

Factores que intervienen en la demora de la solicitud de atención médica o de enfermería en mujeres que presentan dolor torácico de origen coronario

Delay generating factors when requesting medical or nursing treatment by women who have chest pains due to a coronary origin

ALEJANDRA MARÍA SOTO MORALES*

Resumen

La enfermedad coronaria constituye una de las principales causas de muerte en las mujeres mayores de 45 años. El contexto en el que se desarrolla esta enfermedad en la mujer está determinado por diferentes factores que conforman un proceso que genera demora en la solicitud de atención y en la instauración de tratamientos oportunos. El presente estudio de tipo descriptivo con abordaje cualitativo tuvo como objetivo identificar los factores que determinan la demora en la solicitud de atención en salud en doce mujeres que presentaron dolor torácico o síntomas de origen isquémico cardíaco, que ingresaron en el Hospital Federico Lleras Acosta y en las clínicas Minerva y Medicádiz en la ciudad de Ibagué durante los meses agosto a noviembre de 2005. La información se obtuvo mediante la realización de una entrevista semiestructurada basada en una guía temática a partir del proceso de manejo del síntoma; ésta fue analizada bajo la técnica análisis de contenido.

* Trabajo de grado para obtener el título de magíster en Enfermería con énfasis en salud cardiovascular, Universidad Nacional de Colombia. Enfermera, Universidad del Tolima. Enfermera, coordinadora Unidad de Cuidado Coronario, Hospital Federico Lleras Acosta (Ibagué).
e-mail: alma992001@gmail.com

Recibido:23-08-06

Aprobado: 07-09-07

Los factores que intervienen en la demora en la solicitud de atención en salud de las mujeres con dolor torácico isquémico coronario en términos de las fases del manejo del síntoma son: valoración del síntoma: características del dolor, experiencia con el dolor, desprotección de seres queridos, sentido de preocupación por otros, incapacidad, miedos, subestimación del síntoma, atribución de la causa; medición de la capacidad de respuesta: afrontamiento del síntoma según las creencias, y selección del tipo de ayuda: dependencia de terceros y experiencias previas con los proveedores de salud.

Los factores encontrados son secuenciales y se relacionan entre sí. El estudio identificó que factores como la dependencia de terceros, la desprotección de seres queridos y el sentido de no preocupar a otros son determinantes dentro del proceso.

Palabras clave: enfermedad coronaria, salud de las mujeres, indicadores de calidad de la atención de salud (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Coronary illness constitutes one of the main causes of death among women over 45 years of age. The context in which such illness arises among women is determined by different factors that constitute a process that generates delays in requesting medical attention and the onset of timely

treatment. This descriptive study with a qualitative approach had as objective to identify factors that resulted in delaying request for medical attention among twelve women who had chest pains or symptoms of cardiac ischemic origin, who registered at the Federico Lleras Acosta Hospital and at the clinics Minerva y Medicádiz of the city of Ibagué during the months of August thru November of 2005. The information was gathered via semi structured interviews based on the topic guidelines of the symptom management process; such was then analyzed under the content analysis technique.

Delay generating factors when requesting medical treatment by women who have ischemic coronary chest pains in terms of the phases to manage the symptoms are: valuation of the symptom: characteristics of the type of pain, experience with such pain, unprotected by loved ones, a sense of worry for others, disability, fears, underestimating the symptom, attributing the cause; measuring the response capacity: facing the symptom according to beliefs, and selecting the type of assistance: dependent on others and prior experiences with health providers.

The factors found are sequential and interrelated. The study identified that factors such as being dependent on others, loved ones not caring and the feeling of not wanting to worry others were definitive in the delay process.

Key words: Coronary disease, Women's health, Quality indicators, Health care.

INTRODUCCIÓN

En Colombia, de acuerdo con las estadísticas publicadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, y el Ministerio de Protección Social, la principal causa de muerte de mujeres a partir de los 45 años es la enfermedad isquémica del corazón, que supera incluso la mortalidad de todos los cánceres combinados, en mayores de 60 años (1). En el departamento de Tolima durante el año 2002 fueron reportados 2.214 casos en mujeres, liderando así las listas de mortalidad desde hace ya más de diez años (2).

La mujer con enfermedad coronaria se enfrenta a un peor pronóstico de salud teniendo en cuenta que tiene menos probabilidad, respecto a los hombres, de recibir una consulta cardiológica de urgencia y mayor probabilidad de muerte en el primer año luego de un infarto agudo del miocardio (1). Esta situación ocurre dada la multicausalidad que rodea este fenómeno en el que situaciones como la diferencia en la presentación de los síntomas (3) se convierte en uno de los factores

que favorecen aspectos como la desestimación del síntoma por parte de los proveedores de servicios de salud y el público en general frente al riesgo de la mujer en el desarrollo de la enfermedad coronaria. Esta situación determina significativamente el pobre diagnóstico de la enfermedad coronaria en esta población, expresado en estudios que demuestran que los hombres son dos veces más diagnosticados de infarto agudo del miocardio (IAM), con relación a las mujeres (3).

En contraste a esta realidad se encuentra un problema que describe Mc Febridge como prejuicios respecto a la instauración de tratamientos oportunos en mujeres, encontrándose manejos tardíos e inapropiados, situación que termina por opacar aún más el panorama de salud para las mujeres con dolor torácico de origen coronario. Estudios como el de De Von (2003) demuestra la existencia de un estereotipo que estigmatiza a la enfermedad cardíaca como una enfermedad en la que existe un predominio masculino, sin embargo la evidencia demuestra que debido a dicha categorización, la mujer ha sido desprotegida frente a las conductas de manejo de la enfermedad coronaria (4).

Partiendo de esta situación, el dolor torácico de origen coronario constituye un síntoma que debe ser tratado de igual manera en hombres que en mujeres, a pesar de las diferencias encontradas en los descriptores del dolor de pecho de origen isquémico coronario. Cuando se presenta un episodio de dolor torácico, la mujer puede experimentar una serie de síntomas relacionados con la enfermedad coronaria (dolor en el cuello, dificultad para respirar, náusea, vómito, fatiga, vértigo). Estos síntomas son llamados desde la fisiopatología de la enfermedad como síntomas asociados. Cadwell y Miaskowski (2000) señalan que la mujer utiliza diferentes descriptores para definir el dolor torácico convirtiéndose éstos en una experiencia individual (5).

Dada la frecuencia de presentación de la enfermedad en las mujeres, surge la preocupación acerca del contexto en el que se desarrolla el dolor torácico relacionado a enfermedad coronaria en este grupo poblacional, teniendo en cuenta que el tiempo en el que se solicite atención en salud durante un episodio de dolor torácico es determinante para la viabilidad de las

células miocárdicas, encontrándose que después de 30 minutos se pueden evidenciar cambios microscópicos de muerte celular. Partiendo de esta realidad es necesario resaltar que la evidencia ha demostrado un tiempo de espera o demora para buscar atención en salud y tratamiento para tales síntomas. Miller (2000) y Cadwell y Miaskowski (2000) enuncian que a pesar de que las mujeres conocen las manifestaciones de la enfermedad, no solicitan atención en salud por diferentes motivos, como: la necesidad de tratarse a sí mismas para mantener el control, el cumplimiento de roles y de responsabilidades, la falta de claridad o el desconocimiento para el reconocimiento de los síntomas relacionados con isquemia miocárdica, experiencias previas de salud negativas, entre otros; incluso se identifican demoras por parte del grupo de proveedores en la instauración de medidas adecuadas de manejo, al subestimar los síntomas, clasificarlos como atípicos y no relacionados con enfermedad isquémica coronaria (6).

Cada una de estas situaciones influye directamente en el diagnóstico y en la instauración de tratamiento adecuado y oportuno en las mujeres con enfermedad coronaria (EC); sin embargo, existen motivos asociados a la misma mujer que se relacionan directamente con la instauración de tratamientos tardíos, bien sea para episodios agudos o crónicos relacionados con la EC; estos motivos tienen que ver con el proceso de toma de decisión para el acceso de atención médica.

Objetivo general

Describir los factores que intervienen en la demora de la solicitud de atención médica o de enfermería oportuna en las mujeres adultas que presentan dolor torácico de origen coronario, en términos de valoración del síntoma, medición de la capacidad propia de manejo y selección del tipo de ayuda, que ingresan en las unidades de cuidado intensivo de las clínicas Minerva, Medicá-diz y Hospital Federico Lleras en la ciudad de Ibagué.

Objetivos específicos

Identificar y describir los factores que intervienen en la demora en la solicitud de atención médica o de

enfermería en términos de la valoración del síntoma de dolor torácico de origen coronario en la mujer.

Identificar y describir los factores que intervienen en la demora en la solicitud de atención médica o de enfermería en términos de la medición de la capacidad de manejo del dolor torácico de origen coronario en la mujer.

Identificar y describir los factores que intervienen en la demora en la solicitud de atención médica o de enfermería en términos de la selección de ayuda por parte de la mujer cuando presenta un episodio de dolor torácico de origen coronario.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

Experiencia con el síntoma

La experiencia con el síntoma constituye un proceso secuencial que la mujer vive luego de ser estimulada durante el episodio de dolor torácico y sus síntomas asociados. Este proceso se compone de tres momentos y es desarrollado paso a paso por la mujer, generando un tiempo de demora total comprendido desde el inicio del síntoma hasta el momento en que solicita atención en una institución de salud.

Carmen de la Cuesta Benjumea realizó, en el año 1994, un estudio en la región de Antioquia con mujeres que presentaron dolor de cualquier etiología, y describió en su investigación un proceso llamado manejo del síntoma. Este proceso toma la estructura de estudios internacionales, identificando más factores en cada una de las fases, y se compone de tres momentos.

En el primer momento, denominado valoración del síntoma, se le atribuye importancia al síntoma y se le clasifica y valora según los parámetros de gravedad e intensidad, además de la pérdida de la funcionalidad y de la atribución de la causa. Por tanto el objetivo de este momento es determinar la necesidad de buscar ayuda. El segundo momento es la medición de capacidades y evaluación de opciones, y constituye una fase intermedia en la cual las mujeres evalúan si tienen la capacidad de hacerse cargo de la molestia; tiene que ver con la capacidad socioeconómica y de la fuerza de autocuidarse. La etapa final es la selección del tipo de

ayuda, en la cual se decide por tres caminos: la ayuda médica, lega o el autocuidado, se tiene en cuenta la confianza que se tenga en cada una de estas opciones, la cual influirá en la decisión de optar por una u otra.

Para efectos prácticos de la presente investigación y teniendo en cuenta que el último estudio fue realizado a población colombiana, se tomó la estructura planteada por De la Cuesta en la organización y el análisis de la información.

METODOLOGÍA

El presente estudio es de tipo descriptivo exploratorio con abordaje cualitativo, realizado en las clínicas Minerva, Medicádiz y en el Hospital Federico Lleras Acosta en la ciudad de Ibagué durante los meses de agosto a noviembre de 2005. Los criterios de inclusión fueron: mujeres mayores de 18 años, con dolor torácico positivo para enfermedad coronaria identificado por medio de biomarcadores séricos (CPK NAC, CPK MB, troponina T, I), electrocardiograma, pruebas de perfusión miocárdica, cateterismo cardíaco, tiempo mayor de una hora desde el momento en que siente el dolor hasta que solicita atención en salud, adecuada condición mental y en condición de salud estable.

Las mujeres fueron captadas en las unidades de cuidado intensivo de las instituciones nombradas anteriormente, y abordadas una vez estas fueron trasladadas a los servicios de hospitalización.

El número total de las mujeres del estudio se determinó al obtener la saturación de la información. En la investigación cualitativa “el tamaño de la muestra debe determinarse con base en las necesidades de información; por ello uno de los principios que guía el muestreo es la saturación de datos, esto es, hasta el punto en que ya no se obtiene nueva información y esta comienza a ser redundante” (7).

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información se recolectó a través de la realización de una entrevista semiestructurada a cada una de las mujeres participantes en el estudio. La elaboración de las preguntas tuvo en cuenta los siguientes aspectos:

1. Formulación a la luz de la literatura y de los estudios acerca del proceso del manejo del síntoma.
2. Revisión de las preguntas en relación con su correspondencia y congruencia de acuerdo con lo planteado por el proceso del manejo del síntoma.
3. Concepto de expertos.
4. Organización de las preguntas en una secuencia lógica basados en el proceso del manejo del síntoma.
5. Ajustes de acuerdo con los resultados obtenidos en la prueba piloto.

La entrevista consta de 18 preguntas abiertas comenzando con la identificación de datos sociodemográficos, que fueron formuladas con el objetivo de identificar los factores que componen cada una de las etapas del proceso. Previo a la aplicación de la entrevista se realizó una revisión de las historias clínicas en busca de los criterios de inclusión. Las entrevistas fueron aplicadas a cada una de las mujeres por separado en momentos y lugares diferentes, previo diligenciamiento del consentimiento informado; cada una de las entrevistas fue grabada en su totalidad. La transcripción de la entrevista se realizó inmediatamente y al detalle, incluyendo lenguaje no verbal y condiciones del medio ambiente en el que se desarrollaba la misma.

MARCO DE ANÁLISIS

La técnica utilizada para el análisis y organización de la información obtenida en las entrevistas es el análisis de contenido, definida por Berelson como “una técnica de investigación para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de un comunicado” (8). Este proceso comenzó con la identificación de los constructos dados por la literatura: valoración del síntoma, medición de la capacidad de respuesta y selección del tipo de ayuda.

Posteriormente se determinaron las unidades de registro o de análisis; estas hacen referencia a las frases y palabras tal como fueron aportadas por las mujeres participantes en el estudio. Estas unidades fueron agrupadas según su relación en categorías temáticas y subcategorías. El contenido de las categorías codificado por la investigadora fue revisado por tres expertas en análisis de contenido y en la crítica del seminario de investigación.

El proceso de análisis de contenido se inició inmediatamente después de la recolección de los datos por medio de las entrevistas. La información obtenida por cada una de ellas fue transcrita al detalle y confrontada con los datos tomados del lenguaje no verbal utilizado por la paciente durante la entrevista.

RESULTADOS

- Los factores que intervienen en la demora en la solicitud de atención por parte de las doce mujeres del estudio son once. Cada uno de estos factores fueron revisados bajo la estructura del proceso manejo del síntoma descrito en estudios como el de Cadwell y Miller (2000) y principalmente en el estudio colombiano de De la Cuesta (1994). Los resultados se presentarán respondiendo al esquema expuesto en la figura 1, en la que se resumen los factores identificados en el desarrollo del estudio.

- Valoración del síntoma: experiencia con el dolor, desprotección de seres queridos, deseo de no preocupar a los otros, incapacidad, miedo a la muerte, subestimación del síntoma, atribución de la causa, características del dolor.

- Medición de la capacidad de respuesta: afrontamiento de los síntomas según las creencias.

- Selección del tipo de ayuda: dependencia de terceros y experiencias previas con proveedores de salud formales y legos.

- En el primer momento se pueden identificar dos factores de gran importancia dada la frecuencia encontrada llamados desprotección de seres queridos (“Yo soy papá y mamá, yo no puedo faltar”) y sentimiento de no preocupar a otros (“yo no quise que llamaran a mi mamá ni a nadie más porque para qué preocuparlos”). Cada uno de ellos influyó significativamente en las doce mujeres estudiadas debido a que se convirtieron en motivo para no solicitar atención en salud; esta situación podría sugerir que se sienten responsables por otros, y restan importancia a las necesidades propias.

- También se identifican en este primer momento las características del dolor; las mujeres describen el síntoma como: apretamiento, un peso encajado; para los síntomas asociados utilizaron expresiones como: ahogo, respiración trancada, asfixia, piel yerta, fría como una paleta, nervios, dolor en el lado derecho del pecho, dentadura destemplada. Cada una de estas sensaciones se relacionaron con otro factor llamado experiencia con el síntoma, el cual demostró la convivencia con los síntomas a lo largo del tiempo (“En la casa ya me había dado esto varias veces pero siempre se me quitaba”).

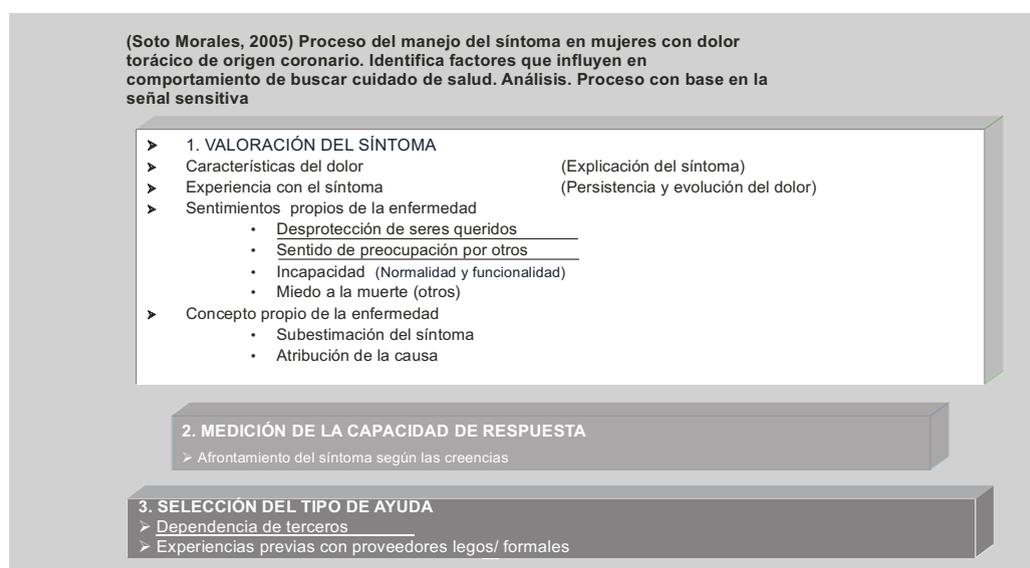


Figura 1. Proceso del manejo del síntoma resultado de la investigación.

- Existen otros factores que se relacionan estrechamente entre sí, y forman parte del primer momento; estos son: la subestimación de la enfermedad (“Yo no pensé que era del corazón y que fuera algo peligroso”), la atribución de la causa (“Yo pensé que ese dolor era un viento”), incapacidad y miedo (“Hasta pa’ trabajar me molestaba eso”, “Yo le pedía a Dios que no me dejara morir...”. “Yo no me quiero morir”). Cada uno de estos factores se relacionaron debido a que las mujeres estudiadas prestaron poca o ninguna importancia al síntoma, ya que lo atribuyeron a causas menos serias y de origen extracardiaco, por tanto aspectos como la pérdida de la funcionalidad generaron alarma en ellas.

- El segundo momento llamado medición de la capacidad de respuesta, reportó un factor denominado afrontamiento según las creencias, en el cual se demostró que las mujeres instauraron tratamientos caseros como un esfuerzo de mantener el control y reducir las amenazas (“Yo me tomé un agua caliente y más me dolió el pecho”). Este aspecto se relacionó directamente con la subestimación del síntoma y la atribución de la causa; las mujeres se tratan a sí mismas para mantener el control de la situación.

- El tercer y último momento, llamado selección del tipo de ayuda, reportó la aparición de un factor de gran importancia para las mujeres estudiadas denominado dependencia de terceros (“Mis hijos me vieron maluca entonces me dijeron que si me llevaban a urgencias... yo les dije que no porque tenía cita el viernes”, “como a los 45 minutos después que llegó mi hermana, ella me vio muy pálida y dijo... nos vamos ya pa’l hospital”). El estudio evidenció que otras personas fueron quienes tomaron la decisión de solicitar atención en salud; por tanto no fue iniciativa propia. Las experiencias previas con los proveedores de salud, tanto negativas como positivas, fueron determinantes para las mujeres y promovieron la solicitud de atención (“Cuando me empezó el problema, el médico me dijo que era la tensión pero que el corazón lo tenía bueno”).

- A su vez, se encontró enfermedad coronaria confirmada en mujeres menores de 45 años (6 corresponde al 50%), lo cual demuestra que la edad no es un factor excluyente de la patología coronaria. Es de resaltar que la información acerca de la ocupación nos indica que

más del 50% de las mujeres se encontraban sin empleo, situación generadora de estrés para ellas.

DISCUSIÓN

- La presencia del proceso del manejo del síntoma descrito en los estudios de Cadwell, Miller y De la Cuesta en cada una de las mujeres sujeto de estudio confirmó que este proceso genera una demora considerable para solicitar atención en salud cuando presentaron dolor torácico de origen coronario. Además se identificaron factores no descritos con anterioridad, los cuales son de gran importancia para las mujeres; estos son: desprotección de seres queridos, sentido de no preocupación por otros y dependencia de terceros. Cabe resaltar que para ellas es prioridad el bienestar de otros antes que su salud; además, el último factor demostró que las mujeres solicitaron atención solamente cuando otra persona insistió en consultar. Esta conducta podría sugerir que la mujer confía más en el criterio de otros que en el propio.

- Las mujeres estudiadas subestimaron el síntoma, debido a que no se sienten vulnerables a la enfermedad, situación ocurrida dada la edad del 50% de ellas (menor de 45 años), y a la presentación de los síntomas asociados al dolor torácico de origen isquémico cardiaco llamados inespecíficos en la literatura.

CONCLUSIONES

- Cada uno de los factores que componen los tres momentos del proceso del manejo del síntoma son secuenciales y se relacionaron entre sí, aspecto que fue comprobado a lo largo del estudio con factores como la descripción del síntoma, el cual influyó directamente en la subestimación y, por ende, en la atribución de la causa. Estas relaciones inherentes al proceso son fundamentales en la toma de decisiones acerca de solicitar atención médica o de enfermería.

- El estudio mostró la presencia de tres nuevos factores no descritos con anterioridad en los estudios revisados de Cadwell, Miller y De la Cuesta. Estos son: la influencia de terceros, la desprotección de seres queridos y el deseo de no preocupar a otros. Cabe resaltar que estos nuevos factores encontrados son de gran

importancia para el grupo estudiado dada la frecuencia en la cual fueron hallados (mayor de 10). Respecto a la influencia de terceros, el estudio evidenció que las mujeres solicitaron atención solamente cuando otra persona insistió en consultar. Esta conducta podría sugerir que la mujer confía más en el criterio de otros que en el propio.

- El estudio reporta la presencia de un periodo de demora en la solicitud de atención médica o de enfermería, durante el episodio de dolor torácico de origen coronario y sus síntomas asociados. El tiempo estimado de demora fue de una a más de 48 horas, teniendo en cuenta que la mayoría, correspondiente al 74,9% de las mujeres entrevistadas, demoró más de doce horas en solicitar atención médica o de enfermería. Este periodo de demora se convierte en un obstáculo para el inicio de tratamiento oportuno.

- Los resultados de la presente investigación deben guiar al grupo de enfermería en la valoración a la mujer con dolor torácico, con el objetivo de que se realice de manera integral teniendo en cuenta la presentación del cuadro clínico y el contexto sociocultural en que se desenvuelve el síntoma. Además, como miembro del equipo de salud, se debe educar a la mujer resaltando signos de alerta con el fin de detectar señales de alarma, para que ella se apresure en la solicitud de atención en salud.

- La diferencia en el proceso del manejo del síntoma y en los descriptores del mismo por parte de la

mujer deben ser introyectados dentro del pénsum de las facultades de Enfermería para que los estudiantes durante el cuidado de los colectivos puedan realizar procesos educativos dirigidos al grupo femenino de estas comunidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) MORTALIDAD global. Disponible en: www.dane.gov.co
- (2) SECRETARÍA de Salud del Tolima. Indicadores básicos de salud del Tolima, 2004.
- (3) DE VON, Holi A. y JOHNSON, Zerwick Julie. The symptoms of unstable angina. *Nursing Research*. Vol. 52, No. 2. March/April 2003.
- (4) GOLDSMITH, Connie. Women and heart disease an equal opportunity killer. En: *Nurse Week*. February 1999.
- (5) CADWELL, Mary y MIASKOWSKI, Christine, The Symptom Experience of angina in Women. En: *Nursing*. Vol. 1, No. 3, september 2000, pp. 69-78.
- (6) MILLER, Christine. Cue Sensitive in Women with Cardiac Disease. En: *Nursing Progress in Cardiovascular*. Summer 2000.
- (7) PÓLIT, Dense y HUNGLER, Bernadette. Investigación científica en ciencias de la salud. Editorial McGraw-Hill Interamericana, p. 288.
- (8) BARDIN, Laurence. *El análisis de contenido*, Madrid: Ediciones AKAL, 1977, p. 78.