hace evidente que las mujeres toman una serie de acciones como respuesta a los síntomas. Las mujeres una vez tomada la decisión de solicitud de ayuda demoraron menos de una hora en llegar al servicio de urgencias, con un 93.8%; al respecto, la literatura reporta medianas de entre 2 y 12 horas (19, 20, 21).

El transporte al hospital consume sólo una proporción muy pequeña de la demora mientras se dirigen al hospital. Una vez que los pacientes llegan para recibir atención, la demora en la fase hospitalaria es pequeña en comparación con las otras fases. La etapa más larga de retraso sigue siendo el tiempo de reconocimiento de los síntomas y de la decisión de buscar ayuda (14). Esta aseveración es evidente en el estudio, pues los tiempos de demora de más de seis horas se observan en el momento en que la mujer debe decidir solicitar ayuda en tanto se inician los síntomas (43.8%).

Con respecto al transporte al hospital, las mujeres pueden transportarse solicitando una ambulancia o medios de transporte privados. La renuencia a llamar una ambulancia es un factor importante que contribuye a la demora en el inicio de una atención médica y por lo tanto, en el inicio del tratamiento. Las mujeres llaman primero a sus amigos, familiares o al personal médico antes que llamar al 911 o buscar atención de emergencia inmediatamente, pues se dice que las mujeres mencionan tener vergüenza de generar molestias y abusar del sistema 911, produciendo que adopten medidas rápidas de manejo (22). Las mujeres se trasladan en mayor proporción en carros particulares antes de llamar a una ambulancia (23). Un hallazgo al respecto de este estudio es que solamente el 12.5% de las mujeres llamó una ambulancia como respuesta a los síntomas de SCA.

El hecho de que en menos de una hora la mujer llegue a los servicios de urgencias y que la atención médica e inicio de tratamiento se realice también en menos de una hora es un hallazgo favorable para las mujeres, ya que la instauración del tratamiento definitivo para el SCA debe empezar dentro de una hora de iniciados los síntomas. Pero la tardanza entre el momento en que las mujeres experimentan la sintomatología de SCA y la decisión de solicitar ayuda contribuye al aumento de la morbilidad y mortalidad, debido a que el tiempo es fundamental para el inicio de estrategias de reperfusión: la inmediata puesta en acción de las estrategias mejoran las tasas de supervivencia hasta en un 50% si la reperfusión se logra dentro de una hora de iniciado los síntomas y un 23% si se logra a menos de tres horas de presentarse los síntomas (14).



La mayoría de los estudios que han medido los tiempos de demora de las mujeres con sintomatología de SCA reporta medias y medianas del tiempo de dilación desde el inicio de los síntomas hasta llegar al hospital (demora pre-hospitalaria) entre 1.8 horas y 7.3 horas y entre 1 hora y 4.42 horas, respectivamente (16, 25, 26, 27, 28, 29, 30).

Con respecto a la edad, es importante tener en cuenta que esta variable según los estudios influye significativamente en el tiempo de demora para solicitar ayuda ante la sintomatología de SCA. Diversos estudios evidencian que las mujeres mayores tienden a demorar más que las mujeres jóvenes (17, 18, 31, 32, 33), generando un aumento de mortalidad en las mujeres por edad avanzada (19, 35, 36, 37) o peor pronóstico (19, 38). Sin embargo, existen otros estudios en cuyos hallazgos no se evidencia relación entre la edad y la demora en la decisión de buscar ayuda (26, 39). Las mujeres mayores, especialmente las mayores de 65 años, generalmente no vinculan sus condiciones de salud a un mayor riesgo de un ataque al corazón, sobre todo después de la menopausia (22). Debido a los efectos protectores de los estrógenos, la mujer suele ser 10 años mayor que el hombre cuando padecen ataques corazón, esto hace que exista un doble riesgo (mujeres y mayores) de demora en la búsqueda de tratamiento (4). En este estudio el promedio de edad de la población fue de 69.8 años.

Un factor importante es la ubicación del individuo cuando comienzan los síntomas. El comienzo de los síntomas en el hogar se asocia con el retraso en llegar al hospital. Esta asociación es especialmente significativa, ya que casi tres cuartas partes de los pacientes están en casa cuando aparecen los síntomas. En este estudio el 83.7% de las mujeres inicia la sintomatología en el hogar, así como se evidencia en otros estudios (23, 25, 29).

Hay estudios que reportan que las mujeres demoran más cuando se encuentran con el esposo y familiares en el momento de presentarse los síntomas (23, 25), ya que suelen recomendar estrategias que incrementan la demora (14); aunque hay otros que reportan que los familiares, amigos u otras personas no impactan en el tiempo de tardanza (24). Los tiempos de respuesta más rápidos se encuentran en las que están con un compañero de trabajo o un compañero que no es un miembro de la familia (23).

Una de las respuestas de las mujeres ante la sintomatología de SCA en el presente estudio es ignorar los síntomas, con un 18.7%, dato que coincide con los hallados en otros estudios en donde refieren que las mujeres cuando

presentan la sintomatología pretenden ignorar lo que sucede o piensan que lo que está sucediendo no es nada malo (14, 23, 40), debido posiblemente al desconocimiento de los síntomas (3, 14, 21, 23, 34) y a la falta de similitud entre los síntomas esperados y los experimentados (26, 32). Sin embargo, se ha encontrado que cuando los síntomas son tan severos, la decisión de solicitar ayuda es independiente de las ideas preconcebidas que se tengan acerca de un IAM (26). Existen estudios que reportan que esta falta de similitud entre los síntomas esperados y los experimentados no afecta el tiempo de decisión en las mujeres (24).

Un aspecto importante al momento de ignorar los síntomas es que las mujeres anteponen el ejercicio de sus propios roles sobre su propio autocuidado, relegándolo a un segundo plano y por lo tanto dejando a un lado la responsabilidad de su propia salud (15, 22, 23, 25). Otro factor influyente para que las mujeres ignoren la sintomatología es el atribuir los síntomas a otras condiciones preexistentes y no creer que estén sufriendo un ataque al corazón (23, 25). Las razones para ello son la edad avanzada, la ambigüedad de los síntomas y la percepción de tener un buen estado de salud (22).

Existen relaciones inherentes al proceso del manejo del síntoma en el momento de solicitar la atención como la capacidad de reconocer el origen y la gravedad del problema (21), los cuales hacen que las mujeres posiblemente ignoren el cuadro que presentan. Otro de los aspectos que repercute en la demora de la solicitud de ayuda por parte de las mujeres es la atribución de la causa (15) y la baja percepción del riesgo que tienen para las enfermedades cardiovasculares (22, 16, 23), sobre todo si la mujer tiene buenos hábitos de vida, si tiene una atención médica regular o si considera que su aspecto es saludable, ya que piensan en repetidas ocasiones que no creen que son el tipo de personas que tienen problemas del corazón y que estas enfermedades son más comunes en los hombres. Si las mujeres no se perciben en riesgo de un ataque al corazón, minimizan sus síntomas, buscan otras explicaciones para los síntomas y de esta manera retrasan la búsqueda de tratamiento en el hospital (42), aunque las mujeres que tienen historia de enfermedad coronaria familiar o historia personal de diabetes y son fumadoras perciben que tienen mayor riesgo (22).

Las mujeres tienen mayor capacidad de control personal, así como de controlar los síntomas (3, 23) y la situación (3, 8, 15, 16, 41), por lo que presentan una convivencia con los síntomas a lo largo del tiempo (15), hecho evidente en el presente estudio, pues un gran

porcentaje de las mujeres demora más de seis horas para solicitar la consulta y realizan actividades como tomar remedios caseros, tomar agua, respirar profundamente o simplemente esperar a que pase la sintomatología como signo de control.

Otra acción de respuesta es la automedicación; éste evidentemente es un factor que influye en el momento de tomar las decisiones. La automedicación ha sido documentada como una causa frecuente de retraso entre los pacientes con SCA, incluyendo aquellos con historial de IAM o angina (3, 14, 34). En este estudio se encontró que el 15% de las mujeres con SCA tomó remedios caseros y el 21.2% tomó agua ante la presencia de la sintomatología; cabe resaltar que en el grupo se encuentran mujeres que instauran tanto remedios caseros como las que toman medicamentos prescritos por el médico con anterioridad. Estos hallazgos corresponden con lo reportado en la literatura en la cual se sustenta que las mujeres pueden asumir conductas de automedicación (3, 18, 40) y por lo tanto controlar la situación presentada.

En el presente estudio se encontró que el 35% de las mujeres esperó a que pasara la sintomatología, hallazgo referenciado por otros estudios en donde se refiere que este tipo de respuesta influye en la demora de consulta en las mujeres (14, 29, 40). La literatura reportó que durante la espera de las mujeres a que la sintomatología pase, éstas optan por relajarse (23, 24, 25), sentarse o acostarse (18) y orar (23). Otro importante hallazgo en el presente estudio es que las mujeres en un 12.5% optan por respirar profundamente una vez iniciados los síntomas.

## Conclusiones y Recomendaciones

La presente investigación reporta que el 43.8% de las mujeres demoró más de seis horas para decidir ir al servicio de urgencias luego de empezar los síntomas, el 93.8% se tomó un tiempo de demora para llegar al servicio de menos de una hora, el 92.5% se demoró menos de una hora para ser atendida y el 87.5% tuvo un tiempo de dilación de menos de una hora para iniciar el tratamiento. Con respecto a las respuestas de la mujer frente a los síntomas de SCA, se reportó que el 18% de las mujeres ignoró los síntomas, el 15% tomó remedios caseros, el 21.2% tomó agua, el 12.5% respiró profundamente, el 35% esperó a que pasara la sintomatología y el 12.5% llamó a una ambulancia. Las respuestas y los tiempos de demora de la mujer frente a los síntomas de SCA basada en el Modelo Conceptual del Manejo de los Síntomas proporcionan un indicio importante para:

- Desarrollar estrategias de intervenciones propias para el cuidado de la mujer con SCA.
- Formular planes de educación dirigidas tanto al profesional de enfermería como a la mujer y la familia.
- Implementar estrategias de intervención en el área clínica y comunitaria.
- Evaluar las intervenciones para conocer su efectividad e impacto en las respuestas de las mujeres con SCA.
- Implementar sistemas eficaces en las áreas de *triage* de los servicios de urgencias que permitan al profesional de enfermería identificar rápidamente el evento e iniciar un manejo oportuno.
- Avanzar en el cumplimiento de los objetivos del milenio, pues facilita y orienta en la selección de estrategias para combatir las enfermedades, desarrollando sistemas nacionales de salud más sólidos.
- Fortalecer el sistema educativo no sólo del profesional de enfermería sino también a nivel interdisciplinario con quienes tienen contacto con las mujeres que padecen esta enfermedad.
- Desarrollar más investigaciones que permitan evaluar las respuestas ante los síntomas de SCA.
- Generar una guía conceptual al profesional de enfermería para reconocer y dar la importancia al fenómeno de respuestas de la mujer ante la enfermedad.

Un aporte importante de la presente investigación desde el Modelo Conceptual del Manejo del Síntoma se asocia a la identificación de las diversas respuestas de la mujer y la forma como éstas contribuyen al entendimiento de los tiempos de demora de la mujer. De igual manera, permite evaluar individual y grupalmente los diversos tipos de respuestas y sirve como guía conceptual al profesional de enfermería para reconocer y dar importancia al fenómeno de respuestas de la mujer ante la enfermedad. Esto impactará directamente en los procesos de morbimortalidad en la región y a su vez el profesional de enfermería logrará comprender y gestionar los cuidados de enfermería y los servicios de las áreas de cuidado cardiovascular. Asimismo aporta a la teoría bases fundamentales que soportan la experiencia del síntoma en la dimensión de respuesta de las mujeres que cursan con procesos patológicos cardiovasculares o las mujeres que tienen riesgo de presentarlos y fortalece a su vez la evaluación por parte de la enfermería de las respuestas a los síntomas en donde se incluyan características socio-culturales y comportamentales, tal como lo enuncia el modelo. También, esta investigación contribuye sustancialmente al avance de más y nuevas investigaciones que favorezcan el entendimiento y desarrollo de los conceptos de la teoría (percepción, evaluación y respuestas) de manera individual y grupal.

Es necesario fomentar los conversatorios y discusiones de la dimensión de respuesta de la experiencia del síntoma con las comunidades académicas y no académicas para fortalecer la comprensión del fenómeno y las diversas respuestas de las mujeres ante la sintomatología.

## Referencias

- (1) Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades cardiovasculares [documento en Internet]. Centro de prensa OMS; 2011. [acceso: 25 mar 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>
- (2) Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Estadísticas vitales. Defunciones no fetales. 2010 [documento en Internet]. Colombia; 2010 [acceso: 30 dic 2013]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/es/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticas-vitales/2869-defunciones-no-fetales-2011-preliminar>
- (3) Dempsey S, Dracup K. Women's decision to seek care symptoms of acute myocardial infarction. *Heart Lung*. 1995;24(6):444-456.
- (4) Lefler L, Bondy K. Women's delay in seeking treatment with myocardial infarction: a meta-synthesis. *J Cardiovasc Nurs*. 2004;19(4):251-268.
- (5) Echanove I, Cabadés A, Velasco J, Pomar F, Vall F, Francés M *et al*. Características diferenciales y supervivencia del infarto agudo de miocardio en la mujer. Registro de infartos agudos de miocardio de la ciudad de Valencia (RICVAL). *Rev Esp Cardiol*. 1997;50(12):851-859.
- (6) Anguita M, Alfonso J, Bertomeu V, Gómez J, López R, Pedreira M *et al*. Proyecto de estudio sobre la situación de la enfermedad cardiovascular de la mujer en España: conclusiones y recomendaciones finales. *Rev Esp Cardiol*. 2008;8(Supl D):55-58.
- (7) Wenger N. Coronary heart disease: diagnostic decision making. Social and contextual etiology of coronary heart disease in women. *Women's Health Gend Based Med*. 2000;9(9):967-978.
- (8) Rincón F, Garnica G, Villalobos M, Rodríguez J. Caracterización de los síntomas de angina en un grupo de mujeres con prueba de esfuerzo positiva. *Rev Colomb Cardiol*. 2007;14(3):159-172.
- (9) Cortés L. Tipificación del síntoma de dolor torácico tipo isquémico en la mujer, a la luz de la teoría de los síntomas desagradables. *Av Enferm*. 2007;25(2):76-89.
- (10) Rosenfeld A, Lindauer A, Darney B. Understanding treatment-seeking delay in women with acute myocardial infarction: descriptions of decisions-making patterns. *Am J Crit Care*. 2005;14(4):285-293.
- (11) Céspedes V. Modelo conceptual del manejo del síntoma: clasificación por percepción, evaluación y respuesta de mujeres con síndrome coronario agudo; originada por la construcción de un instrumento validado en Bogotá, Colombia [tesis doctoral]. Bogotá: Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia; 2009.
- (12) Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J *et al*. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*. 2001;33(5):668-676.
- (13) Humphreys J, Lee K, Carrieri KV, Puntillo K, Faucett J, Janson S *et al*. Theory of Symptom Management. In: Smith M, Liehr P, editors. *Middle range theory for nursing*. 2<sup>nd</sup> Ed. New York: Springer Publishing Company; 2008:145-154.
- (14) Moser D, Kimble L, Alberts M, Alonzo A, Croft J, Dracup K *et al*. Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke: a scientific statement from the American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing and Stroke Council [serial on Internet]. 2006 [access: 2011 oct 17];114:[about 14 screens] Available from: <http://circ.ahajournals.org>
- (15) Soto A. Factores que intervienen en la demora de la solicitud de atención médica o de enfermería en mujeres que presentan dolor torácico de origen coronario. *Av Enferm*. 2007;25(2):58-64.
- (16) Rosenfeld A. Treatment-seeking delay among women with acute myocardial infarction. *Nurs Res*. 2004;53(4):225-236.
- (17) McGinn A, Rosamond W, Goff D, Taylor H, Miles S, Chambless L. Trends in prehospital delay time and use of emergency medical services for acute myocardial infarction: experience in 4 US communities from 1987-2000. *Am Heart J*. 2005;150(3):392-400.
- (18) Lovlien M, Shei B, Hole T. Prehospital delay, contributing aspects and responses to symptoms among Norwegian women and men with first time acute myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2007;6(4):308-313.
- (19) Martínez M, López R, Pérez E, Bueno H. Influence of age on gender differences in the management of acute inferior or posterior myocardial infarction. *Chest*. 2005;128:792-797.

- (20) Moriel M, Behar S, Tzivoni D, Hod H, Boyko V, Gottlieb S *et al.* Management and outcomes of elderly women and men with acute coronary syndromes in 2000 and 2002. *Arch Intern Med.* 2005;165:1521-1526.
- (21) Ayrik C, Ergene U, Kinay O, Nazli C, Unal B, Ergene O. Factors influencing emergency department arrival time and in-hospital management of patients with acute myocardial infarction. *Adv Ther.* 2006;23(2):244-255.
- (22) Finnegan J, Meischke H, Zapka JG, Leviton L, Meshack A, Garner B *et al.* Patient delay in seeking care for heart attack symptoms: findings from focus groups conducted in five us regions. *Prev Med.* 2000;31(3):205-213.
- (23) Moser D, McKinley S, Dracup K, Chung M. Gender differences in reasons patients delay in seeking treatment for acute myocardial infarction symptom. *Patient Edu Couns.* 2005;56:45-54.
- (24) Morgan D. Effect of incongruence of acute myocardial. *J Cardiovasc Nurs.* 2005;20(5):365-371.
- (25) Nouredine S, Arevian M, Adra M, Puzantian H. Response to signs and symptoms of acute coronary syndrome: differences between Lebanese men and women. *Am J Crit Care.* 2008;17(1):26-35.
- (26) Horne R, James D, Petrie K, Weinman, Vincent R. Patients' interpretation of symptoms as a cause of delay in reaching hospital during acute myocardial infarction. *Heart.* 2000;83(4):388-393.
- (27) Sari I, Acar Z, Özer O, Erer B, Tekbas E, Ücer E *et al.* Factors associated with prolonged prehospital delay in patients with acute myocardial infarction. *Arch Soc Turk Cardiol.* 2008;36(3):156-162.
- (28) Grace S, Abbey S, Bisaillon S, Shnek Z, Irvine J, Stewart D. Presentation, delay and contraindication to thrombolytic treatment in females and males with myocardial infarction. *Women's Health Iss.* 2003;13(6):214-221.
- (29) Banks A, Dracup K. Factors associated with prolonged prehospital delay of African Americans with acute myocardial infarction. *Am J Crit Care.* 2006;15(2):149-157.
- (30) Goldberg R, Yarzebski J, Lessard D, Gore J. Decade-long trends and factors associated with time to hospital presentation in patients with acute myocardial infarction. *Arch Intern Med.* 2000;160(21):3217-3223.
- (31) Mcsweeney J, Lefler L, Fischer E, Naylor A, Evans L. Women's prehospital delay associated with myocardial infarction. *J Cardiovasc Nurs.* 2007;22(4):279-285.
- (32) Zerwic J, Ryan CJ, DeVon HA, Drell MJ. Treatment seeking for acute myocardial infarction symptoms. *Nurs Res.* 2003;52(3):159-167.
- (33) Tubaro M, Danchin N, Goldstein P, Filippatos G, Hasin Y, Heras M. Tratamiento prehospitalario de los pacientes con IAMCEST. Una declaración científica del *Working Group Acute Cardiac Care* de la European Society of Cardiology. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65(1):60-70.
- (34) Dracup K, Moser D, Eisenberg M, Meischke H, Alonzo A, Braslow A. Causes of delay in seeking treatment for heart attack symptoms. *Soc Sci Med.* 1995;40(3):379-392.
- (35) Karlson B, Herlitz J, Hartford M. Prognosis in myocardial infarction in relation to gender. *Am Heart J.* 1994;128(3):477-483.
- (36) Berger J, Elliott L, Gallup D, Roe M, Granger CH, Armstrong P *et al.* Sex differences in mortality following acute coronary síndromes. *JAM-J. Am Med Assoc.* 2009;302(8):874-882.
- (37) Neill J, Adgey J. Predictors of excess mortality after myocardial infarction in women. *Ulster Med J.* 2008;77(2):89-96.
- (38) Wilkinson P, Laji K, Ranjadayalan K, Parsons L, Timmis A. Acute myocardial infarction in women: survival analysis in first six months. *Br Med J.* 1994;309:566-569.
- (39) Johansson I, Strömberg A, Swahn E. Ambulance use in patients with acute myocardial infarction. *J Cardiovasc Nurs.* 2004;19(1):5-12.
- (40) Leslie W, Urie A, Hooper J, Morrison CE. Delay in calling for help during myocardial infarction: reasons for the delay and subsequent pattern of accessing care. *Heart.* 2000;84(2):137-141.
- (41) Caldwell M, Miaskowski C. The symptom experience of angina in women. *Pain Manag Nurs.* 2000;1(3):69-78.
- (42) Lefler L. Perceived risk of heart attack: a function of gender? *Nurs Forum.* 2004;39 (2):18-26.