

PERCEPCIÓN DE SÍNTOMAS DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

PERCEPTION OF SYMPTOMS OF INFARCTION

Diana Lozano*

Enfermera, MSP, Profesora Asociada Departamento Enfermería en Salud Colectiva, Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana

Claudia Córdoba

Enfermera, Magíster en Pediatría, Profesora Asistente, Departamento Enfermería en Salud Colectiva, Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana

Artículo recibido el 31 de agosto, 2008. Aceptado en versión corregida el 29 de octubre, 2008

RESUMEN

*Para establecer la percepción de los pacientes en relación con su experiencia frente a los síntomas de Infarto Agudo al Miocardio [IAM] (desde el tiempo transcurrido entre la aparición de los primeros síntomas hasta la decisión de acudir al servicio de urgencias médicas), se realizó un estudio cualitativo mediante una entrevista semiestructurada a setenta personas, quienes ingresaron al servicio de urgencias de dos hospitales en Bogotá, Colombia. Los resultados se agruparon en cuatro categorías relacionadas con el proceso de decisión frente a la necesidad de buscar tratamiento médico de urgencia: a) percepción e interpretación de los síntomas; b) percepción del riesgo de IAM; c) primera respuesta, y d) respuesta de otras personas ante los síntomas del paciente. En conclusión, el conocimiento acerca de los síntomas de IAM no siempre es suficiente para emprender acciones inmediatas frente al evento. Por lo tanto, los procesos cognitivos, emocionales, las creencias y los valores, así como el contexto donde ocurre el evento, deben considerarse en el diseño de las intervenciones de prevención, con el propósito de reducir el tiempo de retraso para dar inicio al tratamiento médico de urgencia. **Palabras clave:** Infarto de miocardio, factores de tiempo, urgencias médicas, conductas de salud.*

ABSTRACT

*To establish patients' perception regarding their own experience of symptoms of acute myocardial infarction [AMI], (the elapsed time between the onsets of the first symptoms, to the decision to seek emergency medical services), a qualitative study was performed. The study was done with semi-structured interviews of seventy patients, who were admitted with AMI at two hospitals in urban areas in Bogotá, Colombia. The results can be grouped into four categories that influence the decision making process to seek emergency care: (a) perception and interpretation of symptoms, (b) perceived risk for AMI, (c) first response, and (d) someone else's response to the symptoms. In conclusion, knowledge of AMI symptoms may be not enough to promote prompt action in the event of said occurrence. Cognitive and emotional processes, individual beliefs and values, and the context of where the event occurs should be considered in individual interventions designed to reduce delays in initiation of emergency medical treatment. **Key words:** Myocardial infarction, medical emergency, health behavior.*

*correspondencia e-mail: dianalozanopoveda@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Existe evidencia de las numerosas muertes por falta de atención en las primeras horas, después de experimentados los síntomas de Infarto Agudo del Miocardio [IAM] (Schull, Vermeulen, Slaughter, Morrison, & Daly, 2004). Asimismo, Johansson, Stromberg y Swahn (2002) demostraron reducción de la morbilidad y de la mortalidad cuando los pacientes con IAM recibían tratamiento médico en la primera hora, desde el comienzo de los síntomas. En este sentido, es importante iniciar el tratamiento médico lo antes posible, lo cual depende de la interpretación de los síntomas por parte del paciente, con el fin de tomar decisiones o acciones para su manejo (Walsh, Lynch, Murphy, & Daly, 2004).

El ingreso oportuno al hospital, ante la presencia de síntomas de IAM, está asociado con la reducción de la morbilidad y la mortalidad, especialmente, por la utilización de la terapia tromboembólica, ya que sus beneficios son evidentes cuando se administra dentro de las doce primeras horas de iniciados los síntomas. Está demostrado que su temprana aplicación, preferiblemente en las seis primeras horas, reduce tanto el tamaño del infarto como los índices de mortalidad (Fibrinolytic Therapy Trialists [FIT] Collaborative Group, 1994).

Con frecuencia, las personas con IAM retrasan en horas y, en ocasiones, en días la búsqueda del tratamiento, lo cual está relacionado con características personales como la edad, el género, los antecedentes familiares de enfermedad cardíaca, los antecedentes de eventos previos de IAM, entre otros (Kentsch et al., 2002). Por su parte Ryan y Zerwic (2003) encontraron que las personas mayores posponen por más tiempo la búsqueda de ayuda médica que los jóvenes. En cuanto al género, aunque durante todos los eventos de enfermedad las mujeres consultan más que los hombres, en las enfermedades cardíacas se ha reportado mayor retraso de tiempo en la búsqueda de atención médica por parte de ellas (Lefler & Bondy, 2004; Moser, McKinley, Dracup, & Chung, 2005).

Algunos estudios aseguran que 45% de los pacientes admitidos a los servicios de urgencias por IAM, no expresan ningún síntoma anterior, tan solo dos tercios de los pacientes con síntomas típicos los interpretan correctamente y, de ellos, la mitad toma la acción en el plazo de veinte minutos (Ottesen, Diken, Torp-Pedersen, & Kober, 2004). Por el contrario, otros autores muestran que aunque el 95% de las personas reconocen el dolor torácico como síntoma del Infarto Agudo de Miocardio, solo 11% clasifica correctamente todos los síntomas y decide llamar a la línea de emergencia ante un evento de estas características (Greenlund et al., 2001).

De esta manera, la interpretación incorrecta de los síntomas retrasa en un 50% la acción de acudir al servicio médico de urgencias. En consecuencia, quienes reconocen los síntomas de IAM presentan un impulso adicional para buscar ayuda cuando perciben esta situación como peligrosa. La reducción del tiempo también es clara en este tipo de personas porque muestra capacidad para encontrar opciones terapéuticas diferentes, las cuales influyen en la decisión tomada (Ottesen et al., 2003).

También se ha reportado que los antecedentes de enfermedad cardiovascular no se relacionan directamente con la respuesta ante un segundo episodio, lo cual se explica por procesos cognitivos como la negación y el olvido de situaciones estresantes o dolorosas ante un nuevo infarto (Rodríguez et al., 2001). Por lo tanto, la experiencia y la interpretación de los síntomas son una fuente importante de retraso en personas que experimentan IAM., en la medida en que la evaluación de los síntomas, la percepción del riesgo, las experiencias previas y los factores psicológicos, como el miedo y la negación, pueden retrasar la búsqueda de atención médica de urgencias.

Es posible afirmar que los estudios a nivel mundial sobre el manejo de los síntomas de IAM antes del ingreso al servicio de urgencias médicas hacen referencia a tres tendencias así: primera, a la relación entre las características sociodemográficas

y clínicas de los pacientes y el tiempo de retraso. Segunda, al análisis del contexto que rodea a la persona en el momento de tomar la decisión de acudir a urgencias. Tercera, a la identificación de factores cognoscitivos de la enfermedad cardíaca y el comportamiento implicado en la toma de decisiones para resolver los síntomas, es decir a las conductas buscadoras de salud.

Sin embargo, en la revisión bibliográfica realizada para el presente estudio no se identificaron investigaciones en Colombia en las tendencias mencionadas. Los resultados publicados sobre IAM hacen referencia a su comportamiento epidemiológico y/o al tratamiento intrahospitalario. Por ejemplo, Mora, Fajardo y Arteaga (2001) reportaron que en Colombia ocurren cinco eventos coronarios por hora y 45 muertes al día por esta causa. En el Hospital de Caldas (Zona cafetera de Colombia) Bedoya et al. (2004) registraron que entre 1996 y 2002 la mortalidad por IAM fue del 47%. Otro estudio realizado en una institución hospitalaria de Bogotá reportó mil doscientos casos de IAM al año de los cuales, el 82% fueron en personas a partir de cuarenta y cinco años de edad. En cuanto a la atención intrahospitalaria se hace referencia a los protocolos de manejo haciendo énfasis en la utilización de medios de diagnóstico e intervención del evento.

Esta falta de información respecto a la percepción de los pacientes frente a los síntomas de IAM en el medio colombiano, así como la importancia de una educación en salud efectiva y contextualizada antes de acudir al servicio de urgencias, motivó la realización del presente estudio con la participación de un grupo de pacientes que ingresaron por urgencias a dos instituciones hospitalarias de Bogotá con diagnóstico de IAM. El propósito de investigar la percepción de los pacientes frente al evento vivido, la identificación del conocimiento frente a la urgencia del IAM, la interpretación de sus síntomas y la respuesta ante los mismos, tanto del paciente como de su familia, ofrece información acerca de las conductas buscadoras de salud al momento de experimentar síntomas de IAM; asimismo elementos que

sirvan de insumo en el diseño de programas de comunicación en salud dirigidas a disminuir el tiempo transcurrido entre la aparición de los síntomas y la asistencia médica de urgencias (tiempo de retraso) y por ende disminuir la discapacidad y la mortalidad por esta causa.

El propósito de este estudio fue describir la percepción de síntomas de infarto agudo de miocardio en un grupo de pacientes con este diagnóstico en términos de la experiencia de los síntomas, las estrategias para su manejo y los resultados de las decisiones tomadas antes del ingreso al servicio de urgencias médicas.

Los objetivos específicos del mismo fueron describir las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes con IAM a través de la información directa de los pacientes y los registros clínicos y reconocer las experiencias, las estrategias y los resultados de las conductas buscadoras de salud ante la percepción de síntomas de IAM antes de recibir atención médica de urgencias.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cualitativo de tipo fenomenológico que permitió describir las experiencias vividas y experimentadas por los pacientes alrededor de los síntomas de IAM en dos hospitales de tercero y cuarto nivel de atención, entendiéndose que son los pacientes y sus familias las únicas fuentes de información confiables para responder el objetivo del presente estudio. Por lo cual, se realizaron entrevistas semiestructuradas a 70 personas vinculadas al régimen contributivo del Sistema de Seguridad Social en Salud, quienes ingresaron entre los meses de octubre y noviembre de 2007 al servicio de urgencias con diagnóstico de IAM.

Al momento de la entrevista, estas personas se encontraban en la unidad de cuidado intermedio, con un tiempo de evolución post-infarto entre tres y seis días y presentaban condiciones físicas y psicológicas estables para mantener una conversación durante 40 minutos aproximadamente; conversación relacionada con aspectos sociodemográficos, clínicos, factores de riesgo para enfermedad

cardiovascular y experiencia de los síntomas de IAM, desde su inicio hasta la decisión de buscar ayuda médica de urgencias.

La selección de los participantes en el presente estudio tuvo como criterios el diagnóstico médico de IAM, haber ingresado por el servicio de urgencias y encontrarse en la unidad de cuidados intermedios al momento de la entrevista. La muestra responde a las indicaciones para estudios fenomenológicos cuando se realiza una sola entrevista a cada participante y la cantidad de información es limitada como es el caso de la presente investigación, por lo que se realizó por saturación de contenidos, quedando constituida por setenta pacientes, con pacientes procedentes de dos instituciones hospitalarias.

En relación a los aspectos éticos, la investigación contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, además de la autorización de las dos instituciones hospitalarias donde se realizó el estudio. Asimismo, se explicó en detalle a cada participante los objetivos, los procedimientos, la necesidad de firmar el consentimiento informado y la posibilidad de abstenerse de participar en la entrevista, así como el uso que se hará de los resultados.

Recolección de la información

Teniendo en cuenta que el objetivo del estudio se centró en entender la percepción y experiencia de los síntomas de IAM en los términos de los participantes, el guión temático de la entrevista semiestructurada se construyó a partir de categorías identificadas en Europa y Estados Unidos que se ubicaron en las tres dimensiones establecidas en el Modelo Teórico de Manejo de Síntomas definido por la Facultad de Enfermería de la Universidad de California: experiencia de los síntomas, estrategias para el manejo de los síntomas y resultados sobre el estado de los síntomas (Dodd, 2001).

De tal manera que las preguntas por la percepción de los síntomas se orientaron a establecer los cambios ocurridos en términos de sensación o cognición de la persona frente al IAM y la relación que tuvo con la

búsqueda de atención para sus síntomas. También, las estrategias desarrolladas, en términos de la conducta propia y de otros frente a la enfermedad en los siguientes términos: ¿A quién se consultó? ¿En qué momento se consultó? ¿Dónde se consultó? y ¿por qué se tomó la decisión de consultar? Finalmente, se consideró el resultado producto del proceso de la decisión de acudir al servicio de urgencias para asistencia médica.

En suma, la entrevista quedó estructurada en tres partes: características personales y clínicas, experiencia de los síntomas y resultado sobre la decisión de acudir a urgencias. Las características personales indagadas fueron edad, sexo, estado civil, escolaridad, ingresos, vinculación al sistema de seguridad social, antecedentes clínicos y factores de riesgo para IAM. La experiencia de los síntomas incluyó la percepción de las personas frente a la gravedad, dolor y causa de IAM, primera respuesta y respuesta de otros. La información relacionada con el entorno hizo referencia a condiciones al momento de los síntomas en cuanto al lugar donde se encontraba la persona, si contaban con apoyo social, la hora y el día en que experimentaron los síntomas; además el medio de transporte utilizado para llegar al servicio de urgencias.

La validación del guión temático incluyó tres pasos. Primero, los temas a tratar en la entrevista se revisaron por enfermeras de los servicios de cardiología de las instituciones donde se adelantó el estudio (dos por hospital), enriqueciendo los temas a tratar en cada uno de los tres componentes de la entrevista. Segundo, cada una de las investigadoras realizó una entrevista lo cual permitió ajustes en términos del acercamiento inicial a los pacientes, la secuencia de la comunicación, la hora del día más indicada y el lugar del servicio para su realización. Tercero, a medida que se fue realizando cada entrevista se analizó de manera conjunta con el participante profundizando en las preguntas generadas por la misma información, asegurando el diálogo y el entendimiento.

Las entrevistas fueron realizadas en la unidad del paciente, con una duración promedio de 30 minutos, durante los cuales las personas narraron su experiencia, desde el inicio de los síntomas de IAM, su respuesta y la de sus acompañantes ante el evento, y la decisión de acudir al servicio de urgencias. La información fue confirmada con los familiares presentes en el momento del evento, mientras que las características sociodemográficas y los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular fueron corroborados en la historia clínica.

En el estudio participaron 45 hombres y 25 mujeres con un promedio de edad de 59 (de $\pm 12,9$) años, una mediana de 60 años, y un rango entre 30 y 92 años de edad. Los ingresos mensuales fueron de uno a cinco salarios mínimos (el valor del salario mínimo en el año 2007 fue \$408.000 colombianos). Respecto a los factores de riesgo, se estableció que más de la mitad fumaba, tuvo antecedentes de hipertensión arterial, de hiperlipidemias, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular, y algunos habían presentado un evento coronario en los últimos dos años. Por su parte, la mayoría refirió situaciones de estrés relacionadas con aspectos laborales y familiares en el momento del evento (Tablas 1 y 2).

En relación al tratamiento y a las medidas de control para los factores de riesgo referidos, los entrevistados manifestaron que utilizaban fármacos (antihipertensivos, hipoglicemiantes y medicamentos para controlar los niveles de colesterol); pero solo, un poco más de la cuarta parte de ellos cumplieron la prescripción médica; el resto de las personas señalaron dificultades en la consecución de consulta médica, para la reformulación de los medicamentos y los hombres, entre 39 y 59 años, consideraron que a su edad el organismo regula la enfermedad, por lo tanto, no requiere medicamentos. En general, las mujeres refirieron mayor adherencia a los tratamientos.

Análisis de la información

La interpretación y análisis de la información se realizó en dos niveles. El primer ni-

vel correspondió a una interpretación superficial durante el desarrollo de las entrevistas analizando la nueva información, generando nuevos códigos que enriquecieron los datos. El segundo nivel fue una interpretación profunda realizada al finalizar y transcribir todas las entrevistas para su edición alrededor de los temas propuestos en el modelo del manejo de los síntomas arriba citado.

Este procedimiento se aplicó de forma sistemática a cada texto leyendo e interpretando cada relato en torno a características personales, experiencia de los síntomas, estrategias de manejo y resultados; reconstruyendo las situaciones paradigmas, que si bien denotan contradicciones entre lo que pensaron los pacientes y lo que llevaron a la práctica, permitieron establecer patrones claros de la forma de percibir su enfermedad, lo cual fue ilustrado con casos que resumen la situación vivida como un todo en cada aspecto estudiado, estableciendo similitudes y variaciones.

RESULTADOS

Los resultados se agruparon en cuatro temas que a juicio de las investigadoras influyeron en la decisión de buscar atención de urgencias como la conducta buscadora de salud más eficiente ante la presencia de síntomas de IAM. Estos temas fueron: Percepción e interpretación de los síntomas de IAM; estrategias de intervención: primera respuesta y respuesta de otros ante los síntomas; y resultado de las estrategias de intervención sobre la decisión de acudir a urgencias. Cada tema estuvo compuesto por dos o tres dimensiones, y sus respectivas categorías (Tabla 2).

Percepción e interpretación de los síntomas

La interpretación de los síntomas fue descrita por los pacientes como un proceso dinámico, transcurrido desde su inicio hasta la decisión de acudir al servicio de urgencias, de comienzo lento y progresivo. La gravedad de los síntomas se consideró alta, media y baja de acuerdo con la percepción de los entrevistados, con la causa a la que

le atribuyeron los síntomas y su primera respuesta ante los mismos.

Quienes consideraron los síntomas experimentados de alta gravedad, pensaron que se trataba de IAM y acudieron de inmediato al servicio de urgencias. Por su parte, las personas que calificaron los síntomas de gravedad media, guardaron reposo y los atribuyeron a problemas respiratorios, digestivos y osteomusculares. Entretanto, los pacientes que consideraron los síntomas de baja gravedad continuaron sus actividades rutinarias y atribuyeron los síntomas a problemas digestivos y/o respiratorios. Algunas personas refirieron pródromos días anteriores al evento, lo cual demoró la decisión y produjo confusión respecto a la causa de IAM. En la Tabla 3 se relaciona un fragmento que ilustra la apreciación de los síntomas.

Percepción del riesgo de tener IAM

En cuanto a la percepción de la posibilidad de tener IAM, las personas que afirmaron llevar una vida saludable por sus hábitos de ejercicio, alimentación y control médico, en ningún momento consideraron que los síntomas se relacionaban con IAM. Una percepción similar manifestaron quienes tenían antecedentes de cirugía cardíaca, al considerar que el tratamiento quirúrgico recibido los protegía de un infarto (Tabla 4). Adicionalmente, las personas con antecedentes de IAM no interpretaron adecuadamente los síntomas, al percibirlos de manera diferente respecto al primer evento.

Respuesta ante los síntomas

En relación a las respuestas frente a los síntomas, algunas personas acudieron de inmediato al servicio de urgencias porque se encontraban cerca al hospital donde ingresaron o porque habían utilizado el servicio de urgencias en otra oportunidad y por otra causa. En otros casos las personas avisaron a alguien sobre sus síntomas (tres de estas personas consultó a un médico general, una persona tenía el día del evento cita con el cardiólogo y de las tres restantes, dos llamaron a un amigo y la tercera persona le

avisó de sus síntomas al hijo); en contraste, la mitad de los entrevistados prefirió esperar que pasaran los síntomas y continuar con sus actividades de rutina. La Tabla 5 ilustra la respuesta ante los síntomas.

En cuanto a la respuesta emocional frente a los síntomas de IAM, en general, la primera reacción fue asociarlos con alguna enfermedad anterior que no revestía gravedad, por lo tanto, era cuestión de calmarse y esperar que pasaran espontáneamente. Aunque algunas de las personas, especialmente los hombres con factores de riesgo (hipercolesterolemia, obesidad y/o tabaquismo), quienes ya habían sido advertidos sobre la posibilidad de IAM por el médico, pensaron que podría tratarse de infarto, muy pocos acudieron inmediatamente al servicio de urgencias; la mayoría prefirió esperar. Las expresiones relacionadas con la respuesta emocional, se ilustran en la Tabla 6.

Respuesta de otros ante los síntomas

Respecto a la respuesta de otra persona ante los síntomas, se pudo establecer que el principal apoyo fue del cónyuge, seguido de los hijos, aun en los casos en que no convivían con el paciente. En general, el primer respondiente fueron las personas que en el momento convivían con el paciente. Dentro de las estrategias sugeridas al paciente para el manejo de los síntomas se encontró la relajación, la ingestión de analgésicos y antiácidos y la implementación de remedios caseros, como agua aromática de toronjil.

Por su parte, algunos acompañantes de los pacientes (en especial, vecinos o amigos) optaron por llamar al servicio de urgencias, mientras otros prefirieron trasladarlo de inmediato a la unidad de salud; en este último caso, se trató en la mayoría de los casos de esposos e hijos que no conviven con el paciente (cuando el evento tuvo lugar en el hogar), así como compañeros de trabajo y amigos, si el IAM se produjo en un sitio público. En la Tabla 7 se recogen las expresiones de algunos acompañantes.

Resultados del manejo de los síntomas

Los participantes en el estudio, consideraron que factores como la compañía de alguien cercano durante el evento; la hora, el día y el lugar donde se iniciaron los síntomas; y el medio de transporte utilizado para dirigirse al hospital, incidieron sustancialmente en la decisión de acudir al servicio de urgencias.

De esta manera, si los síntomas iniciaron el fin de semana, tanto el paciente como su familia prefirieron acudir al hospital hasta el lunes, prolongando así el tiempo de decisión. Asimismo, la decisión se postergó cuando el IAM ocurrió en las horas de la noche. En cuanto al lugar donde se encontraba el paciente, si era un lugar público o el espacio de trabajo, el tiempo de decisión disminuyó en relación con los pacientes que se encontraban en el hogar.

El medio de transporte, como se mencionó, también incidió en el tiempo de retraso para algunos pacientes. Por ejemplo, quienes se trasladaron hasta el servicio de urgencias en taxi o vehículo particular, esperaron un promedio de 40 minutos más, que quienes ingresaron al servicio en ambulancia.

DISCUSIÓN

Entendiendo que la investigación cualitativa no pretende inferencias ni generalizaciones a grupos diferentes al estudiado, las experiencias relatadas por las setenta personas entrevistadas ofrecen información que contribuye a complementar las recomendaciones y los contenidos de la información en salud, dirigida al público en general y a las personas con mayor probabilidad de sufrir un IAM.

En términos generales, al igual que la mayoría de estudios relacionados con el tiempo de retraso en el tratamiento oportuno de IAM, el presente trabajo encontró que un porcentaje importante de las personas que experimentan síntomas no acude al servicio médico de urgencias, antes de dos a seis horas del inicio de los mismos; tan solo el nueve por ciento de los pacientes llegaron a la institución de salud antes de la primera

hora de haberse iniciado los síntomas. Este tiempo de retraso favorece la lesión de la musculatura cardíaca y, por lo tanto, el riesgo de morir (Siminiak et al., 2005).

En cuanto al proceso de solicitar atención médica, los resultados obtenidos en este estudio son consistentes con los múltiples factores que llevan a las personas con IAM a retrasar la atención médica de urgencias, lo cual ha sido ampliamente documentado. En la revisión bibliográfica realizada para esta investigación, se encontró que los factores más importantes están relacionados con: a) las medidas terapéuticas iniciales que realiza el paciente y/o su familia para atender la sintomatología (Svedlund & Danielson, 2005); b) la decisión del paciente de no asistir al servicio de urgencias por considerar que la situación de enfermedad experimentada no lo amerita (Walsh et al., 2004); c) la demora en la atención médica por parte del equipo de salud, ante la incredulidad frente a un posible caso de IAM (Grossman et al., 2003); y d) el tipo de transporte utilizado para el desplazamiento a la institución de salud (Hitchcock, Rossouw, McCoubrie, & Meek, 2003).

Por su parte, los factores relacionados con el tiempo de retraso para recibir atención médica evidenciados en el presente estudio son: culturales; de género; edad; conocimiento de antecedentes de IAM en la familia; antecedentes personales de enfermedad cardíaca; percepción de la gravedad de la situación, y la atribución de los síntomas a problemas cardíacos.

Algunas investigaciones aseguran que el retraso de los pacientes en la búsqueda de ayuda médica de urgencias parece ser un comportamiento similar, tanto en países orientales como occidentales (McKinley et al., 2004); sin embargo, otros aseguran que existen marcadas diferencias en la conducta buscadora de salud de un país a otro, y se presenta como ejemplo los pacientes de los Estados Unidos en relación con los de Japón. Para los primeros se estableció una mayor probabilidad de buscar asistencia médica de urgencias en el veintitrés por ciento de los casos, frente al diez y seis por ciento

para los pacientes del Japón. Esta conducta no solo incluye la asistencia al servicio de urgencias, sino también el uso de la línea de emergencias médicas.

En este mismo sentido, los americanos presentaron una intención de búsqueda de ayuda médica inmediata superior a los Japón (Liao, Whellan, Tabuchi & Schulman, 2004). Al respecto, para el caso de este estudio, se encontró que los pacientes buscan ayuda médica asistiendo directamente a los servicios de urgencias conocidos o acudiendo al servicio de salud donde tienen inscrita la historia clínica; en ningún caso se utilizó la línea de emergencia 123 ofrecida por el gobierno de la ciudad, como una posible ayuda para enfrentar el evento; situación explicable ante la reciente introducción de dicha línea.

CONCLUSIONES

Si bien el presente estudio coincidió con los hallazgos de investigaciones realizadas especialmente en Estados Unidos y Europa, mostrando que la decisión de buscar ayuda médica de urgencias es un proceso complejo, en el que no son suficientes los conocimientos sobre los síntomas o las acciones a seguir en caso de IAM. Los aportes novedosos comprenden, en primer lugar, la caracterización de las conductas buscadoras en pacientes colombianos porque las coincidencias se corroboran ofreciendo un contexto real; y en segundo lugar, cabe destacar la importancia de los lazos familiares en la población colombiana ante situaciones de emergencia de salud.

Sin duda otro hallazgo importante, es que a pesar de la gravedad de los síntomas, las personas, especialmente las mujeres se toman su tiempo para decidirse a buscar ayuda médica y continúan su rutina y/o prefieren acudir al médico asignado, ignorando el carácter urgente de los síntomas. Por su parte los hombres, tienden a subestimar la gravedad de los síntomas, inclusive en los casos en que tuvieron la certeza de presentar el IAM. Queda claro y así lo manifestaron la mayoría de los pacientes durante la

entrevista, que es necesario insistir ante el público en general sobre los síntomas del IAM y sobre el tratamiento médico de manera oportuna.

Por lo tanto, el diseño de mensajes educativos con las distintas actitudes que asumen las personas frente a la sintomatología cardíaca, específicamente el “dolor de pecho” y la gran variedad de conductas buscadoras de salud, de acuerdo con el contexto social en el que se encuentra inscrito el paciente, lograrán mayor impacto en las audiencias que los reciban. Sin embargo, es probable que dentro del aspecto social de la orientación sobre el IAM, no solo deba contemplarse la idea de la conducta del paciente en la etapa prehospitalaria, sino también las características de la atención de los servicios de emergencia, lo que ameritaría la educación permanente en los servicios médicos en general, incluyendo a todo el equipo de salud.

AGRADECIMIENTOS

De manera especial se agradece a las setenta personas que, a pesar de su situación de salud, participaron en las entrevistas del estudio relatando su experiencia de manera incondicional. Igualmente, a la Vicerrectoría Académica de la Pontificia Universidad Javeriana, por el apoyo económico de la Propuesta 00000259, Proyecto 000272, y a la Facultad de Enfermería por brindar los recursos necesarios para la realización de la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bedoya, T., Díez, D., Loaiza, J., Valencia, J., Vergel, M., Castaño, O., et al. (2004). Estudio descriptivo sobre infarto agudo de miocardio en el Hospital de Caldas entre los años 1996-2002. *Colombia Médica*, 35(3), 127-131.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Fibrinolytic Therapy Trialists Collaborative Group. (1994). Indications for fibrinolytic

- therapy in suspected acute myocardial infarction: collaborative overview of early mortality and major morbidity results from all randomized trial of more than 1000 patients. *Lancet*, 343, 311-322.
- Greenlund, K. J., Keenan, N. L., Giles, W. H., Zheng, Z. J., Neff, L. J., et al. (2004). Public recognition of major signs and symptoms of heart attack: seventeen states and the US Virgin Islands, 2001. *American Heart Journal*, 147(6), 1010-1016.
- Grossman, S. A., Brown, D. F., Chang, Y., Chung, W. G., Cranmer, H., Dan, L., et al. (2003). Predictors of delay in presentation to the ED in patients with suspected acute coronary syndromes. *American Journal of Emergency Medicine*, 21(5), 425-428.
- Hitchcock, T., Rossouw, F., McCoubrie, D., & Meek, S. (2003). Observational study of prehospital delays in patients with chest pain. *Emergency Medicine Journal*, 20(3), 270-273.
- Johansson, I., Stromberg, A., & Swahn, E. (2004). Factors related to delay times in patients with suspected acute myocardial infarction. *Heart & Lung*, 33(5), 291-300.
- Kentsch, M., Rodemerk, U., Muller-Esch, G., Schnoor, U., Munzel, T., Ittel, T. H., et al. (2002). Emotional attitudes toward symptoms and inadequate coping strategies are major determinants of patient delay in acute myocardial infarction. *Zeitschrift fur Kardiologie*, 91(2), 147-155.
- Lefler, L. L. & Bondy, K. N. (2004). Women's delay in seeking treatment with myocardial infarction: a meta-synthesis. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(4), 251-268.
- Liao, L., Whellan, D. J., Tabuchi, K., & Schulman, K. A. (2004). Differences in care-seeking behavior for acute chest pain in the United States and Japan. *American Heart Journal*, 147(4), 630-635.
- McKinley, S., Dracup, K., Moser, D. K., Ball, C., Yamasaki, K., Kim, C. J., et al. (2004). International comparison of factors associated with delay in presentation for AMI treatment. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3(3), 225-230.
- Mora, P., Fajardo, H., & Arteaga, J. (2001). Evaluación del dolor Torácico y las unidades de dolor torácico. *Revista de la Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia*, 223-230.
- Moser, D. K., McKinley, S., Dracup, K., & Chung, M. L. (2005). Gender differences in reasons patients delay in seeking treatment for acute myocardial infarction symptoms. *Patient Education and Counseling*, 56(1), 45-54.
- Ottesen, M. M., Dixen, U., Torp-Pedersen, C., & Kober, L. (2003). Prehospital behaviour of patients admitted with acute coronary syndrome or witnessed cardiac arrest. *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 37(3), 141-148.
- Ottesen, M. M., Dixen, U., Torp-Pedersen, C., & Kober, L. (2004). Prehospital delay in acute coronary syndrome - An analysis of the components of delay. *International Journal of Cardiology*, 96(1), 97-103.
- Rodríguez, R. M., Passanante, M., Phelps, M. A., Dresden, G., Kriza, K., Carrasco, M., et al. (2001). Delayed emergency department presentation in critically ill patients. *Critical Care Medicine*, 29(12), 2318-2321.
- Ryan, C. J. & Zerwic, J. J. (2003). Perceptions of symptoms of myocardial infarction related to health care seeking behaviors in the elderly. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(3), 184-196.
- Schull, M. J., Vermeulen, M., Slaughter, G., Morrison, L., & Daly, P. (2004). Emergency department crowding and thrombolysis delays in acute myocardial infarction. *Annals of Emergency Medicine*, 44(6), 586-588.
- Siminiak, T., Fiszer, D., Jerzykowska, O., Grygielska, B., Rozwadowska, N., Kalmucki, P., et al. (2005). Percutaneous trans-coronary-venous transplantation of autologous skeletal myoblasts in the treatment of post-infarction myocardial contractility. *European Heart Journal*, 26(12), 1188-1195.
- Svedlund, M. & Danielson, E. (2005). Myocardial infarction: narrations by afflicted women and their partners of lived experiences in daily life following an acute myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 14(3), 405-406.
- Walsh, J. C., Lynch, M., Murphy, A. W., & Daly, K. (2004). Factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction: an evaluation of the Self-Regulatory Model of illness behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(1), 67-73.

Tabla 1: Características sociodemográficas de los participantes.

	Características	Número	Porcentaje
Edad	39 – 48	19	27,1
	49 – 58	18	25,7
	59 – 68	16	22,8
	69 – 78	12	17,1
	79 – 88	4	5,7
	89 – 92	19	1,4
Sexo	Varón	45	64,3
	Mujer	25	35,7
Estado civil	Soltero	7	10,0
	Casado	40	57,1
	Unión Libre	12	17,1
	Separado/divorciado	2	2,8
	Viudo	9	12,8
Nivel educacional	Primaria	20	28,6
	Secundaria	29	41,4
	Universitaria	17	24,3
	Ninguno	4	5,7
Ocupación	Asalariado	16	22,8
	Empresario	9	12,8
	Hogar	15	21,4
	Informal	13	18,6
	Pensionado	17	24,3

Tabla 2: Factores que influyeron en el tiempo de la decisión**Factores que influyeron en el tiempo de la decisión**

Percepción e interpretación de los síntomas
 Percepción del riesgo de IAM
 Primera respuesta ante los síntomas
 Respuesta de otra persona

Tabla 3: *Apreciación de síntomas*

Apreciación de síntomas	
E9:	Hombre, edad 46 años. Tiempo de decisión: 5 horas.
Síntomas:	<p>Sentí opresión del pecho a las 10:00 AM estando en la casa. A la 1:00 PM se me intensificó después de almorzar. Pensé que era gastritis ocasionada por el almuerzo y un jugo de naranja que tomé. Como tuve vómito y el dolor del pecho aumentó, llamé por teléfono a mi esposa, le describí los síntomas y me sugirió que fuera al hospital inmediatamente. Le pedí a la vecina del segundo piso que me acompañara en un taxi que se demoró 45 minutos. Aunque el hospital queda lejos de la casa, lo preferí porque tengo historia y conozco el hospital hace años. El dolor disminuyó un poco después de vomitar. Me parece que tuvo intensidad de cuatro.</p> <p>Desde los últimos tres meses sentí ardor en el pecho pero me pasó. Yo había consultado al médico, me ordenó exámenes de colesterol que realicé pero no llevé los resultados al médico.</p> <p>Considero que el exceso de trabajo desencadenó el infarto porque el último mes trabajé de manera continua hasta las doce de la noche.</p> <p>Mi padre falleció de paro cardíaco, el hermano tuvo dos paros cardíacos y tiene marcapaso, otro hermano falleció de paro cardíaco, tengo una hermana con colesterol y triglicéridos alto y mi tía de 33 años y primo de 30 años también están amenazados por el corazón.</p>

Tabla 4: *Percepción del riesgo*

Percepción del riesgo	
E32:	Hombre, 71 años de edad, casado. Tiempo de decisión: 69 horas.
Síntomas:	<p>He sufrido del corazón hace 10 años, me hicieron una angioplastia hace 10 años y me volvió a molestar el corazón y me hicieron hace 7 años cirugía de corazón abierto. Estaba en Cachipay, el domingo llamé por teléfono a mi hija que estaba aquí en Bogotá porque ya me sentía mal. Me empezó en esta ocasión estando de pie un fuerte dolor en el hombro y se me pasaba a la espalda y al pecho. En ningún momento sentí dolor en el pecho ni en los brazos como en las ocasiones anteriores El dolor lo califico con 4.</p> <p>El lunes viajamos y mi esposa sacó la cita en el hospital por consulta externa, la dieron para el jueves. Ese día lunes estuve mal todo el día. Mi esposa me aconsejó que estuviera acostado y tomara agüita de toronjil por si acaso era algo del corazón. Hasta el martes acudimos a urgencias a las 9 de la mañana, porque ese día me empezó el dolor más fuerte. No sabíamos para donde coger, en ese transcurso de tiempo estuve en reposo.</p>

Tabla 5: *Respuesta ante los síntomas.*

Respuesta ante los síntomas	
E35:	Mujer, edad 54 años. Tiempo de decisión: 15 horas 40 minutos.
Síntomas:	<p>El sábado a las seis de la mañana estaba durmiendo y me despertó un dolor en el brazo izquierdo que pasó al pecho y se me subió la tensión. El dolor fue de 4. Se me dormía la mano y un dolor horrible me oprimía al pecho. Yo pensé que era un IAM porque me dolió el brazo izquierdo, entonces me fui caminando durante 30 minutos al servicio médico por cita prioritaria, yo creía que caminando se me pasaba. Cuando me dirigía al centro médico me antojé de una presa de pollo y un buñuelo y lo compré porque pensé, si me muero que muera llena. Durante la caminata sentía que me iba a desmayar, me estaba fatigando mucho.</p> <p>Al llegar me atendieron y el médico me dijo que tenía la presión muy alta, me ordenó un medicamento y que debía quedarme una hora en reposo y volviera para una valoración. La pastilla me la tomé a las 10:30 AM, hasta que la compré porque el servicio médico no da esa droga. No me hizo nada. Me aumentó el dolor ya no podía mover el brazo. Me devolví para la casa y de regreso me comí la presa de pollo, llegué a la casa hacia la 1 PM. Me senté y me acosté.</p> <p>Por la noche, el dolor fue insostenible, fui a la droguería, me tomaron la tensión arterial y la tenía en 170/100, me dijeron que me fuera para el hospital inmediatamente. A las 6:30 PM tomé un transporte colectivo en compañía de una nuera, me sentía muy fatigada, llegamos a urgencias a las 7:00 PM y me atendieron a las 8:30 PM Yo dije: estoy mal del corazón porque el celador no me dejaba entrar. Me hospitalizaron inmediatamente.</p>

Tabla 6: Respuesta emocional

Respuesta emocional	
E27:	Mujer, 71 años.
Síntomas:	El domingo como a eso de las 8 de la mañana empecé a tener un dolorcito de cabeza y lo sentía en la mitad de la cabeza, el pecho y el brazo del lado izquierdo casi no lo podía mover y me tomé un vasito de agua y me acosté y así varias veces tomaba agua y me acostaba, se me pasaba luego me levantaba y seguía haciendo oficio. El día lunes me pasó lo mismo: dolor de medio lado me tomaba la agüita y me acostaba durante todo el día. El martes seguí con el mismo dolor de cabeza, espalda, pecho y brazo y a medida que transcurría el día el dolor era más permanente, prácticamente no me podía levantar.
E11:	Hombre, 47 años de edad.
Síntomas:	En ningún momento el paciente pensó que se trataba de un problema del corazón, pensaba que podría ser una inflamación de un nervio y por eso el dolor del brazo izquierdo. Sentí dolor en el pecho, espalda, antebrazos. Le avisé a la esposa me dio un Dolex. No pensé que era el corazón porque creía que solo era del corazón cuando dolía el brazo izquierdo únicamente. Además, el día anterior había estado subiéndome árboles, haciendo esfuerzos musculares que no acostumbraba, entonces pensé que era una "fiebre muscular" porque empecé a sudar.
E23:	Mujer, 72 años de edad.
Síntomas:	Cuando me empecé el dolor de las piernas que luego se me subió al pecho y el brazo izquierdo, pensé que eran calambres. Lo primero que pensé fue irme para la clínica. Yo pensé que era la circulación de la sangre y por eso me dolían los pies. La primera reacción de mi hija fue darme una agüita de toronjil pero no me la tomé. Le pedí a la hija que me llevara a la clínica...
E9:	Hombre, 49 años de edad
Síntomas:	En ese momento pensé que me iba a morir, nunca sospeché que fuera del corazón. Creía que me iba a morir. Cuando llegué a la casa le dije a la esposa que vengo a morirme de verdad. Sírvame la comida, pero solo pude comer tres cucharaditas y una agua de panela con toronjil que eso es muy bueno para el atoramiento. Ya estaba advertido por el médico como desde hace tres años porque tengo el colesterol alto, los triglicéridos altos me han formulado tratamiento de Lobastatina, Metropolol y Aspirina. La verdad, no he sido constante con la medicación porque me siento más enfermo cuando la tomo.

Tabla 7: Respuesta de otro.

Respuesta de otro	
E34:	Hombre, 43 años de edad.
Síntomas:	Me cogió un dolor de cabeza el domingo a las 8 de la noche, sentía que la cabeza se me rajaba, vomité, me cogió dolor en el pecho insoportable, opresivo, ardor, hasta el hombro y se regó por todo lado. Tome agua y más vomitaba, estaba con mi esposa. Ella insistía que lo llevo a urgencias. Yo no creía necesario, al fin llegamos en un taxi que se demoró 40 minutos. A las 10 de la noche entramos al hospital...
E38:	Hombre, 76 años de edad.
Síntomas:	Fue tan rápido que mi esposa me llevó directamente a urgencias porque ya tenía recomendaciones para acudir a urgencias inmediatamente en caso de presentar síntomas. Este es el tercero. Me empezó el dolor de intensidad 5, era continuo, opresivo, la respiración escasa, dolor a la espalda y decaimiento, se tomó una aspirina y a las 10 PM. Le siguió el malestar y pensó que le daba estando lo mismo que la primera vez. Mi esposa llamó por teléfono al servicio de ambulancia para venirme a la clínica.
E45:	Hombre, 71 años de edad.
Síntomas:	Desde hace tres días se me dormía el brazo izquierdo, se demoraba dos minutos y pasaba. Al otro día me dolió el brazo y el pecho. Mi esposa me dijo que me relajara y me dio agua de toronjil. El sábado me sentía muy cansado, con ahogo y con dolor y ese día del desespero salí al parque un vecino me dijo: "yo le tengo el remedio 7 hojas de agua de anon porque mi mujer sufría del corazón y se mejoraba". Las cocino y se las tomó y se le quitó el dolor hasta el domingo...