

Actuación de los pacientes ante un síndrome coronario agudo: diferencias desde una perspectiva de género

JULIA BOLÍVAR MUÑOZ, RAFAEL MARTÍNEZ CASSINELLO, INMACULADA MATEO RODRÍGUEZ, JUAN MIGUEL TORRES RUIZ, NURIA PASCUAL MARTÍNEZ, FERNANDO ROSELL ORTIZ, ANTONIO REINA TORAL, CARMEN MARTÍN CASTRO, ANTONIO DAPONTE CODINA

Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España.

CORRESPONDENCIA:

Julia Bolívar Muñoz
Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, España.
E-mail:
julia.bolivareasp@juntadeandalucia.es

FECHA DE RECEPCIÓN:

19-12-2012

FECHA DE ACEPTACIÓN:

30-1-2012

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

AGRADECIMIENTOS:

Al Grupo ARIAM Andalucía, al Servicio Provincial de Granada de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, al Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía 2005-2009 (PICA) y a los hospitales participantes.

Objetivos: Conocer las características del entorno, pensamientos, actuaciones y tipo de transporte utilizado en hombres y mujeres con síndrome coronario agudo –SCA– (infarto agudo de miocardio y angina inestable) al inicio de los síntomas.

Método: Estudio observacional descriptivo de una muestra representativa de pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos de 33 hospitales públicos de las 8 provincias andaluzas, entre 2007 y 2010, con diagnóstico al alta de SCA.

Resultados: Se obtuvieron 1.416 encuestas: 948 hombres y 468 mujeres, con una edad media de 63,0 años y 70,5, respectivamente. Los síntomas se inician mayormente en la vivienda habitual y por la mañana. Menos de una tercera parte de las personas encuestadas supo desde el principio que se trataba de un infarto (hombres 29,9%, mujeres 24,2% $p < 0,001$). El 26,0% lo primero que hace es telefonar o desplazarse en busca de familiares, amistades o gente vecina, además las personas realizan más de una actuación cuando piensan que necesitan ayuda. Más de la mitad de las personas utilizan medios propios para desplazarse en busca de asistencia sanitaria, con diferencias entre hombres y mujeres ($p < 0,001$). El 29,2% utiliza al menos dos medios de transporte distintos.

Conclusiones: La variabilidad de actuaciones encontrada ante el inicio de los síntomas sugiere que existe falta de información clara sobre cómo actuar al respecto. Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, tanto en la apreciación del cuadro como en su resolución. [Emergencias 2013;25:23-30]

Palabras clave: Síndrome coronario agudo. Infarto de miocardio. Mujeres. Género. Servicios de emergencias médicas. España.

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares ocupan en España el primer lugar como causa de muerte, y la mortalidad por cardiopatía isquémica o la primera causa de muerte en hombres y la segunda en mujeres. Los síndromes coronarios agudos (SCA) comprenden tanto el infarto agudo de miocardio (IAM) como la angina inestable (AI). El IAM con elevación de ST (IAMEST) presenta una letalidad anual del 56%, y el mayor pico de mortalidad corresponde a la fase prehospitalaria, donde ocurriría hasta el 40% de los fallecimientos, en la mayoría de los casos sin haber recibido asistencia sanitaria¹⁻⁴. Una parte importante de esta mortalidad inicial se debe a complicaciones arrítmicas

que, en algunos casos, se pueden resolver si el paciente recibe la atención adecuada. Además, el pronóstico de estos pacientes es tiempo-dependiente, a medida que transcurre el tiempo aumentan la mortalidad y morbilidad^{5,6}. De ahí la importancia de conseguir un rápido acceso a un sistema sanitario cualificado y de conocer los factores intervinientes en el proceso.

En el tiempo que se produce desde el inicio del dolor, o síntomas equivalentes, hasta que una persona con un posible SCA es atendida en una unidad hospitalaria, intervienen diversos factores: percepción de la gravedad de los síntomas, los antecedentes de enfermedad coronaria, el entorno del paciente (familia, amistades), el medio rural o urbano y la disponibilidad de recursos sanitarios en

su localidad, si consulta con los servicios sanitarios prehospitalarios para valoración y/o transporte y el medio por el cual accede finalmente al hospital^{7,8}. Los estudios sobre demora y forma de acceso al sistema sanitario en estas personas ponen de manifiesto que la demora observada es mayor a la conveniente, que estas personas acuden en mayor medida en sus propios medios de transporte y que quienes son transportadas por los servicios de emergencias están más graves^{9,10}. De forma general, para quienes sufren un SCA se aconseja su transporte mediante una ambulancia asistida y debidamente equipada, y se destaca la importancia de la existencia de un sistema médico de emergencias accesible telefónicamente y su conocimiento por la población, ya que reduce el tiempo de decisión para solicitar asistencia^{11,12}.

En estos últimos años han aumentado las investigaciones sobre cardiopatía en las mujeres, ponen de manifiesto, además de un patrón de enfermedad cardiovascular distinto, la desigualdad de género en el abordaje de esta enfermedad^{13,14}. Se han observado diferencias importantes en las razones que se argumentan en la demora prehospitalaria, así como en los procesos de toma de decisiones y en la forma de acceso al sistema sanitario^{15,16}. En nuestro contexto se han identificado predictores independientes de la demora prehospitalaria como la percepción de gravedad o el vivir con familiares^{17,18}. Sin embargo existe escasa evidencia del contexto y del proceso que siguen las personas al inicio de los síntomas: ¿saben que deben actuar con urgencia?, ¿qué hacen ante esta situación? ¿qué medios de transporte utilizan?, ¿actúan acorde a las recomendaciones para una atención adecuada a estas personas? El objetivo de este trabajo es conocer la perspectiva del paciente, desde el inicio de los síntomas hasta el recibimiento de asistencia sanitaria, y describir las características del momento y del entorno, los pensamientos, las actuaciones y el transporte utilizado (el itinerario hasta que reciben dicha asistencia) en una muestra representativa de supervivientes de IAM y AI en Andalucía, y examinar si existen diferencias entre hombres y mujeres.

Método

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo, de diseño transversal y retrospectivo sobre una muestra representativa de pacientes que fueron ingresados en las unidades de cuidados intensivos (UCI) de 33 hospitales públicos de las 8 provincias andaluzas, con diagnóstico al alta de

SCA (IAM). Estos hospitales son de ámbito regional, comarcal y de especialidades y tienen cobertura tanto rural como urbana. El estudio se realizó en dos fases, una primera para las provincias de Andalucía Oriental, en el año 2007 y una segunda para Andalucía Occidental, en 2009. Este estudio forma parte de un trabajo más amplio que pretende identificar los factores asociados a la forma de acceso al sistema sanitario y a la demora prehospitalaria en personas con IAM o AI.

El cálculo de la muestra de pacientes a entrevistar se realizó en base al número de altas hospitalarias por SCA incluidas en el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Andalucía (CMBD) de los años 2006 para Andalucía Oriental y 2008 para Andalucía Occidental. El CMBD es un registro administrativo que contiene un conjunto de variables clínicas, demográficas y administrativas que resumen lo acontecido a un usuario en un episodio de asistencia hospitalaria¹⁹. Mediante muestreo aleatorio simple, se estimó el tamaño necesario para una muestra representativa para hombres y para mujeres. Para la selección de las personas a entrevistar se utilizó el registro ARIAM Andalucía (análisis del retraso en el infarto agudo de miocardio) de pacientes de los hospitales incluidos en el estudio, previa autorización de cada responsable de la UCI y de la gerencia de los centros hospitalarios. El ARIAM incluye todos los pacientes ingresados en las UCI/ UCC con diagnóstico de SCA²⁰.

Para la realización de la encuesta telefónica se estableció cuotas por sexo y por hospital proporcionales a la distribución de las altas en cada hospital según el CMBD. Se aplicó un cuestionario telefónico para cuyo diseño se formaron grupos focales, entrevistas semiestructuradas con pacientes y con profesionales de emergencias sanitarias, así como una revisión de otros estudios^{21,22}. El cuestionario está disponible si se contacta con las personas autoras.

Las encuestas telefónicas fueron realizadas por un equipo de 10 profesionales entrevistadores entrenados. Se solicitaba el consentimiento informado, el cual era grabado, y a continuación se pasaba el cuestionario. El cuestionario contiene los siguientes bloques de variables:

Sociodemográficas (estado civil, situación de convivencia, sexo, edad, municipio donde tuvo lugar el episodio, situación laboral del o de la paciente y del cabeza de familia), entorno (lugar donde se encontraba, personas con las que se encontraba, quién toma la decisión de buscar asistencia sanitaria); síntomas (distintos síntomas registrados; dolor percibido (escala de dolor); pensamientos (percepción de gravedad, primeros

pensamientos antes de actuar); actuaciones (ayuda sanitaria y no sanitaria, hasta tres actuaciones distintas registradas); demora (hora al inicio de los síntomas, 3 tipos de demora); medio de transporte (quién toma la decisión, transporte utilizado: hasta tres medios de transporte registrados); dispositivos de emergencia sanitaria (conocimiento y uso); motivaciones (distintas motivaciones en la elección del medio de transporte); antecedentes de SCA (si tenía o no antecedentes de SCA); y factores socioeconómicos (nivel educativo, nivel de ingresos, clase social ocupacional de la persona entrevistada y del cabeza de familia).

Los análisis estadísticos se han realizado con el SPSS 15.0. En primer lugar se han transformado las variables recodificándolas, a continuación se ha realizado un análisis descriptivo para hombres y mujeres con tablas de frecuencias (número de casos y porcentajes) para las variables cualitativas y se ha utilizado el test de la ji al cuadrado para contrastar las diferencias entre hombres y mujeres. Para las variables cuantitativas se ha obtenido la media, moda y mediana y la comparación de medias para observar diferencias de sexo, concretamente para la variable edad, se hizo con la t de Student.

Resultados

Se obtuvo 1.416 encuestas válidas de 1.439 realizadas: 948 hombres y 468 mujeres. En relación a las características de los pacientes, la edad media de los hombres fue de 63,0 años (mediana

67,2 y moda 63) y la de las mujeres 70,5 (mediana 68,2 y moda 75). Fue más frecuente que los síntomas se iniciasen por la mañana. El lugar más frecuente donde se inician los síntomas es en la vivienda habitual, en el 61,5% de los hombres y en el 76,4% de las mujeres ($p < 0,001$). El porcentaje de personas que viven solas es significativamente más alto entre las mujeres (19,7% frente al 8,3%, $p < 0,001$) (Tabla 1).

En cuanto a la descripción de los síntomas, en casi el 90% de los casos la sintomatología de hombres y mujeres responde a la sintomatología típica, sin embargo se observan algunas diferencias entre hombres y mujeres en aquellos síntomas asociados al malestar corporal, al aparato digestivo, los mareos o la pérdida de conciencia, más informados por las mujeres ($p < 0,001$). Respecto a su interpretación, menos de un tercio identificó desde el principio que se trataba de un infarto [29,9% en hombres y el 24,2% en mujeres ($p = 0,003$)], de hecho casi la mitad en ningún momento llegó a pensar que fuera algo grave (42,5% y 42,7% respectivamente).

Sobre los pensamientos ante sus síntomas, casi la mitad de las personas expresan que no quieren alarmar a la familia y más de una cuarta parte afirma que le desagradaba la idea de que les ingresaran y tuvieran que quedarse en el hospital. Se aprecian diferencias entre hombres y mujeres en las afirmaciones sobre el tener que terminar la jornada laboral, realizar las tareas domésticas, o el desatender a otras personas antes de acudir en busca de auxilio.

Cuando se les pregunta sobre las personas de su entorno se observa que son éstas las que, desde el primer momento, consideran en mayor medida la gravedad de la situación (42,9% de los hombres y 45% de las mujeres). Es decir, para ambos sexos, es la familia, amistades, etc. quienes perciben mayor gravedad desde el primer momento, en comparación con el/la propio paciente (datos no mostrados, $p < 0,001$) (Tabla 2).

La Tabla 3 muestra hasta tres actuaciones en primer, segundo y tercer lugar. Como primera actuación casi tres cuartas partes acude en busca de asistencia sanitaria (74,0%) y el 26% acude en busca de familiares, amistades u otras personas del entorno. El 32,1% de los hombres se desplaza o llama a centros de salud/consultorios o a atención especializada extrahospitalaria, seguido del 25,2% que acude a las urgencias hospitalarias. Las mujeres, en un 35,9%, busca asistencia sanitaria distinta de las urgencias hospitalarias, seguido de un 30,7% que acude a alguna persona familiar, vecina, etc. Como segunda actuación es más fre-

Tabla 1. Características de las personas y del momento de inicio de los primeros síntomas

	Hombres N (%)	Mujeres N (%)	P
Edad			< 0,001
< 60 años	412 (43,6)	110 (23,5)	
6 -74 años	337 (35,6)	196 (41,9)	
75 y más años	197 (20,8)	162 (34,6)	
Vive solo/a	79 (8,3)	92 (19,7)	< 0,001
Antecedentes de infarto previo	303 (32,1)	150 (32,3)	NS
Lugar donde se encontraba al inicio de los síntomas			< 0,001
Vivienda habitual	582 (61,5)	357 (76,4)	
Otra vivienda distinta	34 (3,6)	28 (6,0)	
Calle	123 (13,0)	39 (8,4)	
Centro de trabajo	86 (9,1)	7 (1,5)	
Campo	53 (5,6)	5 (1,1)	
Otro (centro sanitario, medio de transporte, lugares públicos)	68 (7,2)	31 (6,6)	
Hora de inicio de los primeros síntomas			NS
Mañana: 06:00-12:00	343 (37,9)	173 (38,4)	
Tarde: 12:00-19:59	281 (31,0)	124 (27,6)	
Noche: 20:00-23:59	121 (13,4)	61 (13,6)	
Madrugada: 00:00-05:59	160 (17,7)	92 (20,4)	

NS: No significativo.

Tabla 2. El entorno de la persona al inicio de los síntomas, primeros pensamientos, toma de decisiones, síntomas y dolor percibido

Edad	Hombres N (%)	Mujeres N (%)	p
Descripción de los síntomas percibidos*			
1. Dolor típico	829 (88,0)	423 (90,6)	NS
2. Malestar	595 (63,7)	333 (72,1)	0,002
3. Sistema nervioso	634 (68,5)	311 (68,5)	NS
4. Aparato respiratorio	449 (48,2)	272 (58,6)	< 0,001
5. Alteración nivel de conciencia	353 (37,6)	236 (51,0)	< 0,001
6. Aparato digestivo	289 (30,9)	201 (43,4)	< 0,001
Interpretación de los síntomas a su inicio**			0,407
Nunca pensó que fuera algo grave	389 (42,5)	190 (42,7)	
Desde el primer momento pensó que era algo grave	329 (36,0)	172 (38,7)	
Al principio pensó que sí	197 (21,5)	83 (18,7)	
¿Con qué identificó estos síntomas?***			0,003
Pensaba que eran "nervios"	63 (6,8)	50 (10,7)	
Desde el primer momento supe que era un infarto o algo de corazón	279 (29,9)	113 (24,2)	
Otra causa	252 (27)	151 (32,4)	
Ninguna en especial	338 (36,3)	152 (32,6)	
Pensamientos ante los primeros síntomas			
1. Me desagradaba la idea que me ingresaran y me tuvieran que dejar allí	234 (25,7)	141 (31,7)	0,023
2. Tenía que acabar la jornada laboral antes de acudir en busca de auxilio	64 (7,2)	10 (2,5)	< 0,001
3. Tenía que acabar el trabajo doméstico que estaba haciendo antes de acudir en busca de auxilio	28 (3,2)	29 (6,8)	< 0,001
4. Tenía que esperar a que acudieran a auxiliarme	181 (19,8)	119 (26,6)	0,006
5. Quería evitar alarmar a la familia y a las personas de mi entorno	326 (35,7)	203 (45,4)	0,005
6. No podía desatender a las personas que estaba cuidando	82 (9)	65 (14,8)	< 0,001
Interpretación de los síntomas por parte del entorno (familia, amistades, vecindario, compañeros)**			0,209
Nunca pensaron que fuera grave	237 (26)	101 (22,3)	
Desde el primer momento pensaron que era algo grave	391 (42,9)	204 (45,0)	
En un primer momento pensaron que no era grave, y más tarde pensaron que sí lo era	142 (15,6)	63 (13,9)	
Me encontraba solo en esos momentos	141 (15,5)	85 (18,8)	

*1. Dolor: opresión en pecho, brazos, hombro, cuello, codo, espalda, riñones, mandíbula, corazón; 2. Malestar: fatiga, cansancio, cuerpo destemplado, fiebre, sensación de calor o frío; 3. Sistema nervioso: ansias, crisis de ansiedad, nervios, tensión, sudoración; 4. Aparato respiratorio: ausencia de aliento, ahogamiento, asfixia; 5. Alteración del nivel de conciencia: mareo, pérdida de conciencia; 6. Aparato digestivo: náuseas, vómitos, arcadas, angustias y problemas estomacales. **Estas tres preguntas sólo admitirán una respuesta posible.

cuenta desplazarse hacia las urgencias hospitalarias en el 58,0% de los casos. Un total de 139 personas realizan dos actuaciones antes de desplazarse hasta las urgencias hospitalarias (3ª actuación) (Tabla 3).

En la Figura 1 se observan los distintos itinerarios de actuaciones que llegan a realizar las personas cuando consideran que necesitan ayuda. Casi la mitad de las personas (n = 685) realizan dos o más actuaciones. De las personas que en un primer lugar acuden en busca de familia o amistades (n = 352) el 79,9% lo segundo que hace es llamar o desplazarse en busca de asistencia sanitaria

distinta del 061. De las personas que en un primer lugar llaman o se desplazan en busca de asistencia sanitaria distinta del 061 (n = 766) el 87,7% lo segundo que hace es continuar en busca de asistencia sanitaria (llamando o desplazándose) (Figura 1).

Para este itinerario se han documentado hasta tres medios distintos. (Tabla 4). Más de la mitad de las personas utiliza, como primer medio, un vehículo particular (51,4%). Cabe destacar que el 10,1% de los hombres conducen ellos mismos, frente al 0,6% de las mujeres. El 26,2% de las personas son trasladadas por el 061 como primer

Tabla 3. Actuaciones que realizan hombres y mujeres cuando piensan que necesitan ayuda, en primer, segundo y tercer lugar

	1º Actuación			2º Actuación			3º Actuación		
	Hombre N (%)	Mujer N (%)	Total N (%)	Hombre N (%)	Mujer N (%)	Total N (%)	Hombre N (%)	Mujeres N (%)	Total N (%)
Ir en busca de familia*	215 (23,7)	137 (30,7)	352 (26,0)	16 (3,6)	8 (3,1)	24 (3,4)	1 (0,9)	1 (1,3)	2 (1,1)
Llamar al 061	172 (19,0)	63 (14,1)	235 (17,4)	64 (14,3)	38 (14,5)	102 (14,4)	10 (9,3)	8 (10,4)	18 (9,8)
Ir a urgencias hospitalarias*	229 (25,2)	86 (19,3)	315 (23,3)	265 (59,2)	147 (56,1)	412 (58,0)	80 (74,8)	59 (76,6)	139 (75,5)
Ir en busca de otra asistencia sanitaria*,†	291 (32,1)	160 (35,9)	451 (33,3)	103 (23,0)	69 (26,3)	172 (24,2)	16 (15,0)	9 (11,7)	25 (13,6)
Total	907 (100)	446 (100)	1.353 (100)	448 (100)	262 (100)	710 (100)	107 (100)	77 (100)	184 (100)
P sexo		0,001			NS			NS	

*Incluye llamar y desplazarse. †Atención primaria o especializada extrahospitalaria. Se ha excluido en la tabla a las personas que contactaron con el servicio de teleasistencia, personas que se encontraban en esos momentos en centros de salud, o en hospitales o en otra situación que ha dado lugar a otra actuación distinta a llamar o desplazarse buscando ayuda.

		1ª actuación		2ª actuación		3ª actuación	
		N	%	N	%	N	%
FAMILIA, AMISTADES Llamar o desplazarse en Busca de familiares, amistades, vecinos...	FAMILIA			7	(2,2)	ASISTENCIA SANITARIA	6 (100,0)
	LLAMAR AL 061	352	(26,0)	58	(18,0)	ASISTENCIA SANITARIA	9 (100,0)
	ASISTENCIA SANITARIA			258	(79,9)	061	12 (12,2)
	Total			323	(100,0)	ASISTENCIA SANITARIA	86 (87,8)
				Total Bloque		113 (100,0)	
LLAMAR AL 061 Telefonar al 061	FAMILIA			4	(5,3)	061	1 (100,0)
	LLAMAR AL 061	235	(17,4)	6	(8,0)	ASISTENCIA SANITARIA	2 (100,0)
	ASISTENCIA SANITARIA			65	(86,7)		
	Total			75	(100,0)		
				Total Bloque		3 (100,0)	
ASISTENCIA SANITARIA Llamar o desplazarse en busca De asistencia sanitaria (distinta del 061)	FAMILIA			13	(4,5)	061	1 (11,1)
	LLAMAR AL 061	766	(54,1)	31	(10,8)	ASISTENCIA SANITARIA	8 (88,9)
	ASISTENCIA SANITARIA			243	(87,7)	061	3 (10,0)
	Total			287	(100,0)	ASISTENCIA SANITARIA	20 (90,0)
				Total Bloque		39 (100,0)	

1353* personas han realizado una 1ª actuación

685* personas han realizado una 2ª actuación después de la primera

155* personas han realizado hasta una 3ª actuación

Figura 1. Distintas actuaciones que realizan las personas cuando consideran que necesitan ayuda. *Se han excluido aquellas personas que han realizado otra actuación distinta a las opciones de respuesta.

medio. Las diferencias entre hombres y mujeres en la elección del medio de transporte (el prime-

ro) son estadísticamente significativas ($p < 0,01$). El 29,2% de las personas utilizan dos medios de

Tabla 4. Medios de transporte utilizados por hombres y mujeres para el traslado a un centro sanitario

	Primer medio			Segundo medio			Tercer medio		
	Hombre N (%)	Mujer N (%)	Total N (%)	Hombre N (%)	Mujer N (%)	Total N (%)	Hombre N (%)	Mujeres N (%)	Total N (%)
Por las unidades móviles del 061	241 (25,7)	126 (27,2)	367 (26,2)	124 (45,1)	47 (35,1)	171 (41,8)	9 (33,3)	10 (47,6)	19 (39,6)
Por otro tipo de ambulancias	76 (8,1)	44 (9,5)	120 (8,6)	89 (32,4)	53 (39,6)	142 (34,7)	10 (37,0)	11 (52,4)	21 (43,8)
Medio de transporte propio: conducido por él/ella mismo/a	95 (10,1)	3 (0,6)	98 (7,0)	8 (2,9)	1 (0,7)	9 (2,2)	1 (3,7)	0 (0,0)	1 (2,1)
Medio de transporte propio: conducido por otra persona	391 (41,8)	230 (49,6)	621 (44,4)	45 (16,4)	28 (20,9)	73 (17,8)	6 (22,2)	0 (0,0)	6 (12,5)
Transporte público (bus, tren, taxi)	32 (3,4)	22 (4,7)	54 (3,9)	6 (2,2)	4 (3,0)	10 (2,4)	1 (3,7)	0 (0,0)	1 (2,1)
Caminando a pie	101 (10,8)	39 (8,4)	140 (10,0)	3 (1,1)	1 (0,7)	4 (1,0)			
Total	936 (100)	464 (100)	1400 (100)	275 (100)	134 (100)	409 (100)	27 (100)	21 (100)	48 (100)
P sexo	< 0,01			NS			NS		

NS: no significativo.

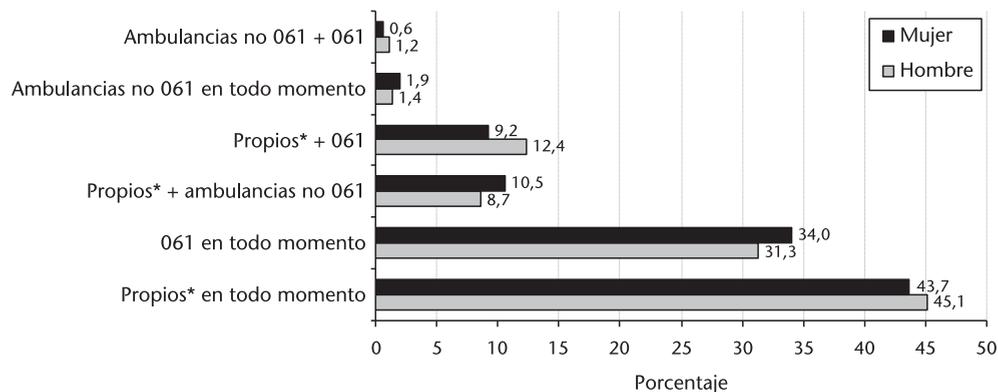


Figura 2. Medios de transporte utilizados hasta llegar al primer centro sanitario. *Se entienden como propios vehículo particular, transporte público, llegadas a pie, etc.

transporte ($n = 409$), de éstas casi la mitad son trasladadas por el 061 y casi un tercio por otras ambulancias.

La Figura 2 muestra la combinación de medios utilizados hasta llegar a la asistencia sanitaria, siendo en todo momento los medios propios los más frecuentes para hombres y para mujeres. El 23,7% de los hombres y el 22% de las mujeres utilizan al menos dos medios de transporte distintos (propios y 061, propios y ambulancias, etc.).

Discusión

En este trabajo se describen las características de hombres y mujeres con SCA, los síntomas percibidos y su interpretación, los pensamientos, las estrategias de búsqueda de auxilio y la variabilidad de actuaciones en el complejo itinerario que realiza una persona que ha sufrido un SCA desde que nota los primeros síntomas hasta que es ingresada en un hospital. Las personas no identifican que se trata de un “problema de corazón” desde el primer momento, un número importante no busca asistencia sanitaria como primera actuación y emplean varios medios de transporte, acudiendo mayoritariamente propios. Las recomendaciones, de forma general, aconsejan una rápida actuación, el transporte del paciente mediante una ambulancia asistida, debidamente equipada, y se destaca la importancia de la existencia de un sistema de emergencias médicas (SEM) accesible telefónicamente^{3,23,24}.

Las personas del entorno tienen un peso importante en el curso de estos eventos. En muchos casos son éstas quienes identifican la situación de emergencia, perciben la gravedad de lo que está sucediendo, deciden pedir ayuda y el medio de transporte a utilizar en el traslado. Algo más de

una cuarta parte de las personas lo primero que hacen es acudir a familiares, amistades, etc. antes de buscar asistencia sanitaria, especialmente en el caso de las mujeres. Un estudio realizado en Suecia con casi dos mil pacientes muestra que el 89% de las personas se dirigen en busca de alguien cercano, sobre todo maridos, esposas o hijos⁸. Desde abordajes cualitativos también se ha puesto de manifiesto la fuerte influencia de las personas del entorno, en especial las esposas, sobre qué hacer y cómo ante el inicio de los síntomas^{21,25}. En otra investigación realizada en el mismo país, fue la esposa (40%) o el médico de primaria (32%) quien llamó a la ambulancia²⁶.

Como primera actuación, un tercio de las personas acuden en busca de asistencia sanitaria en atención primaria o especializada extrahospitalaria. En un estudio realizado en la provincia de Teruel, el 79,1% de los pacientes llamaron o acudieron al médico de atención primaria antes de ir al hospital, al haber mucha variabilidad según fuese zona rural o urbana¹⁸. Cabe destacar en este sentido las importantes diferencias en la densidad de población en dichas áreas y el abordaje descriptivo de este artículo, lo cual dificulta la comparación de tales resultados. Algo más del 10% de las personas en nuestro estudio realizan hasta tres actuaciones distintas, (telefónicas o desplazándose) hasta acudir a las urgencias hospitalarias. En el estudio publicado por nuestro equipo en 2005 se evidencia que las actuaciones de hombres y mujeres no están siempre orientadas a la consecución de la atención sanitaria²¹.

El no llamar a los dispositivos de emergencia se relaciona en la literatura con pensar que los síntomas no son suficientemente graves o creer que el acudir por medios propios es más rápido. Las ambulancias se consideran una opción de transporte cuando las personas se encuentran realmente en-

fermas, por lo que la llamada a los SEM sólo se realiza cuando perciben gravedad en los síntomas, al olvidar que éstos no son sólo un medio de transporte, sino que también proporcionan diagnóstico y tratamiento²⁶⁻²⁹. En nuestro trabajo mayoritariamente se utilizan medios propios para desplazarse. Este comportamiento está ampliamente descrito en la literatura^{9,10,29,30}, si bien lo novedoso es la constatación de la diversidad de medios que una persona puede llegar a emplear y las diferencias entre hombres y mujeres en la toma de decisiones y el medio que finalmente se utiliza.

Se han encontrado diferencias importantes entre hombres y mujeres en la descripción de todo el proceso, de ahí la importancia de la perspectiva de género. Éstas son mayores, hecho ampliamente constatado³¹⁻³³, viven en mayor porcentaje solas y además se encuentran solas en la vivienda al inicio de los síntomas, en mayor proporción que los hombres. Algo menos de una cuarta parte identifica desde el primer momento que se trata de "un infarto o algo de corazón", y es un porcentaje bajo en comparación con otros estudios realizados⁸. La atribución histórica de las enfermedades cardiovasculares a los hombres dificulta el reconocimiento de la enfermedad en las propias mujeres. Además, como hemos puesto de manifiesto, experimentan una mayor diversidad de síntomas que los hombres^{25,34,35}. Finalmente, es más frecuente en las mujeres el vivir solas, especialmente cuando hablamos de mujeres mayores. Todos estos factores pueden influir en que acudan en menor medida en busca de la asistencia de emergencia, acudan más a las personas de su entorno y como primer medio de transporte hagan mayor uso de las ambulancias relacionado también, según la literatura, con la edad y la percepción de gravedad^{16,26,30}.

Las personas participantes en este trabajo son supervivientes de la fase prehospitalaria y hospitalaria del SCA, y hay que tener en cuenta la alta mortalidad extrahospitalaria de estas personas, de manera que no se puede acceder a la información de aquellas personas que han fallecido antes de ser ingresadas en el hospital. Además sólo se ha considerado a aquellas personas ingresadas en cuidados intensivos. Otra limitación es que la información recogida en el cuestionario depende en buena medida de la memoria de las personas y, aunque se les preguntaba por el último episodio, los resultados son susceptibles de sufrir el efecto de algún tipo de sesgo de recuerdo. No obstante, en este caso el sesgo es limitado puesto que las entrevistas telefónicas se realizaron dentro del año siguiente al evento coronario. Finalmente, debe

tenerse en cuenta el contexto geográfico en el cual se ha desarrollado el estudio a la hora de extrapolar los resultados a otras regiones cuya estructura y organización sanitaria (especialmente la prehospitalaria) sean distintas.

A modo de conclusión, las personas no identifican desde el primer momento qué les está pasando y utilizan medios propios en busca de asistencia sanitaria. La respuesta ante síntomas sugerentes de un posible SCA no se ajusta a las recomendaciones clínicas. La variabilidad de actuaciones y de medios empleados, tanto en la apreciación del cuadro como en su resolución, sugiere una falta de mensajes claros sobre cómo actuar por parte de estas personas en Andalucía, una región con un sistema sanitario público y dispositivos de emergencia accesibles telefónicamente, y de forma gratuita para la población. Las diferencias encontradas entre hombres y mujeres, tanto en las características sociodemográficas como de pensamientos, creencias y actuaciones, sugieren la necesidad de un abordaje diferenciado, así como ahondar en el conocimiento de las inequidades entre hombres y mujeres.

Bibliografía

- 1 Instituto Nacional de Estadística. Notas de prensa INE, Defunciones según la Causa de Muerte 2007, Abril 2009. (Consultado 7 Mayo 2009). Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np545.pdf>.
- 2 Marrugat J, Elosúa R, 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.
- 3 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Situación de la cardiopatía isquémica en España. En: Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- 4 Arós F, Loma-Osorio Á, Alonso Á, Alonso JJ, Cabadés A, Coma-Canejela I, et al. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en el infarto agudo de miocardio. *Rev Esp Cardiol*. 1999;52:919-56.
- 5 De Luca G, Suryapranata H, Ottervanger JP, Antmain EM. Time delay to treatment and mortality in primary angioplasty for acute myocardial infarction. Every minute of delay counts. *Circulation*. 2004;109:1223-5.
- 6 Pacheco A, Lara JJ. Fibrinólisis prehospitalaria en el enfermo con síndrome coronario agudo con elevación del ST. Historia y recomendaciones. *Emergencias*. 2009;21:441-50.
- 7 Pattenden J, Watt I, Lewin RJ, Stanford N. Decision making processes in people with symptoms of acute myocardial infarction: qualitative study. *BMJ*. 2002;324:1006-9.
- 8 Thureson M, Jarlov MB, Lindahl B, Svensson L, Zedigh C, Herlitz J. Thoughts, actions, and factors associated with prehospital delay in patients with acute coronary syndrome. *Heart Lung*. 2007;36:398-409.
- 9 Brown AL, Mann NC, Daya M, Goldberg R, Meischke H, Taylor J, et al. Demographic, belief, and situational factors influencing the decision to utilize emergency medical services among chest pain patients. Rapid Early Action for Coronary Treatment (REACT) study. *Circulation*. 2000;102:173-8.
- 10 Osganian SK, Zapka JG, Feldman HA, Goldberg RJ, Hedges JR, Eisenberg MS, et al. Use of emergency medical services for suspected acute cardiac ischemia among demographic and clinical patient subgroups: the REACT trial. Rapid Early Action for Coronary Treatment. *Prehosp Emerg Care*. 2002;6:175-85.
- 11 Consejería de Salud. Plan Integral de Atención a las Cardiopatías en Andalucía 2005-2009. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2005.

- 12 Mellado FJ, Rosell OF, Ruiz BM. Out-of-hospital treatment of acute myocardial infarction in Andalusia, Spain. *Rev Esp Cardiol.* 2005;58:1287-93.
- 13 Monteagudo-Piqueras O, Sarría-Santamera A. Diferencias entre varones y mujeres respecto a la mortalidad hospitalaria y la utilización de procedimientos en el infarto agudo de miocardio. *Gac Sanit.* 2006;20:77-8.
- 14 Alonso J, Bueno H, Bardají A, García-Moll X, Badia X, Layola M, et al. Influencia del sexo en la mortalidad y el manejo del síndrome coronario agudo en España. *Rev Esp Cardiol.* 2008;8-22.
- 15 Moser DK, McKinley S, Dracup K, Chung ML. Gender differences in reasons patients delay in seeking treatment for acute myocardial infarction symptoms. *Patient Educ Couns.* 2005;56:45-54.
- 16 O'Donnell S, Condell S, Begley C, Fitzgerald T. Prehospital care pathway delays: gender and myocardial infarction. *J Adv Nurs.* 2006;53:268-76.
- 17 Latour PJ, Perez HS. Prehospital delay in patients with ischemic chest pain in the Province of Alicante. Multicenter Study of Prehospital Delay in Patients with chest Pain. *Med Clin (Barc).* 1996;107:81-5.
- 18 Castiella J, Valdearcos S, Alquezar ML. Analysis of causes of excessive prehospital delay of patients with acute myocardial infarction in the province of Teruel. *Rev Esp Cardiol.* 1997;50:860-9.
- 19 Servicio Andaluz de Salud. Conjunto Mínimo Básico de Datos de Andalucía (CMBD). (Consultado 5 Diciembre 2011). Disponible en: [Conhttp://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=profesionales_cmbd](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=profesionales_cmbd).
- 20 Álvarez Bueno M, Vera Almazán A, Rodríguez García JJ, Ferriz Martín JA, García Paredes T, García Alcántara A, et al. Concepto, desarrollo y objetivos del proyecto ARIAM. *Med Intensiva.* 1999;10:273-80.
- 21 Bolívar-Muñoz J, Daponte-Codina A, Pascual-Martínez N, Barranco-Ruiz F, Sánchez-Cruz JJ, Martín-Castro C, et al. The decision to ask for urgent attention in patients with ischemic cardiopathy. *Int J Qual Health Care.* 2007;19:407-13.
- 22 Horne R, James D, Petrie K, Weinman J, Vincent R. Patients' interpretation of symptoms as a cause of delay in reaching hospital during acute myocardial infarction. *Heart.* 2000;83:388-93.
- 23 Wright RS, Anderson JL, Adams CD, Bridges CR, Casey DE, Ettinger SM, et al. "2011 ACCF/AHA Focused Update on the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction" A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation.* 2011;123:2022-60.
- 24 Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, et al. "ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction—Full text: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation.* 2004;110:588-636.
- 25 Johansson I, Swahn E, Stromberg A. Spouses' conceptions of the pre-hospital phase when their partners suffered an acute myocardial infarction—a qualitative analysis. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2008;7:182-8.
- 26 Johansson I, Stromberg A, Swahn E. Ambulance use in patients with acute myocardial infarction. *J Cardiovasc Nurs.* 2004; 9:5-12.
- 27 Meischke H, Ho MT, Eisenberg MS, Schaeffer SM, Larsen MP. Reasons patients with chest pain delay or do not call 911. *Ann Emerg Med.* 1995;25:193-7.
- 28 Sala J, Rohlfis I, García MM, Masia R, Marrugat J. Effect of reactions to symptoms onset on early mortality from myocardial infarction. *Rev Esp Cardiol.* 2005;58:1396-402.
- 29 Song L, Yan H, Hu D. Patients with acute myocardial infarction using ambulance or private transport to reach definitive care: which mode is quicker? *Int Med J.* 2010;7:112-6.
- 30 Canto JG, Zalenski RJ, Ornato JP, Rogers WJ, Kiefe CI, Magid D, et al. Use of emergency medical services in acute myocardial infarction and subsequent quality of care: observations from the National Registry of Myocardial Infarction 2. *Circulation.* 2002;106:3018-23.
- 31 Calvo-Embuena R, González-Monte C, Latour-Pérez J, Benítez-Parejo J, Lacueva-Moya V, Broch-Porcar MJ, et al. Gender bias in women with myocardial infarction: ten years after. *Med Intensiva.* 2008;32:329-36.
- 32 Reina A, Colmenero M, Aguayo DH, Aros F, Martí H, Claramonte R, et al. Gender differences in management and outcome of patients with acute myocardial infarction. *Int J Cardiol.* 2007;116:389-95.
- 33 Aldasoro E, Calvo M, Esnaola S, Hurtado DS, Alonso E, Audicana C, et al. Gender differences in early reperfusion treatment after myocardial infarction. *Med Clin (Barc).* 2007;128:81-5.
- 34 Lovlien M, Schei B, Gjengedal E. Are there gender differences related to symptoms of acute myocardial infarction? A Norwegian perspective. *Progr Cardiovasc Nurs.* 2006;21:14-9.
- 35 Miqueo C. Semiología del androcentrismo en la patología y clínicas contemporáneas. En: Laurinda Abreu, Patrice Bourdelais, Teresa Ortiz-Gómez y Guillermo Palacios (eds.) *Dynamics of Health and welfare: texts and contexts. Dinámicas de salud y bienestar: textos y contextos.* Lisboa: Evora, CIDEUH-UE, 2007.

Patient responses to symptoms of acute coronary syndrome: a gender-perspective study

Bolívar Muñoz J, Martínez Cassinello R, Mateo Rodríguez I, Torres Ruiz JM, Pascual Martínez N, Rosell Ortiz F, Reina Toral A, Martín Castro C, Daponte Codina A

Objective: To determine the environmental characteristics and the opinions, behaviors, and types of transfer to hospital of men and women who experience symptoms of acute coronary syndrome (acute myocardial infarct and unstable angina).

Methods: Descriptive observational study of a representative sample of patients with a diagnosis of acute coronary syndrome who were admitted to the intensive care units of 33 public health service hospitals in 8 provinces in Andalusia, Spain, between 2007 and 2010.

Results: A total of 1416 surveys were completed; 948 were for men and 468 were for women (mean [SD] ages, 63.0 and 70.5 years, respectively). Symptoms usually began in the patient's home. Fewer than a third of the patients surveyed knew they were experiencing a coronary event from the beginning of symptoms (29.9% of men and 24.2% of women; $P<.001$). The first reaction of 26.0% was to call or try to find a family member, friend, or neighbor. Many undertook more than 1 measure when they sensed they needed help. More than half these patients used their own transport to reach the hospital; the difference between men and women in this respect was significant ($P<.001$). At least 2 different transport methods were used by 29.2%.

Conclusions: The variability of patient responses to the onset of coronary symptoms suggests that these patients lack information about what measures to take. We detected significant differences between men and women with respect to both their perception of their clinical condition and how to seek care. [*Emergencias* 2013;25:23-30]

Keywords: Acute coronary syndrome. Myocardial infarction. Women. Gender. Emergency health care. Spain.