

ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE LA DEMORA PREHOSPITALARIA EN EL IAM EN LAS MUJERES

Autoras

Peiró Andrés MA*; Sierra Talamantes C*; Zamorano Lluesma M*; Muñoz Izquierdo A**; Almela Zamorano M****

* Enfermera de la Unidad Coronaria del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, profesora asociada del Departamento de Enfermería de la Universidad de Valencia.

** Enfermera de la Unidad Coronaria del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

** Enfermera de Oncología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

**** Licenciada en psicología. Universidad de Valencia.

Resumen

Diversos estudios evidencian que la demora en la aplicación del tratamiento en el IAM es superior en las mujeres. La confirmación de esta evidencia suscitó nuestro interés por conocer la esencia, naturaleza y los motivos de este comportamiento, en relación con la demora prehospitalaria.

- El objetivo de nuestro trabajo fue el análisis fenomenológico de las razones de la demora en la demanda de asistencia por parte de las mujeres y la percepción de la gravedad del proceso.

- Metodología: Análisis cualitativo descriptivo utilizando el relato biográfico, previo consentimiento del paciente. La fuente de información es una entrevista semi-estructurada, de cada entrevista evaluando validez y fiabilidad de las narraciones, el rol del entrevistador fue participante-observador. La recogida de datos fue mediante grabación-trascrición, su análisis se realizó mediante categorizaciones posteriores. El escenario del estudio: la Unidad Coronaria dentro de las primeras 24 horas del ingreso, número de entrevistas 34, validas 31.

- Resultados: El 40% afirma no percibir la gravedad, el 60% la percibe.

De la categorización de las causas: 1º Evitar causar problemas a la familia; 2º Acabar de realizar tareas domesticas; 3º Confusión en el diagnóstico por parte del profesional sanitario que le atendió

- Conclusiones: No se evidencia relación directa entre la percepción de la gravedad y la demora prehospitalaria. La causa de la demora, en la mayoría de los casos, es atribuible a la propia mujer que antepone no alterar la situación familiar, y a las dificultades en el diagnóstico. Se hace necesaria la realización de campañas de educación sanitaria específicas para mujeres.

Palabras clave: Infarto agudo de miocardio, demora, mujeres.

CAUSES OF PRE-HOSPITAL DELAY IN AMI FEMALE PATIENTS

Abstract

Several studies have shown that the delay in the application of the treatment in AMI patients is superior among women. The confirmation of this evidence aroused our interest for knowing the origin and causes of this behaviour with regards to the pre-hospital delay.

- The aim of our work was to carry out a phenomenological analysis of the causes of delay of the women's demand of assistance, as well as their perception of the seriousness of the situation.

- Methodology: Qualitative and descriptive analysis using biographical account, always with the patient's consent. The source of information is a partially structured interview. It assesses the values and reliability of the narrations; being the role of the interviewer both observer and participant. The Data Collection was carried out by means of recording and transcription. Its analysis was done in an ulterior categorization. The setting of the study was the Coronary Care Unit (CCU) within the 24 hours after the admission of the patient. 31 out of 34 interviews were valid.

- Results: 40 per cent of the interviewed state that they do not notice the seriousness, whereas 60 per cent do perceive it.

Categorization of causes: 1st to avoid problems with their relatives, 2nd Will to do the housework, 3rd confusion in the diagnosis given by the paramedic who cared of her.

- Conclusions: There is not a clear direct relationship between the perception of the seriousness and the

pre-hospital delay. In most cases, the cause of the delay might be ascribed to the women herself, who gives preference to the stability of her family. Nevertheless, it may be also due to the difficulties when establishing the diagnosis. It becomes necessary to carry out Health Education campaigns specifically for women.

Key words: Acute myocardial infarction, angioplasty, delay, women.

«Puede ser triste pero no sorprendente que las mujeres hayan sido tratadas demasiado a menudo sin equidad en las relaciones sociales, en la política, en los negocios, en la educación, en la investigación y en la asistencia sanitaria.»

Bernardine Healy (El síndrome de Yentl, 1991)

Enferm Cardiol. 2007-2008; Año XIV-XV (42-43): 29-33

Dirección para correspondencia

Amparo Peiró Andrés. Enfermera.
Unidad Coronaria del Consorcio Hospital General
Universitario de Valencia.
Tfno: 661 394 365.
Correo electrónico: peiro_amp@gva.es

Introducción

Desde que se reconoció el papel crucial de la fisiopatología del infarto agudo de miocardio (IAM), se ha demostrado en numerosos estudios (GISSI I, ISIS-2, GUSTO1) que la reperusión precoz de la arteria ocluida conlleva una disminución en el tamaño del infarto, una mejor función ventricular y una reducción de la morbimortalidad¹. Algunos autores han admitido que la aplicación del trombolítico reviste la misma urgencia que el tratamiento de la parada cardíaca²

En cuanto a las mujeres, diversos estudios advierten el riesgo de mortalidad precoz, y peor pronóstico en las mujeres, así como que se llevan a cabo menos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que en los hombres: los datos del National Registry of Myocardial Infarction 2 de EE.UU. advirtieron que el riesgo de mortalidad precoz en las mujeres jóvenes era mayor respecto a los hombres, disminuyendo progresivamente con la edad; aconsejando considerar a las mujeres jóvenes con IAM grupo de alto riesgo³. Dándose la circunstancia de que en las mujeres hospitalizadas con cardiopatía isquémica es frecuente que se lleven a cabo menos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que en los hombres⁴; este déficit en intervencionismo respecto a los hombres sucede a pesar de la superior gravedad evolutiva de la enfermedad coronaria en las mujeres⁵.

El componente del retraso debido al paciente es responsable, según Weaver, de más del 65% del tiempo total desde el inicio de los síntomas a la iniciación de los tratamientos de reperusión. Variables que se han asociado con el retraso son: la edad avanzada, el sexo femenino, el inicio de la clínica en la madrugada, la percepción de falta de severidad de la sintomatología o el desconocimiento por parte del paciente de su riesgo de sufrir cardiopatía isquémica⁶

En España, la incidencia del infarto agudo de miocardio (IAM) en las mujeres es inferior a la de los varones en todos los grupos de edad⁷; y se manifiesta en la mujer con unos años de retraso respecto al hombre, el menor número de pacientes del sexo femenino en las Unidades de Cuidados Intensivos Coronarios (UCIC) se ha interpretado más como un efecto de discriminación por edad que por sexo⁸. La consideración de estos estudios como indicativos de una menor frecuencia del IAM en la mujer, ha contribuido a la discriminación sufrida por las mujeres, en los programas de prevención primaria y secundaria⁹.

En la Comunidad Valenciana el Registro PRIMVAC (Registro del Infarto Agudo de Miocardio en Valencia, Alicante y Castellón), ha recogido una muestra de 10.213 pacientes (2.408 mujeres, el 23,8%) que ingresaron en las UCIC de 17 hospitales de la Comunidad con el diagnóstico de IAM durante un periodo de cinco años (1995-1999) y ha permitido estudiar las diferencias en las características basales y evolutivas así como de tratamiento y procedimientos diagnósticos y terapéuticos entre mujeres y hombres. En el PRIMVAC, respecto a la administración de tratamiento trombolítico, el retraso total fue superior en el subgrupo de mujeres (mediana: 210 min) con relación a los hombres (mediana: 180 min). No hubo diferencias significativas en el tiempo puerta aguja entre ambos sexos. Las diferencias no se deben atribuir, por lo tanto, al sistema sanitario sino a la demora prehospitalaria⁽¹⁰⁾. Las mujeres, los mayores de 74 años y los diabéticos han sido los subgrupos de pacientes en los que se ha observado mayores retrasos en acudir a los hospitales participantes. La mediana del retraso prehospitalario fue de 150 minutos en las mujeres, 140 en los mayores de 74 años, 137 en los pacientes diabéticos y 120 minutos en los varones¹⁰.

Las conclusiones del estudio PRIMVAC, nos llevó a estudiar si también en nuestro hospital la demora podía atribuirse al paciente (demora prehospitalaria) nuestros resultados en una muestra de 38 hombres y 29 mujeres, al 13% de hombres y al 24% de mujeres no se les aplicó trombolítico por demora superior a 360'. En los hombres la media de demora fue: 61' demora prehospitalaria, 32' transporte y 30' puerta- aguja. En las mujeres, la media de demora

fue: 86' demora prehospitalaria, 37' transporte y 40' puerta- aguja¹¹.

La confirmación de esta evidencia suscita nuestro interés por conocer la esencia, naturaleza y los motivos de este comportamiento; y nos lleva a investigar cuales son las razones por las que la mujer retrasa más el tiempo de la demanda de asistencia sanitaria en el caso de un ataque cardiaco.

El objetivo de este estudio fue 1º) Análisis de los fenómenos y las razones de la demora en la demanda de asistencia sanitaria en las mujeres que han sufrido un ataque cardiaco.

2º) Conocer la percepción de la gravedad de este evento en las mujeres; pues pensábamos que ésta podría estar relacionada directamente con la demanda en la asistencia.

Metodología

Mediante una entrevista y el relato biográfico, nuestro objetivo fue conocer las razones de la demora prehospitalaria en las mujeres, cuales fueron las razones que motivaron su tardanza en solicitar asistencia sanitaria. Para ello empleamos un método descriptivo dentro del análisis cualitativo.

El escenario del estudio (unidad de observación) fue la Unidad Coronaria del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, unidad de seis camas e independiente en cuanto a su estructura, personal y funcionamiento de los servicios de cuidados intensivos. El tiempo de realización de la entrevista fue dentro de las primeras 24 horas del ingreso, si el estado de la paciente y la situación de la unidad lo permitía, realizadas por tres de las enfermeras participantes en el trabajo.

En la entrevista previamente informábamos brevemente cuál era el objetivo de nuestro trabajo, solicitando su consentimiento voluntario para participar en él; informándoles que con su testimonio podrían contribuir a mejorar la asistencia a otras mujeres en el caso de que también sufrieran un ataque cardiaco, y al mismo tiempo ayudarían a que los profesionales de la salud conociéramos mejor "las enfermedades del corazón en las mujeres"; les asegurábamos también la confidencialidad de su identidad y de los datos que pudieran identificarlas, y que nuestro interés se centraba en conocer sus testimonios.

La fuente de información fue una entrevista semi-estructurada, con preguntas cerradas y abiertas; siendo cerradas las preguntas sobre la percepción o no de la gravedad de los síntomas, y abiertas las preguntas relativas a las razones por las que se demoraron en la petición de la asistencia sanitaria; el entrevistador adoptó el rol de observador participante; la recogida de datos durante la entrevista se realizó mediante grabación-transcripción de la misma; de cada entrevista se evaluó la validez y fiabilidad de las narraciones, en algún caso se confirmó la fiabilidad de la narración con el testimonio de sus familiares. El tamaño muestral se guió por el principio de saturación, recogiendo un

total de 34 entrevistas, y se consideraron válidas para el estudio 31, por constatación de incongruencias en tres de ellas tras la constatación con los familiares.

El análisis de los datos se realizó analizando los cuadernos de campo y las grabaciones, transcribiendo los testimonios con las mismas palabras que fueron emitidos y realizando categorizaciones posteriores por agrupación de testimonios según las causas expresadas en estos.

Resultados

En cuanto a la percepción de la gravedad el 40% afirma no percibir la gravedad ni tener la creencia de sufrir un problema de corazón, el 60% percibe la gravedad y la creencia de que se trataba de un problema cardiaco; no apreciándose relación con el tiempo de demora.

De la categorización de las causas destacan tres categorías principales manifestadas por las mujeres 1º) Evitar causar problemas o molestias a la familia 2º) Acabar de realizar las tareas domésticas. 3º) La confusión o dificultades en el diagnóstico por parte del profesional sanitario que le atendió.

1º) *Evitar causar problemas o molestias a la familia:* fue una de las razones que correspondió sobre todo a las mujeres de más edad: "no acudí al médico porque estoy harta de estar enferma y no quería molestar"; "no quise asustarles, cada uno tiene su trabajo y espere a que mi marido llegara a casa"; otra mujer a pesar de encontrarse en el hospital acompañando a su hija en una consulta médica, antepuso la necesidad de su hija a las propias: "me dió el dolor cuando me encontraba con mi hija en la consulta, pero me callé, mi hija me precisaba..."

2º) *Acabar de realizar las tareas domésticas:* aportó también interesantes comentarios: "sentí dolor y me dejé caer en una silla, pensé que eran nervios y cuando pude seguí haciendo la comida", otro testimonio de una mujer anciana que vivía sola con su marido nos dice: "me dio después de cenar, pero no quería dejar a mi marido solo, como me levanté varias veces, puse la lavadora para dejar la casa en orden...por la mañana llamé a mi hijo".

3º) *Dificultades o error en los diagnósticos:* esta causa de demora prehospitalaria pudo ser debida tanto a la propia mujer como a su familia que no reconoce la gravedad del episodio: "pensé que eran nervios y que me pasaría"; "Me había disgustado con mi hija, mi marido me dijo que me tomaba todo muy a pecho y que estaba de los nervios que me calmara, y tuvimos que venir corriendo". En otros casos el error en el diagnóstico se debe a los profesionales de salud; quizás el testimonio más duro fue el de una mujer de mediana edad que ingresó en la UC por IAM, tras acudir en cinco ocasiones a puertas de urgencias y ser diagnosticada de una mastitis remitiéndola a su domicilio; esa confusión de diagnóstico implicó después al médico de cabe-

cera que confió en el diagnóstico hospitalario. Esta mujer relató: “más tarde tuve un intenso dolor, fui al ambulatorio andando quince minutos, no me hizo ninguna exploración, leyó los informes que le llevé y me dijo que si quería me fuera al hospital por mi cuenta....llamé a mi familia y cogí un taxi...”

Otros testimonios reflejan que la demora concuerrieron dos de estas categorizaciones, evitar causar molestias a la familia y las dificultades o error de diagnóstico: “me callé hasta que mis hijos cerraron el bar, después me mandaron al consultorio me dieron un pinchazo y me mandaron a casa, pero mi hijo no lo vio claro y me ha traído al hospital...” “me dio el dolor por la noche y no llamé a mi hija, por la mañana en el ambulatorio me dijeron que eran aires, al día siguiente volví y me mandaron al hospital...”

Conclusiones

No se evidencia relación directa entre la percepción de la gravedad y la demora prehospitolaria, al menos en esta muestra se da el caso de mujeres que aún percibiendo su situación de gravedad, no demandan asistencia sanitaria con urgencia, y anteponen otras razones.

La causa de la demora es atribuible en ocasiones a la propia mujer que antepone no alterar la situación familiar y no causar problemas o molestias a su familia a sus propias necesidades, y en menos ocasiones a las dificultades o confusión en el diagnóstico de los profesionales que le atendieron.

Discusión

Hace poco más de una década, se pensaba que las mujeres no podían sufrir un ataque cardíaco, y que su propia genética les protegía, incluso podía leerse que las mujeres que sufrían un infarto eran catalogadas de “llevar vida de hombre”. Al parecer estas serían parte de las razones por las cuales las mujeres no han estado bien representadas en los estudios de investigación, cuyas conclusiones se han basado en resultados estadísticos de población predominantemente masculina. La enfermedad cardiovascular en la mujer no fue reconocida por los propios profesionales, no se establecieron programas de educación, prevención y detección precoz; incluso demasiado a menudo las enfermedades de las mujeres fueron relegadas a problemas psicológicos o psicosomáticos.

En la actualidad la situación ha cambiado, en la última década el corazón de la mujer ha acaparado más la atención de los profesionales al comprobarse que la enfermedad cardíaca es la primera causa de muerte de la población femenina de Estados Unidos, provocando más decesos que todos los tipos de cáncer combinados; también en Europa, la enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en las mujeres (55%) y afecta al censo femenino en mayor medida que a la población masculina (43%)¹².

Las sociedades científicas también han prestado mayor atención a los problemas cardiovasculares de

la mujer y en los últimos congresos todas las sociedades han dedicado mesas especialmente dedicadas a las enfermedades cardiovasculares de la mujer, y se han grupos de trabajo específicos dedicados a la patología cardiovascular de las mujeres, y desde que en 1999 se publicara la primera guía, las características especiales de la enfermedad cardiovascular en la mujer han impulsado a que la *American Heart Association*, en colaboración con otras 12 sociedades científicas, hayan desarrollado unas guías específicas de prevención cardiovascular en la mujer basadas en la evidencia disponible hasta el momento de su publicación¹³.

Es de desear y esperar que en un futuro próximo recojamos los frutos de todo este trabajo y mejore la atención de los problemas cardiovasculares de las mujeres.

Se hace necesario seguir profundizando en el estudio de las diferencias entre sexos, estudiando las causas sociales y culturales, las condiciones de vida y de trabajo, la discriminación social y laboral, hasta la violencia de género por la influencia que pueda tener en las formas de presentación de las enfermedades y evolución en las mujeres. Favorecer la entrada equitativa de su presencia en los ensayos clínicos y en los programas de promoción prevención y rehabilitación, evitar “la discriminación” en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Pero sobre todo, el esfuerzo debe realizarse en trasladar las últimas evidencias a la práctica clínica con programas específicos para las mujeres, y será responsabilidad del sistema sanitario su traslado a la sociedad, a la mujer misma, cambiando la percepción que éstas tienen de la poca posibilidad de padecer enfermedad cardiovascular, convenciéndolas de que esta es la primera causa de muerte y que sus factores de riesgo son los “asesinos silenciosos” que ocasionarán la enfermedad cardíaca a no ser que se lleven a cabo las medidas preventivas adecuadas., que además de esa preocupación tradicional de la mujer ante la prevención y diagnóstico precoz del cáncer de mama y de los tumores ginecológicos, deberá preocuparse también de su corazón.

Afortunadamente en los últimos años se van realizando campañas de educación sanitaria dirigidas a las mujeres sobre los riesgos de padecer un infarto y la actuación a seguir si se cree estar padeciéndolo, pero para llegar a la sociedad todavía se hace fundamental seguir insistiendo, y dar un mensaje claro: “del corazón también enferman las mujeres”.

Referencias

1. Braunwald E. Myocardial reperfusion limitation of infarct size, reduction of left ventricular dysfunction and improved survival: should the paradigm be expanded? *Circulation*. 1989;79: 441-444.
2. Rawles MJ. Quantification of the benefit of earlier thrombolytic therapy; five-year results of the Grampian region early anistreplase trial (GREAT). *Am J Coll Cardiol*. 1997;30:1181-6
3. Vaccarino V, Parsons L, Every NR et al. Sex-based differences in early mortality after myocardial infarction. *N Eng J Med*. 1999; 341(4): 217-25
4. Ayanian JZ, Epstein AM. Differences in the Use of Procedures between women and men Hospitalized for Coronary Heart Disease. *N Engl J Med*. 1991;325: 221-5

5. Steingart RM, Packer M, Hamm P, Coglianese ME, Gersh B, Geltman EM et al. For the Survival and ventricular Enlargement Investigators. Sex differences in the management of coronary artery disease. *N Engl J Med.* 1991;325:226.
6. Weaver WD. Time to thrombolytic treatment: Factors affecting delay and their influence on outcome. *J Am Coll Cardiol.* 1995;25 (Suppl: 3S-9S).
7. Marrugat J, Elosua R y Martí H. Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y de las tendencias entre 1997 y 2005. *Rev Esp Cardiol.* 2002; 55: 337-46
8. Ceniceros I, Gómez L, Rueda Y, Cabades A, Cebrián J, Palencia M et al. Muerte tardía súbita intrahospitalaria en el infarto agudo de miocardio ¿Ha variado su incidencia? *Med Intensiva.*1996;20 (Suppl 1): 9.
9. Bush TL. The epidemiology of cardiovascular disease in postmenopausal women. *Ann N Y Acad Sci.* 1990; 592:263-71; discussion 334-45. Review.
10. Echánove I, Cabadés A, Pérez G. El IAM en las Mujeres. Registro PRIMVAC. INSVACOR 2002. Valencia.
11. Peiró Andrés MA, Sierra Talamantes C, Muñoz Izquierdo A, Zamorano Lluésma M. La demora en la aplicación del tratamiento del Infarto Agudo de Miocardio. Estudio por sexos. *Enferm Cardiol.* 2005; Año XII: (34):25-28.
12. Petersen S, Peto V, Scarborough P, Rayner M. British Heart Foundation Health Promotion Research Group. Coronary heart disease statistics 2005. Oxford: British Heart Foundation; 2005. Disponible en: www.heartstats.org/temp/CHD_2005_Whole_spdocument.pdf
13. Mosca L, Appel LJ, Benjamin EJ, Berra K, Chandra-Strobos N, Fabunmi RP et al. Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women. *Circulation.* 2004;109:672-93.