

Factores sociodemográficos y clínicos asociados al tiempo de decisión para la búsqueda de atención en el infarto agudo del miocardio¹

Fernanda Carneiro Mussi²
Mariana de Almeida Moraes Gibaut³
Carla Almeida Damasceno⁴
Andreia Santos Mendes³
Armênio Costa Guimarães⁵
Carlos Antonio de Souza Teles Santos⁶

Objetivo: analizar la interacción del género en la asociación entre el tiempo de decisión para la búsqueda de servicio de salud y las variables sociodemográficas y clínicas. Método: estudio exploratorio, transversal, con 100 individuos entrevistados en hospitales de Salvador-BA. En el análisis se empleó el test Chi-cuadrado o Exacto de Fisher y el modelo de regresión lineal robusto. La significancia estadística adoptada fue de 5%. Resultados: hombres y mujeres presentaron tiempos de decisión elevados. Hubo menor tiempo de decisión para tabaquistas, con dolor constante y de fuerte intensidad. Hubo interacción entre género y tabaquismo y entre género y dolor irradiado para el cuello o mandíbula para el desenlace del tiempo de decisión. Conclusión: los tiempos de decisión fueron elevados y sufrieron influencia de variables clínicas y de género. El estudio ofrece subsidios para prácticas de cuidar en enfermería enfocadas en la especificidad de esos factores y de los géneros objetivando obtener éxito en la reducción del tiempo de decisión.

Descriptor: Infarto del Miocardio; Identidad de Género; Atención de Enfermería.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Factores que influyen en el tiempo de decisión para los hombres y las mujeres con infarto de miocardio demanda por servicios de salud", presentada a la Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil. Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) proceso nº APP0121/2009.

² PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

³ Estudiante de maestría, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

⁴ MSc, Profesor Auxiliar, IREP Sociedade de Ensino Superior, Salvador, BA, Brasil.

⁵ PhD, Profesor Titular, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil. Profesor Titular, Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, Brasil.

⁶ PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Ciências Exatas, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, BA, Brasil. Investigador, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Correspondencia:

Fernanda Carneiro Mussi
Rua Professor Clementino Fraga, 220, Apto. 1901
Bairro: Ondina
CEP: 40170-050, Salvador, BA, Brasil
E-mail: femussi@uol.com.br

Copyright © 2013 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

Los síndromes coronarios agudos son la principal causa de morbimortalidad en el mundo. Anualmente ocurren 7,1 millones de muertes por enfermedad arterial coronaria (EAC), con previsión de 11,1 millones en 2020⁽¹⁾. Se estima que, en Brasil, ocurran 300 a 400 mil casos anuales, y que a cada 5 a 7 casos ocurra una muerte⁽²⁾. En el estado de Bahia, en 2010, se constató 4.137 muertes por infarto agudo del miocardio (IAM), siendo 773 en la capital⁽³⁾.

Mitad de las muertes por IAM ocurren en la primera hora después del inicio de los síntomas⁽⁴⁾ y la sobrevida depende del tratamiento precoz⁽¹⁾. El tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la reperfusión coronaria es un factor determinante del curso clínico del IAM⁽⁵⁾, ya que la eficacia de las terapias de reperfusión coronaria es dependiente del tiempo⁽⁵⁻⁶⁾. Un obstáculo importante para el beneficio de esas terapias continúa siendo el atraso en la institución de las mismas⁽⁷⁾.

En este sentido, delante de un IAM, es un desafío identificar los factores que intervienen para el tardanza prehospitalario (período transcurrido entre el inicio de los síntomas y la llegada a un servicio de emergencia)⁽⁷⁾. Estudios indican el tiempo de decisión para la búsqueda de un servicio de salud (TD), período transcurrido entre el inicio de los síntomas y la decisión para la búsqueda de un servicio de salud, como principal componente de esa tardanza⁽⁵⁻⁶⁾. Sin embargo, no son conclusivos sobre los motivos de esta tardanza, especialmente entre los géneros⁽⁸⁾. Es importante considerar que construcciones sociales sobre masculino y femenino pueden estar implicadas en las actitudes de las personas en lo que se refiere a la propia salud, influenciando el curso y la mortalidad de la enfermedad. Por tanto, el género puede ser un factor que diferencia el comportamiento cuando sucede un IAM⁽⁹⁾.

Se ha apuntado una serie de factores por los cuales los individuos retardan la búsqueda de atención, entre ellos las condiciones socioeconómicas (edad, estado civil, escolaridad, renta, género etc.) y clínicas (tipo de síntomas, duración e intensidad del dolor etc.)⁽⁵⁻⁶⁾. Sin embargo, en Brasil es escasa la literatura referente a la influencia de estas en el TD. Conocerlas orientará prácticas de la salud para la optimización de la búsqueda de atención precoz.

Por tanto, fue objetivo general del estudio: Analizar la interacción del género en la asociación entre el tiempo de decisión y las variables sociodemográficas y clínicas. Como objetivos específicos se definió: 1. Estimar el tiempo de decisión para hombres y mujeres que sufrieron IAM;

2. Verificar la influencia de variables sociodemográficas y clínicas en el tiempo de decisión.

Métodos

Se trata de un estudio exploratorio, de corte transversal, realizado en dos instituciones hospitalarias de referencia para el tratamiento del IAM, localizadas en Salvador-BA.

Para el cálculo del tamaño de la muestra (n), se tomó como parámetro la prevalencia estimada para el IAM de 99/100.000 adultos en Salvador-BA⁽¹⁰⁾, y el cálculo del muestreo:

$$n = \frac{NP(1-P)}{(N-1)D+P(1-P)}$$

$$\text{Donde, } D = \frac{B^2}{Z_{\alpha/2}} \text{ y } P \left(\left| \hat{P} - P \right| \leq B \right) = 1 - \alpha.$$

N - número de total de la población asumida durante el período de recolección de datos = 1.000; P - proporción dentro de la población estudiada = 0,099; n - tamaño de la muestra; α - nivel de significancia; $(1-\alpha)100\%$ - grado de confianza; B - error máximo estimado deseado; $Z_{\alpha/2} = 1,96$; $1-\alpha = 0,95$; $B = 0,04$ o 4%⁽¹¹⁾.

De acuerdo con el cálculo, el tamaño de la muestra sería de 99, optándose por 100 individuos, cuyos criterios de inclusión fueron: diagnóstico médico de IAM, con o sin supradesnivelación del segmento ST, registrado en ficha médica; internación hace por lo menos 24h o con tiempo máximo después de IAM de 30 días, para evitar el sesgo recordatorio; orientación en el tiempo y espacio, ausencia de restricciones médicas para la entrevista y consentimiento del estudio.

La selección de los sujetos de la muestra fue realizada con la identificación de los individuos con diagnóstico médico de IAM en el libro de registro y su confirmación en la ficha médica, que atendía a los demás criterios de inclusión y estaba libre de exámenes y/o posibles procedimientos por una hora. Los individuos fueron abordados en la cama y orientados sobre los objetivos de la investigación, identificándose a los interesados en participar del estudio mediante firma del término de consentimiento libre e informado. El proyecto fue aprobado por Comité de Ética, protocolo 11/09, y se respetaron los principios éticos de la Resolución 196/96⁽¹²⁾.

El instrumento elaborado para la recolección de datos fue constituido por dos partes con preguntas estructuradas. La parte I levantó datos de caracterización sociodemográfica y la parte II, datos referentes a factores de riesgo cardiovascular (FRCV), manifestaciones

clínicas y tipo del IAM, interpretación dada a los síntomas y TD. El instrumento fue aplicado mediante entrevistas, realizadas en el período de abril a noviembre de 2009.

Los datos compusieron una base de datos del programa SPSS, versión 17.0 para Windows, y fueron analizados en porcentajes y promedios. Para analizar la asociación entre las variables sociodemográficas y clínicas según el género se empleó el test Chi-cuadrado o el Test Exacto de Fisher en la ocurrencia de valores esperados abajo de 5, en tablas 2x2. En los análisis bivariados y multivariados, mediante el modelo de regresión lineal robusto, se verificó la asociación entre TD y las variables sociodemográficas y clínicas, así como, se comprobó el término de interacción entre la variable de género y las variables de interés. Para el análisis se realizó la transformación logarítmica en la variable dependiente TD para explicar la asimetría de los tiempos. La significancia adoptada fue de 5% para las pruebas ($p \leq 0,05$).

Resultados

Caracterización sociodemográfica

La muestra fue constituida por 100 individuos, siendo 29 mujeres (M), con edad entre 41 y 87 años, y 71 hombres (H), con edad entre 27 y 80 años. El promedio de edad para las M fue de 58,97 años \pm DE 12,10 y de los H de 58,70 años \pm DE 11,08, prevaleciendo en la muestra y para ambos géneros la edad menor que 60 años. La raza/color auto declarada negra fue la más frecuente para la muestra (71,0%) y los géneros ($p=0,440$). En cuanto al estado civil, la mayoría era casada o tenía unión estable (75,0%), seguida por separados(as) (9,0%), solteros(as) (9,0%) y viudos(as) (7,0%). Se destaca que, tanto para las M como para los H, la condición prevalente fue estar casado(a) o vivir con compañero(a) ($p=0,099$). La baja escolaridad fue predominante, ya que 69,0% de la muestra cursaron hasta la enseñanza fundamental, siendo esta también prevalente para el grupo de H y M ($p=0,908$). En lo que se refiere a la condición laboral 67,0% eran económicamente activos(as), o sea, empleados(as), autónomos(as) o jubilados(as) con actividad, y 33,0% inactivos(as) por estar desempleados o jubilados sin actividad. Las variables género y situación de empleo no fueron asociadas. La renta familiar predominante fue de hasta tres salarios mínimos para la muestra (63,0%) y para los géneros ($p=0,739$). El número de dependientes prevalente fue de hasta tres (58%), lo mismo siendo observado entre los géneros, sin asociación significativa ($p=0,209$). Predominó en la muestra aquellos que vivían con un compañero(a) (69,0%), hijos(as) (63,0%) y

nietos(as) (23,0%), haciendo una promedio de dos personas por residencia. Se notó que los H en relación a las M vivían más con la compañera ($p=0,017$) y que las M vivían más acompañadas por sus nietas ($p=0,081$). Los participantes fueron predominantemente procedentes de la ciudad de Salvador (70,0%).

Caracterización clínica y del juzgamiento del dolor como síntoma del IAM

La historia familiar de hipertensión arterial (66%) y EAC (50%) fueron los FRCV predominantemente relatados. En cuanto a los eventos cardiovasculares previos, 52% afirmaron angina de pecho y 16% IAM. Prevaleció el IAM con supradesnivelación del segmento ST, más frecuente para H=51(71,8%), ($p=0,025$); (Tabla 1).

La mayoría de la muestra o desconocía la naturaleza de los síntomas (15%) o no los interpretó como de origen cardíaca (41%), en ese caso, los atribuyó a problemas de estómago (24,0%), de columna (9,0%), derrame cerebral o hipertensión arterial (4,0%), estrés/problemas cotidianos (3,0%) y efecto de la medicación (1,0%). De los 44 participantes que consideraron los síntomas de origen cardiovascular, 22,0% juzgaron estar sufriendo un IAM. Los H en mayor proporción se consideraron víctimas de IAM o angina de pecho, a pesar de que no fue verificada asociación significativa entre género y juzgamiento de la naturaleza de los síntomas. Los síntomas fueron juzgados graves por la mayoría de la muestra (64,0%), tanto por los H como por las M. La gravedad fue justificada en razón del dolor de fuerte intensidad y de la intensificación de los síntomas o además por la asociación del cuadro clínico al problema cardíaco.

En la Tabla 2, se verificó que los síntomas prevalentes fueron dolor en el pecho (81%), sudoración (67%), disnea (47%) y dolor irradiado para los brazos (43,0%). Para las M los síntomas más frecuentes fueron disnea, dolor irradiado para la espalda y epigastrio, vómitos, síncope y dolor irradiado para la mandíbula. Ya para los H predominaron sudoración, dolor irradiado para los brazos y cuello, náuseas, mareo y palpitación. Se verificó apenas asociación entre género y sudoración, con significancia umbral ($p=0,054$), más prevalente en los H, y asociación entre género y dolor mandibular, con frecuencia significativamente mayor para M ($p=0,021$).

La constancia del dolor fue superior a la inconstancia, para la muestra y los géneros. Un participante no pudo informar esa característica, por haberse desmayado en el inicio de los síntomas. El tipo de dolor mencionado con mayor frecuencia fue la apretura/pesadez(45,0%), seguido por ardor (36,0%), también predominante para los géneros. Las M refirieron en mayor proporción el dolor

tipo puntada, peso y rasgando y, los H, el dolor tipo ardor y pesadez. Se verificó asociación entre el dolor de tipo peso y el género, con frecuencia mayor para las M. El dolor de fuerte intensidad en el inicio de los síntomas fue

referido por 63,0% de la muestra, predominando también para los géneros. En el momento de la decisión de buscar atención, 20 participantes migraron de las categorías dolor leve o moderado para la de fuerte intensidad.

Tabla 1 - Caracterización clínica y del juzgamiento del dolor como síntoma del infarto según la muestra y los géneros. Salvador, BA, Brasil, 2010

Variables	Muestra (N=100)		Hombres (n=71)		Mujeres (n=29)		Valor de p*
	n	%	n	%	n	%	
Relato de factores de riesgo cardiovascular							
Hipertensión arterial	66	66,0	43	60,6	23	79,3	0,186
Historia familiar de enfermedad de arterial coronaria	50	50,0	34	47,9	16	55,2	0,696
Dislipidemia	31	31,0	19	26,8	12	41,4	0,239
Diabetes mellitus	23	23,0	13	18,3	10	34,5	0,153
Tabaquismo	19	19,0	15	21,1	4	13,8	0,290
Enfermedad arterial coronaria							
Angina previa	52	52,0	35	49,3	17	58,6	0,397
Infarto agudo del miocardio previo	16	16,0	10	14,1	6	20,7	0,595
Tipo de infarto agudo del miocardio							
Con supra de ST	65	65,0	51	71,8	14	48,3	0,025
Sin supra de ST	35	35,0	20	28,2	15	51,7	
Juzgamiento de los síntomas							
En cuanto a la naturaleza							
Asociado a problema cardíaco	44	44,0	33	46,5	11	37,9	0,440
No asociado a problema cardíaco	41	41,0	26	36,6	15	51,7	0,760
No sabía lo que era	15	15,0	12	16,9	3	10,3	0,309
En cuanto a la gravedad							
Graves	64	64,0	45	63,4	19	65,5	0,840
No graves	36	36,0	26	36,6	10	34,5	

*Los valores de p fueron obtenidos por el test Chi-cuadrado o el Test Exacto de Fisher

Tabla 2 - Características de los síntomas del infarto agudo del miocardio según la muestra y los géneros. Salvador, BA, Brasil, 2010

Variables	Muestra (N=100)		Hombres (n=71)		Mujeres (n=29)		Valor de p*
	n	%	n	%	n	%	
Síntomas en el infarto agudo del miocardio [†]							
Dolor en el pecho	81	81,0	57	80,3	24	82,8	0,774
Sudoración	67	67,0	52	73,2	15	51,7	0,054
Disnea	47	47,0	32	45,1	15	51,7	0,545
Dolor irradiado para los brazos	43	43,0	31	43,7	12	41,4	0,834
Dolor irradiado para la espalda	35	35,0	23	32,4	12	41,4	0,393
Náuseas	32	32,0	23	32,4	9	31,0	0,895
Vómitos	31	31,0	20	28,2	11	37,9	0,338
Mareo	20	20,0	17	23,9	3	10,3	0,123
Dolor irradiado para el cuello	17	17,0	13	18,3	4	13,8	0,711
Dolor irradiado epigástrica	18	18,0	11	15,5	7	24,1	0,307
Palpitación	14	14,0	10	14,1	4	13,8	1,000
Síncope	10	10,0	7	9,9	3	10,3	1,000
Cefalea	6	6,0	3	4,2	3	10,3	0,352
Temblores	2	2,0	2	2,8	-	-	1,000
Dolor irradiado para mandíbula	7	7,0	2	2,8	5	17,2	0,021

(continúa...)

Tabla 2 - continuación

Variables	Muestra (N=100)		Hombres (n=71)		Mujeres (n=29)		Valor de p*
	n	%	n	%	n	%	
Características del dolor							
Constancia (n=99)							
Constante	66	66,0	49	69,0	17	58,6	0,319
Inconstante	23	23,0	15	21,1	8	27,6	0,326
Tipo de dolor							
Pesadez	45	45,0	33	46,5	12	41,4	0,642
Ardor	36	36,0	29	40,8	7	24,1	0,114
Laceración	14	14,0	9	12,7	5	17,2	0,540
Puntada	13	13,0	7	9,9	6	20,7	0,144
Peso	6	6,0	2	2,8	4	13,8	0,057
Intensidad del dolor en el inicio de los síntomas							
Leve	4	4,0	3	4,2	1	3,4	0,578
Moderado	33	33,0	26	36,6	7	24,1	
Fuerte	63	63,0	42	59,2	21	72,4	
Intensidad del dolor en la decisión por atención							
Moderada	17	17,0	10	14,1	7	24,1	0,359
Fuerte	83	83,0	61	85,9	22	75,9	

*Los valores de p fueron obtenidos por el test Chi-cuadrado o el test Exacto de Fisher

†Cada individuo informó más de un síntoma

Comparación de los TD según factores sociodemográficos, clínicos y el género

El promedio geométrico (MG) y la mediana del TD fueron, respectivamente, 1,1h y 1,0h. Para las M, el MG para TD fue de 1,4h y la mediana de 1,5h y, para los H, el MG fue de 0,9h y la mediana de 1,0h. Las M presentaron tiempos promedios de decisión mayores que los H, en éste, sin embargo, no hubo diferencia estadísticamente significativa.

No hubo asociación significativa entre TD y las variables sociodemográficas, así como, no hubo interacción entre género y esas variables para el desenlace TD.

Entre los FRCV hubo asociación significativa entre TD y

tabaquismo, en la cual los individuos fumantes presentaron menor TD ($p=0,052$). Se verificó, también, interacción entre género y tabaquismo para el desenlace TD ($p=0,017$), donde las M fumantes presentaron mayor TD (2,4h), que los H (0,3h) en esa misma condición (Tabla 3).

No hubo asociación significativa entre TD e la interpretación de los síntomas como problema cardiovascular, pero las personas que los juzgaron como cardíacos presentaron menor TD. Aquellos que los consideraron graves también presentaron menor TD ($p=0,007$). No hubo interacción entre género y atribución de gravedad a los síntomas o interpretación de la naturaleza de los síntomas como cardíacos para el desenlace TD (Tabla 3).

Tabla 3 - Factores de riesgo cardiovascular, interpretación de la naturaleza de los síntomas y de su gravedad asociados al tiempo de decisión y al género. Salvador, BA, Brasil, 2010

Variables	Promedio Geométrico, en horas, del tiempo de decisión				
	Muestra (n=100)	Valor de p*	Hombre (n=71)	Mujer (n=29)	Valor de p†
Relato de factores de riesgo cardiovascular					
Hipertensión arterial					
Si (66)	1,1	0,990	1,0	1,2	0,278
No (34)	1,1		0,9	2,9	
Tabaquismo					
Si (18)	0,5	0,052	0,3	2,4	0,017
No (82)	1,3		1,3	1,3	
Diabetes mellitus					
Si (23)	1,0	0,405	1,1	0,9	0,510
No (77)	1,1		0,9	1,8	

(continúa...)

Tabla 3 - continuación

Variables	Promedio Geométrico, en horas, del tiempo de decisión				
	Muestra (n=100)	Valor de p*	Hombre (n=71)	Mujer (n=29)	Valor de p†
Juzgamiento de los síntomas					
Asociado a problema cardíaco (44)	0,8	0,289	0,7	1,2	0,764
No asociado a problema cardíaco (56)	1,3		1,2	1,5	
Gravedad de los síntomas					
Graves (64)	0,8	0,007	0,6	1,1	0,470
No graves (36)	2,0		1,9	2,1	

*Muestra la diferencia entre las categorías de las variables específicas

†Muestra la heterogeneidad entre hombres y mujeres (la interacción). Todos los valores de p fueron obtenidos por el modelo de regresión lineal robusto

En cuanto al tipo de los síntomas hubo asociación significativa entre dolor irradiado para el cuello o dolor irradiado para la mandíbula y TD ($p=0,015$ y $p=0,018$, respectivamente), en la cual los individuos que sintieron estos tipos de dolores demoraron más para decidirse a buscar un servicio de salud en relación a aquellos que no los sintieron. Se verificó, también, interacción estadísticamente significativa entre género y dolor

irradiado para el cuello y, género y dolor irradiado para la mandíbula, para el desenlace TD. Entre las características del dolor, independiente del género, se constató que el dolor constante fue un factor significativo de reducción del TD en comparación al dolor intermitente, en lo que se refiere a su leve intensidad, en el inicio de los síntomas, fue un factor significativo de aumento en el TD en comparación a la moderada intensidad (Tabla 4).

Tabla 4 - Manifestaciones clínicas del infarto agudo del miocardio asociadas al tiempo de decisión y al género. Salvador, BA, Brasil, 2010

Variables	Promedio Geométrico, en horas, del tiempo de decisión				
	Muestra (n=100)	Valor de p*	Hombre (n=71)	Mujer (n=29)	Valor de p†
Tipo de síntomas					
Dolor en el pecho					
Si (81)	1,0	0,848	0,9	1,5	0,339
No (19)	1,2		1,3	0,9	
Sudoración					
Si (66)	0,9	0,286	0,8	1,5	0,366
No (34)	1,4		1,5	1,3	
Disnea					
Si (47)	1,0	0,580	1,0	0,9	0,179
No (53)	1,2		0,9	2,4	
Náuseas					
Si (32)	1,0	0,715	0,9	1,1	0,774
No (68)	1,1		1,0	1,6	
Mareo					
Si (20)	1,0	0,929	1,1	0,8	0,600
No (80)	1,1		0,9	1,5	
Dolor irradiado p/ el cuello					
Si (17)	2,4	0,015	3,3	0,9	0,011
No (83)	0,9		0,7	1,5	
Dolor epigástrica					
Si (18)	0,9	0,538	0,9	0,8	0,407
No (82)	1,1		0,9	1,7	
Palpitación					
Si (14)	1,0	0,964	1,5	0,4	0,154
No (86)	1,1		0,9	1,7	
Dolor irradiado p/ la mandíbula					
Si (7)	4,2	0,018	26,6	2,0	<0,001
No (93)	1,0		0,9	1,3	

(continúa...)

Tabla 4 - continuación

Variables	Promedio Geométrico, en horas, del tiempo de decisión				
	Muestra (n=100)	Valor de p*	Hombre (n=71)	Mujer (n=29)	Valor de p†
Características del dolor					
Constancia					
Constante (66)	0,7	0,000	0,6	1,1	0,244
Inconstante (34)	2,7		3,0	2,2	
Tipo de dolor					
Pesadez					
Si (45)	1,4	0,215	1,1	2,4	0,471
No (55)	0,9		0,8	1,0	
Ardor					
Si (36)	0,7	0,141	0,7	0,9	0,945
No (64)	1,3		1,2	1,6	
Rasgando					
Si (14)	1,7	0,348	2,3	0,9	0,127
No (86)	1,0		0,8	1,6	
Puntada					
Si (13)	2,1	0,145	1,7	2,7	0,897
No (87)	1,0		0,9	1,2	
Peso					
Si (6)	0,7	0,499	0,4	1,0	0,653
No (94)	1,1		1,0	1,5	
Intensidad del dolor en el inicio de los síntomas					
Leve (4)	6,6	0,000	4,5	20,0	0,351
Moderada (35)	2,1		1,7	3,9	
Fuerte (61)	0,6		0,6	0,8	

*Muestra la diferencia entre las categorías de las variables específicas

†Muestra la heterogeneidad entre hombres y mujeres (la interacción). Todos los valores de p fueron obtenidos por el modelo de regresión lineal robusto

Discusión

En este estudio predominaron los hombres con IAM, correspondiendo a hallazgos en la literatura⁽⁵⁾. Las mujeres desarrollaron IAM más precozmente considerándose las edades límites de 55 años para los hombres y 65 años para las mujeres, tomadas como punto de corte para la prematuridad de IAM en relación a los géneros⁽¹³⁾. La muestra presentó características sociodemográficas homogéneas, ya que era usuaria del SUS, proveniente principalmente de la ciudad de Salvador y Región Metropolitana, declarándose mayoritariamente de raza/color negra y viviendo en condición de desigualdad social evidenciada por la baja escolaridad y renta familiar. Estos hallazgos confirman las descripciones en la literatura de esas características como potenciadoras del riesgo de enfermedad cardiovascular⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Tanto los H como las M tardaron para decidir buscar atención, presentando TD superior (1,4h vs 0,9h), lo que los expuso a elevado riesgo de mortalidad, ya que cerca de 50% de las personas con IAM mueren en la primera hora de evolución del evento cardiovascular⁽²⁾. Debe ser considerado que después de la toma de decisión todavía

perdieron tiempo trasladándose para un servicio de salud hasta obtener el diagnóstico y tratamiento.

Mayor proporción de H que M presentó IAM con supradesnivelación del segmento ST. Dado los beneficios de la reperfusión química o mecánica, en este tipo de IAM, son imprescindibles las acciones que estimulen la reducción del TD, a fin de optimizar los beneficios de esas terapéuticas, que varían en razón inversa al tiempo de su aplicación⁽¹⁶⁾.

A pesar de que se considere que el reconocimiento de los síntomas cardiovasculares demanda habilidades críticas, que pueden estar perjudicadas en el grupo con menor estudio y que la baja renta puede dificultar el acceso a los servicios de salud, en esta investigación las variaciones de renta y escolaridad no fueron asociadas a mayor TD y al género. Autores también verificaron independencia entre esas variables^(5-6,16). Por ser la muestra usuaria del SUS, la renta puede no haber sido un obstáculo para la búsqueda de atención considerando su acceso gratuito.

A pesar de la prevalencia de manifestaciones clínicas típicas de IAM, tanto para la muestra como para los géneros, la gran mayoría (84%) refirió ser el primer

episodio de IAM, no estando, por tanto, familiarizados con los síntomas, dificultando tal vez la adopción de acciones apropiadas frente al evento cardiovascular. Ese hecho, aliado al bajo nivel socioeconómico, puede explicar porque apenas 44% de los sujetos asociaron el dolor al problema cardíaco o no sabían lo que significaba. A pesar de que sin diferencia estadísticamente significativa, conviene destacar que la interpretación de los síntomas como problema cardíaco fue responsable por menor TD, tal como ya fue constatado por otros autores⁽¹⁷⁾. A pesar de que no hubo interacción con el género, se observó que los H que juzgaron los síntomas como cardíacos tuvieron menor TD. El juzgamiento de los síntomas como de causa cardíaca es más frecuente para el grupo de hombres, posiblemente por las creencias de que el IAM es un trastorno pertinente a ese género o por el hecho de que las mujeres no se juzgaron susceptibles a los eventos cardiovasculares⁽¹³⁾.

Considerando que 64% atribuyeron gravedad a los síntomas y que 56% no los asociaron al IAM o no sabían su origen, es posible suponer que el reconocimiento de la gravedad potencial del cuadro clínico ocurre en el curso del evento cardiovascular, o sea, cuando los participantes pasaron a interactuar con la constatación de que no podían mejorar los síntomas con recursos personales y con la intolerancia al dolor. La interpretación de la gravedad del IAM fue determinante para menor TD, revelando la importancia de la concientización de la comunidad en general en lo que se refiere a la búsqueda precoz de atención frente al IAM, mismo en la ausencia de síntomas juzgados intolerables.

En lo que se refiere al TD y su relación con los factores sociodemográficos, la literatura apunta que las mujeres y personas con edad superior a 70 años combinan la presentación de síntomas menos típicos de IAM⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ y por esa razón pueden tardar para decidir buscar atención. Sin embargo, en el presente estudio, no se verificó asociación significativa entre TD, edad y género, cabiendo destacar que las mujeres y los hombres, en su mayoría, sufrieron infarto con edad menor que 60 años y con síntomas típicos del IAM.

En este estudio, los FRCV identificados son semejantes a los descritos en la literatura^(13,20-21) como factores causales para la EAC y prevalentes en grupos en situación de desigualdad social. La falta de asociación entre relato de FRCV y género también fue constatada por otros autores⁽¹³⁾. No hubo asociación significativa entre TD y diabetes mellitus tipo II, a pesar de que la literatura apunte que diabéticos retardan la búsqueda por atención⁽²²⁾. Las justificativas para la tardanza prehospitalaria en diabéticos no están bien claras, pero se asociaron a la percepción alterada del dolor, debido la

neuropatía, o la presentación de síntomas inespecíficos del IAM⁽²²⁾.

Los individuos fumantes presentaron menor TD (0,5h vs 1,3h; $p=0,052$), indicando que los tabaquistas tal vez perciben mayor riesgo de enfermarse. Esta percepción parece estar predominantemente relacionada al género masculino responsable por la reducción significativa del TD en este grupo. Por tanto, especialmente las mujeres tabaquistas necesitan recibir atención especial de los programas que objetivan disminuir la tardanza prehospitalaria en el caso de IAM.

Los síntomas del IAM descritos por los participantes fueron característicos y correspondieron a lo encontrado en la literatura⁽²⁰⁻²¹⁾. En particular en el tipo de dolor, el aumento del TD fue influenciado significativamente por el dolor irradiado para el cuello y la mandíbula, siendo el género masculino el principal responsable. En lo que se refiere a la intensidad del dolor, se constató también mayor TD cuando clasificada como leve, en ambos géneros. Por otro lado, el dolor de fuerte intensidad y/o de carácter constante se asoció a una disminución significativa del TD, sin diferencia entre los géneros, sugiriendo que el dolor intenso puede llevar a las personas a buscar atención más rápidamente debido a la intolerancia, en cuanto los síntomas atípicos pueden hacer que subestimen la seriedad de estos^(9,23). Es probable que la irradiación del dolor hacia fuera de la región precordial y/o su débil intensidad colocase en duda su interpretación como problema cardíaco, permitiendo que fuesen relacionadas a problemas musculares esqueléticos, particularmente, en hombres.

El estudio destaca la importancia de la necesidad de obtener información básica sobre los FRCV, síntomas típicos y atípicos del IAM y de los riesgos de la tardanza en buscar atención. Los resultados esclarecieron particularidades de cada género que influenciaron en un mayor o menor TD cuando sucede un IAM, contribuyendo para la identificación de grupos de riesgo. La identificación de los factores clínicos y sociodemográficos implicados en la demora para la búsqueda de un servicio de salud, orienta a los profesionales de la salud en lo relacionado a acciones educativas dirigidas a los pacientes, familiares y comunidad con el objetivo de reducir el TD⁽¹⁶⁾.

Conclusiones

El estudio aportó contribuciones sobre los factores sociodemográficos y clínicos que interfieren en el TD delante de los síntomas del IAM y sus relaciones con los géneros. Se observó TDs elevados para los géneros, las mujeres exhibiendo tiempos superiores, pero sin diferencia estadísticamente significativa. Factores clínicos

fueron asociados al TD, cabiendo destacar menor TD para individuos tabaquistas, con dolor constante y de fuerte intensidad. El estudio permitió, también, concluir que hubo interacción entre el género y tabaquismo, así como entre género y dolor irradiado para el cuello o mandíbula, para el desenlace TD.

Estos hallazgos orientan acciones de salud que objetivan la búsqueda precoz de atención. Considerando la educación en salud como integrante de las prácticas de cuidar en enfermería, le cabe al enfermero(a) proponer y evaluar intervenciones eficaces, basadas en las especificidades de los géneros, que estimulen y valoricen la atención precoz frente al IAM. La demora en la decisión para la búsqueda de atención apunta para la necesidad de ofrecer orientaciones y entrenamientos que ayuden a los individuos a reconocer los síntomas del IAM y a valorizar la búsqueda inmediata por un servicio de emergencia. Se destaca como posible limitación del estudio el tamaño de la muestra. Es posible proponer la hipótesis de que, con muestras mayores, otras asociaciones significativas podrían haber sido encontradas.

Cabe también considerar que el presente trabajo tuvo como objetivo verificar la interacción entre las variables clínicas y sociodemográficas y el género para el desenlace TD y que otras variables, como por ejemplo las culturales y ambientales, necesitan ser evaluadas en otras investigaciones.

Referencias

1. Timerman S, Marques FBR, Pispico A, Ramires JAF. Tratamento pré-hospitalar da síndrome isquêmica aguda com supradesnivelamento do segmento ST: já temos suficiente evidência para implantar rotina? *Rev Soc Cardiol Estado São Paulo* 2004;14(6):868-83.
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio. *Arq Bras Cardiol*. 2004;83(supl. 4):9-86.
3. Ministério da Saúde (BR). Indicadores de Saúde. Datasus. [Internet]. [acesso 13 mai 2012]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz sobre o tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnível do segmento ST. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(supl 2):179-264.
5. Gärtner C, Walz L, Bauernschmitt E, Ladwig KH. The causes of prehospital delay in myocardial infarction. *Dtsch Arztebl Int*. 2008;105(15):286-91.
6. 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.
7. Mussi FC, Ferreira SL, Menezes AA. Experiences of women in face of pain from acute myocardial infarction. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(2):170-8.
8. Devon HA, Zerwic JJ. Symptoms of acute coronary syndromes: are there gender differences? A review of the literature. *Heart Lung*. 2002;31(4):235-45.
9. Mussi FC, Pereira A. Pain tolerance during myocardium infarction. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(1):80-7.
10. Lessa I. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares no Brasil. *Rev Soc Cardiol Estado São Paulo*. 1999;9(4):509-18.
11. Kish L. *Survey Sampling*. New York: Wiley; 1965. p. 59.
12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de Outubro de 1996. Sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. [Internet] Brasília. [acesso 10 set 2010] Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>.
13. Conti RAS, Solimene MC, Luz PL, Benjá AM, Neto PAL, Ramires JAF. Comparison Between Young Males and Females with Acute Myocardial Infarction. *Arq Bras Cardiol*. 2002;79(5):510-7.
14. Ishitani LH, Franco GC, Perpétuo IH, França E. Socioeconomic inequalities and premature mortality due to cardiovascular diseases in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2006;40:684-91.
15. Gama GGG, Mussi FC, Pires CGS, Guimarães AC. Crenças e comportamentos de pessoas com doença arterial coronária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(12):3371-83.
16. Franco B, Rabelo ER, Goldemeyer S, Souza EN. Patients with acute myocardial infarction and interfering factors when seeking emergency care: implications for health education. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(3):414-8.
17. Moser DK, Mckinley S, Dracup K, Chung ML. Gender differences in reasons patients delay in seeking treatment for acute myocardial infarction symptoms. *Patient Educ Counsel*. 2005;56:45-54.
18. Isaksson RM, Holmgren L, Lundblad D, Brulin C, Eliasson M. Time trends in symptoms and prehospital delay time in women vs. men with myocardial infarction over a 15-year period. The Northern Sweden MONICA Study. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2008;7:152-8.
19. Ting HH, Bradley EH, Wang Y, Lichtman JH, Nallamothu BK, Sullivan MD, et al. Patient Education to Reduce Prehospital Delay Time in Acute Coronary Syndrome. *Arch Intern Med*. 2008;168(9):959-68.
20. Evangelista PA, Barreto SM, Guerra HL. Hospital admission and hospital death associated to ischemic heart diseases at the National Health System (SUS). *Arq Bras Cardiol*. 2008;90(2):130-8.

21. Santos FLMM, Araújo TL. Having an infarction: the meanings of the disease from the patient's perspective. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2003;11(6):742-8.
22. Goldberg RJ, Steg PG, Sadiq I, Granger CB, Jackson EA, Budaj A, et al. Extent of, and factors associated with, delay to hospital presentation in patients with acute coronary disease (the GRACE registry). *Am J Cardiol*. 2002;89(7):791-6.
23. Ying W, Ying Z, Yu-Qiu L, Bao-Li H, Cong-Xin H. Factors associated with the extent of care-seeking delay for patients with acute myocardial infarction in Beijing. *CMJ*. 2004;117(12):1772-7.