

Actitudes prehospitalarias adoptadas por pacientes frente a los síntomas de infarto agudo del miocardio¹

Viviane de Araújo Gouveia²

Edgar Guimarães Victor³

Sandro Gonçalves de Lima⁴

Esta serie de casos tuvo el objetivo de evaluar las conductas adoptadas por los pacientes durante la fase prehospitalaria del infarto agudo del miocardio (IAM). Se evaluaron 115 individuos portadores de IAM con el segmento ST supradesnivelado. Fue aplicada la prueba Chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher. Los individuos que no asociaron los síntomas a la enfermedad cardiovascular la atribuyeron más frecuentemente a los siguientes orígenes: gastrointestinal (38%), osteomuscular (29,7%), intoxicación alimentaria y/o medicamentosa (8,5%) y provenientes del aparato respiratorio (6,3%). La proporción de resultados más graves y de pacientes que llegaron a la emergencia después de 12 horas fue más elevada entre mujeres, individuos con renta mensual de hasta un salario mínimo, que usaron analgésicos y no asociaron los síntomas a la enfermedad cardiovascular. Se constató que individuos en condiciones socioeconómicas desfavorables, que interpretaron los síntomas de forma incorrecta, llegaron más tarde a la emergencia y presentaron peores resultados intrahospitalarios.

Descriptores: Infarto del Miocardio; Síntomas; Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud.

¹ Artículo parte de Disertación de Maestría "Atitudes pré-hospitalares de indivíduos atendidos em uma emergência cardiológica frente aos sintomas preditores de infarto agudo do miocárdio" presentada en la Universidade Federal de Pernambuco, PE, Brasil.

² Enfermera, Maestro en Ciencias de la Salud, Profesor Asistente, Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco, PE, Brasil. E-mail: vivi_gouveia@yahoo.com.br.

³ Médico, Doctor en Medicina, Profesor Titular, Universidade Federal de Pernambuco, PE, Brasil. E-mail: egvictor@oi.com.br.

⁴ Médico, Doctor en Salud Pública. Unidade de Terapia Intensiva, Hospital das Clínicas de Pernambuco, Universidade Federal de Pernambuco, Brasil. E-mail: sandrolima@cardiol.br.

Correspondencia:

Viviane de Araújo Gouveia
Rua São Paulo, 36,
Bairro: Massaranduba, Prazeres
CEP: 54310-130, Jaboatão dos Guararapes, PE, Brasil
E-mail: vivi_gouveia@yahoo.com.br

Atitudes pré-hospitalares adotadas por pacientes frente aos sintomas de infarto agudo do miocárdio

Esta série de casos teve o objetivo de avaliar as condutas adotadas pelos pacientes, durante a fase pré-hospitalar do infarto agudo do miocárdio (IAM). Avaliaram-se 115 indivíduos portadores de IAM, com supradesnívelamento do segmento ST. Foi aplicado o teste qui-quadrado e o teste exato de Fisher. Os indivíduos que não associaram os sintomas à doença cardiovascular atribuíram, mais frequentemente, às seguintes origens: gastrointestinal (38%), osteomuscular (29,7%), intoxicação alimentar e/ou medicamentosa (8,5%) e decorrentes do aparelho respiratório (6,3%). A proporção de desfechos maiores e de pacientes que chegaram à emergência após 12 horas foi mais elevada entre mulheres, indivíduos com renda mensal de até um salário mínimo, que usaram analgésicos e não associaram os sintomas à doença cardiovascular. Constatou-se que indivíduos em condições socio-conômicas desfavoráveis, que interpretaram os sintomas de forma incorreta, chegaram mais tardiamente à emergência e apresentaram piores desfechos intra-hospitalares.

Descritores: Infarto do Miocárdio; Sintomas; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

Pre-hospital attitudes adopted by patients faced with the symptoms of acute myocardial infarction

This case series aimed to evaluate the behavior adopted by patients during the pre-hospital phase of acute myocardial infarction (AMI). A total of 115 AMI sufferers with ST-segment elevation were evaluated. The chi-square and Fisher's exact tests were applied. The individuals that did not associate the symptoms with cardiovascular disease most often attributed them to the following sources: gastrointestinal (38%), musculoskeletal (29.7%), food and/or medication poisoning (8.5%) and arising from the respiratory apparatus (6.3%). The proportion of major outcomes and of patients that arrived in the emergency department after 12 hours was higher among women, individuals with monthly income of up to one minimum wage, those who used analgesics and did not associate the symptoms with cardiovascular disease. It was found that individuals in unfavorable socioeconomic conditions, who interpreted the symptoms incorrectly, arrived later at the emergency department and had worse intra-hospital outcomes.

Descriptors: Myocardial Infarct; Symptoms; Health Knowledge, Attitudes, Practice.

Introducción

La fase prehospitalaria, en la atención del Infarto Agudo del Miocardio (IAM), comprende el inicio del dolor y el reconocimiento de la sintomatología por el paciente, hasta la búsqueda de los primeros socorros, incluyendo el desplazamiento al servicio hospitalario más próximo⁽¹⁻²⁾. Según datos de la *American Heart Association* (AHA), el transporte para el hospital es la fase en donde se pierde más tiempo. Se estima que el intervalo de tiempo entre la aparición de los síntomas hasta la llegada a la emergencia varía de una hora y media a seis horas⁽²⁻³⁾. Para garantizar un buen pronóstico, es ideal que los pacientes no excedan más de 45 minutos entre la interpretación de los síntomas

y la búsqueda por la asistencia en salud.

La presentación del IAM abarca desde síntomas clásicos hasta los inespecíficos, lo que puede interferir en la elección por conductas adecuadas para el tratamiento⁽⁴⁾. La correcta interpretación de los síntomas resulta en disminución del tiempo de llegada a la emergencia. Entretanto, la falta de autonomía y la incapacidad progresiva generada por la instalación y evolución de los síntomas pueden colaborar para que el individuo se torne cada vez más pasivo delante de la situación, reduciendo las chances de sobrevivencia⁽⁴⁻⁵⁾.

La importancia que el paciente atribuye a los síntomas

también influye en la elección de las conductas⁽⁶⁻⁷⁾. En estudio realizado por la AHA, fue observado que la mayoría de los pacientes no atribuyó gran importancia a los síntomas de IAM, clasificándolos como "sin relevancia" y la conducta relacionada a esa interpretación fue la de quedarse esperando el término de los mismos⁽⁸⁾. Algunas características socioculturales como: religión, género, nivel de escolaridad, número de personas por domicilio también pueden influenciar en la elección de las conductas⁽⁹⁻¹⁰⁾. El objetivo de este estudio fue evaluar las actitudes prehospitales frente a los síntomas que sugieren IAM en pacientes atendidos en una emergencia cardiológica.

Método

Se trata de un estudio descriptivo del tipo serie de casos, realizado en el período de febrero a junio de 2008, en la Emergencia Cardiológica de Pernambuco/PROCAPE.

La muestra fue constituida por individuos internados con diagnóstico confirmado de IAM con el segmento ST supradesnivelado. Fueron excluidos los individuos que no se encontraban en condiciones de entregar informaciones, por ser portadores de trastornos mentales o estar en uso de fármacos que interferían en la cognición o, también, debido a las condiciones clínicas desfavorables como: choque cardiogénico, edema agudo de pulmón, insuficiencia respiratoria, asistencia ventilatoria mecánica entre otras.

Las interpretaciones de los pacientes sobre los síntomas fueron clasificados como siendo de origen cardiovascular o de origen en otros sistemas. Fueron definidas como conductas beneficiosas para tratamiento del IAM aquellas preconizadas por la III Directriz Brasileña para el Tratamiento del IAM⁽¹⁾. Fueron considerados como resultados más graves: cirugía de revascularización miocárdica (RVM); angioplastia coronaria; recrudescencia de angina durante el período de internación; accidente vascular cerebral (AVC) y muerte.

Para la recolección de los datos fue utilizado un cuestionario, acerca de las condiciones socioeconómicas y demográficas, conductas prehospitales adoptadas por los individuos frente a los síntomas de predicción de IAM, pasado mórbido y factores de riesgo cardiovasculares. Los resultados fueron recolectados a través de las fichas médicas. Con la intención de minimizar el sesgo de memoria, el tiempo máximo para la aplicación del cuestionario fue 48 horas después de la admisión en la emergencia cardiológica. Para el análisis de las variables fue aplicada la prueba Chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher cuando necesario. Todas las conclusiones

fueron tomadas considerando la significancia de 5%. Los programas utilizados fueron el Excel versión 2000 y el SPSS versión 8.0. El proyecto de investigación fue aprobado por el comité de ética en investigación (CEP) del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Pernambuco (CCS/UFPE) conforme parecer número 405/07.

Resultados

La muestra fue composta por 115 individuos. La mayoría (94,8%) de los entrevistados residía en casa de albañilería, con promedio de 3,8 habitantes por domicilio, fuera del municipio de Recife y poseían renta promedio mensual de 1,7 salarios mínimos (Tabla 1).

Tabla 1 – Distribución de los pacientes evaluados en cuanto a las características socio-demográficas. Recife, PE, Brasil, 2009

Características sociodemográficas	N	%
Sexo		
Masculino	79	68,7
Femenino	36	31,3
Edad (60,8 ± 12,6)		
Hasta 60	28	24,3
> 60	87	75,7
Escolaridad		
Analfabeto	32	27,8
Enseñanza elemental	44	38,3
Enseñanza fundamental	22	19,1
Enseñanza media	10	8,7
Superior	7	6,1
Color de la piel		
Blanca	41	35,7
No blanca	74	64,3

Los Individuos que interpretaron los síntomas como no relacionados a la enfermedad cardiovascular, la atribuyeron más frecuentemente a las siguientes orígenes: sistema digestivo (38%), osteomuscular (29,7%), intoxicación alimentar y/o medicamentosa (8,5%) y aparato respiratorio (6,3%). Un pequeño porcentaje (9,6%) optó por dos o más conductas simultáneas o en secuencia delante de los síntomas presentados. Apenas 18,7% de los individuos escogieron, por lo menos, una conducta que realmente resultaría en beneficio para su cuadro de salud. Se registró una variedad expresiva de conductas, tales como: uso de medicaciones sin efectos cardiovasculares y tés, baño, masaje local, práctica de ejercicios físicos, oraciones, ingestión de agua, inducción de vómitos, aplicación tópica de alcohol, ingestión de aguardiente y verificación de la presión arterial.

Cerca de 90% de la muestra poseía por lo menos un factor de riesgo para enfermedad cardiovascular y 20% de los participantes poseían por lo menos una comorbilidad. El tiempo de llegada a la emergencia después del inicio de los síntomas varió de 30 minutos a cinco días. Esta disparidad justifica el promedio de tiempo de desplazamiento de 53 horas, a pesar de que 61 pacientes (53%) hubiesen llegado en hasta 12 horas. El análisis de los resultados presentados por los individuos hasta el alta hospitalaria reveló que 3,5% de los entrevistados presentaron más de un resultado. Durante un corto período de tiempo en que la institución no dispuso de trombolítico, algunos de los 86 pacientes que recibieron alta hospitalaria fueron transferidos para otros hospitales o recibieron alta hospitalaria para realizar el(los) procedimiento(s) posteriormente (Tabla 2).

Tabla 2 – Distribución de pacientes evaluados en cuanto a las características clínicas y a las conductas adoptadas frente a los síntomas de predicción de IAM. Recife, PE, Brasil, 2009

Características clínicas	N	%
Interpretación de los síntomas		
Origen cardiovascular	42	36,5
Otras orígenes	47	40,9
No sabían opinar	26	22,6
Conductas		
Ninguna	52	45,2
Reposo	17	14,8
Aspirina	1	0,9
Analgésico	12	10,4
Nitrato	3	2,6
Otras	43	37,4

(continúa...)

Tabla 2 - *continuación*

Características clínicas	N	%
Conductas beneficiosas para el tratamiento del IAM		
Si	20	36,4
No	35	63,6
Factores de Riesgo		
HAS	82	78,8
DM	33	31,7
Tabaquismo	54	51,9
Dislipidemia	25	24,0
Comorbilidades		
EAC	10	41,7
AVC	5	20,8
Enfermedades cardíacas no isquémicas	5	20,8
Otras	6	25,0
Resultados		
Cirugía de Revascularización Miocárdica (CRM)	8	7,0
Angioplastia	7	6,1
Recrudescencia de angina/IAM	7	6,1
AVC	2	1,7
Muerte	11	9,6
Alta hospitalaria	86	74,8
Tiempo transcurrido del inicio de los síntomas hasta la admisión en la emergencia		
Hasta 12h	61	53,0
> 12h	54	47,0

IAM: infarto agudo del miocardio; HAS: Hipertensión Arterial Sistémica; DM: Diabetes Mellitus; EAC: Enfermedad Arterial coronaria; AVC: Accidente Vascular Cerebral.

A pesar de que sin asociación estadísticamente significativa, una mayor proporción de mujeres, con baja renta mensual y sin testigos durante el IAM presentaron mayor tiempo de desplazamiento hasta la emergencia y mayor proporción de resultados más graves (Tabla 3).

Tabla 3 – Distribución de los pacientes evaluados en cuanto a las características sociodemográficas y clínicas según el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la admisión en la emergencia. Recife, PE, Brasil, 2009

Características sociodemográficas y clínicas	Tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la admisión en la emergencia				p-valor
	Hasta 12h		>12h		
	N	%	N	%	
Sexo					
Masculino	42	53,2	37	46,8	
Femenino	19	52,8	17	47,2	1,000
Edad					
Hasta 60	19	67,9	9	32,1	
>60	42	48,3	45	51,7	0,084
Color de la piel					
Blanca	26	63,4	15	36,6	
No blanca	35	47,3	39	52,7	0,120
Región en que reside					
Recife	23	60,5	15	39,5	
Fuera de la ciudad del Recife	38	49,4	39	50,6	0,322

(continúa...)

Tabla 3 - *continuación*

Características sociodemográficas y clínicas	Tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la admisión en la emergencia				p-valor
	Hasta 12h		>12h		
	N	%	N	%	
Renta Mensual					
Hasta 1 S.M.	30	46,9	34	53,1	
>1 S.M.	31	60,8	20	39,2	0,188
Testigos durante el IAM					
Familiares	36	50,0	36	50,0	
Otros	16	69,6	7	30,4	
Ninguna	9	45,0	11	55,0	0,191
Interpretación de los síntomas					
Origen cardiovascular	25	59,5	17	40,5	
Otros Orígenes	25	53,2	22	46,8	
No sabía opinar	11	42,3	15	57,7	0,384
Conductas					
Ninguna	29	47,5	23	42,6	0,595
Reposo	9	14,8	8	14,8	0,992
Aspirina	0	0,0	1	1,9	0,470
Analgésico	3	4,9	9	16,7	0,040
Nitrato	0	0,0	3	5,6	0,100
Otras	24	39,3	19	35,2	0,645
Conductas beneficiosas para el tratamiento del IAM					
Si	8	40,0	12	60,0	
No	22	62,9	13	37,1	0,101

S.M.: Salario Mínimo; IAM: Infarto Agudo del Miocardio.

La proporción de individuos que llegaron a la emergencia con más de 12h fue significativamente mayor entre aquellos que se automedicaron con analgésicos ($p=0.040$). Un porcentaje mayor de individuos que interpretó los síntomas como no provenientes del corazón y, que no adoptaron ninguna conducta delante de los síntomas presentados llegó más tarde a la emergencia, presentando mayor proporción de resultados más graves (Tabla 4).

Tabla 4 – Distribución de los pacientes evaluados en cuanto a las características clínicas y socio-demográficas según los resultados más graves. Recife, PE, Brasil, 2009

Características sociodemográficas y clínicas	Resultados más graves				p-valor
	No		Si		
	N	%	N	%	
Sexo					
Masculino	62	78,5	17	21,5	
Femenino	24	66,7	12	33,3	0,176
Intervalo de Edad					
Hasta 60	19	67,9	9	32,1	
>60	67	77,0	20	23,0	0,453
Color de la piel					
Blanca	32	78,0	9	22,0	
No blanca	54	73,0	20	27,0	0,548

(continúa...)

Características sociodemográficas y clínicas	Resultados más graves				p-valor
	No		Si		
	N	%	N	%	
Renta Mensual					
Hasta 1 S.M.	45	70,3	19	29,7	
> 1 S.M.	41	80,4	10	19,6	0,216
Testigos durante el IAM					
Familiares	58	80,6	14	19,4	
Otros	15	65,2	8	34,8	
Ninguna	13	65,0	7	35,0	0,182
Interpretación de los síntomas					
Origen cardiovascular	32	76,2	10	23,8	
Otras orígenes	34	72,3	13	27,7	
No sabían opinar	20	76,9	6	23,1	0,880
Conductas					
Ninguna	42	48,8	10	34,5	0,179
Reposo	13	15,1	4	13,8	1,000
Aspirina	0	0,0	1	3,4	0,252
Analgésico	11	12,8	1	3,4	0,290
Nitrato	2	2,3	1	3,4	1,000
Otras	28	32,6	15	51,7	0,065
Conductas beneficiosas para el tratamiento del IAM					
Si	16	80,0	4	20,0	
No	23	65,7	12	34,3	0,262

S.M.: Salario Mínimo; IAM: Infarto Agudo del Miocardio.

Discusión

Factores sociodemográficos y clínicos son capaces de interferir en la interpretación y elección de conductas por parte de los pacientes, influyendo así, el tiempo por la búsqueda de atención y el inicio de la trombólisis y, por consiguiente, el pronóstico y sobrevida de los individuos^(2,9-10).

El bajo nivel de escolaridad y las limitadas condiciones financieras identificadas en esta muestra pueden haber limitado el acceso de esos individuos a la educación en salud, influyendo el tiempo de búsqueda por el servicio de salud de alta complejidad corroborando con los hallazgos de otros autores⁽¹⁰⁾. Gran parte de los individuos interpretó los síntomas como problemas de origen gastrointestinal. Estos datos están de acuerdo con estudios realizados en Inglaterra y Suecia en donde la mayoría de los pacientes interpretó los síntomas como indigestión o de origen muscular-esquelético⁽¹¹⁻¹²⁾.

A pesar de que la mayoría hubiese llegado en hasta 12h a la emergencia, pocos adoptaron conductas prehospitalarias que resultarían en beneficio del cuadro de IAM. Un estudio cualitativo realizado en Inglaterra, en una muestra de diez mujeres, evaluó la percepción de los síntomas de IAM. Los resultados mostraron haber coherencia entre la interpretación de los síntomas y las conductas adoptadas por los pacientes⁽¹²⁾.

Semejante a los hallazgos del presente estudio, los hombres y las personas más jóvenes llevaron menos tiempo para buscar los servicios de salud cuando comparados con las mujeres y los ancianos que tuvieron más dificultades para interpretar los síntomas como siendo un episodio de IAM y presentan más síntomas atípicos⁽¹³⁾. Estos datos pueden en parte justificar la elevada mortalidad femenina intrahospitalaria después de las primeras 24 horas de internación por IAM y la demora para instituir la trombólisis⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Mismo sin asociación estadísticamente significativa, la mayoría de los pacientes que llegaron con menos de 12 horas a la emergencia eran residentes de la ciudad del Recife, de color blanca, con mejores condiciones financieras. Estos hallazgos se asemejan a los estudios que evaluaron la diferencia en la percepción de los síntomas entre negros y blancos y entre personas de diferentes condiciones financieras⁽¹⁶⁾. Un estudio multicéntrico mostró que pacientes de Australia y de Nueva Zelandia pierden menos tiempo hasta la llegada a la emergencia, cuando comparados con brasileños y argentinos⁽¹⁷⁾. Entre los individuos que llegaron más temprano a la emergencia, gran parte estaba acompañada de testigos sin vínculo de parentesco con los mismos. Por otro lado,

autores que estudiaron la influencia de la interpretación de los síntomas en el tiempo de desplazamiento hasta el hospital, verificaron que familiares sugieren más frecuentemente actitudes que prolongaron el tiempo de llegada a la emergencia, cuando comparados a las personas sin relación de parentesco con la víctima⁽¹⁸⁾.

La mayoría de los pacientes que interpretaron los síntomas como enfermedad cardiovascular (DCV) consiguió llegar en menos de 12 horas a la emergencia. Esos datos se asemejan a los resultados de otros trabajos en donde la mayoría de los individuos que interpretaron los síntomas como siendo de otro origen perdieron más tiempo para buscar socorro⁽¹⁹⁾. En un estudio multicéntrico que evaluó 228 pacientes fue verificado que apenas 25% de ellos reconocieron los síntomas como DCV y que las decisiones más ágiles fueron adoptadas por aquellos que interpretaron los síntomas correctamente⁽¹⁹⁾. Otro estudio realizado en Japón mostró que los pacientes, que asociaron los síntomas a la DCV, buscaron más rápidamente el servicio de emergencia y llegaron con más chances de someterse a la trombólisis mecánica⁽²⁰⁾.

El retardo en buscar atención puede ser influenciado por la localización del IAM, edad, duración de los síntomas, experiencia negativa con tratamientos hospitalarios anteriores, miedo, alteraciones en la percepción del dolor, deficiencia en la autonomía de cuidar de la propia salud, factores culturales/creencias populares, dificultades en el acceso a la educación y a los servicios de salud debido a la desfavorable localización geográfica y/o condiciones financieras limitadas, bajo nivel de escolaridad, entre otros^(14,21).

La mayoría de los pacientes que usó nitratos y aspirina llegó con más de 12 horas a la emergencia. Esas conductas pueden haber contribuido, en parte, para el atraso en la decisión de ir al hospital. Esta hipótesis puede ser confirmada por la asociación estadísticamente significativa entre el uso de analgésicos y el tiempo más prolongado para llegar a la emergencia. Individuos que llegaron a la emergencia más temprano tomaron menos conductas adecuadas y, quizás, por eso fueron más rápido a la emergencia, una vez que las conductas adoptadas no surtieron efecto beneficioso o hasta pueden haber contribuido para empeorar el cuadro clínico.

Entre los pacientes que presentaron resultados más graves fue observada una proporción más elevada de individuos del sexo femenino, con el intervalo de edad de hasta 60 años, bajo nivel de escolaridad, color no blanca, con renta mensual de hasta un salario mínimo y ausencia de testigos durante el episodio. Algunos estudios mostraron que individuos con color de la piel blanca, con mejores condiciones financieras y mayor grado de

escolaridad presentaron mayor rapidez en la busca de atención clínica en relación a los no blancos⁽²²⁾. Esto puede haber justificado el hecho de individuos con condiciones sociales desfavorables llevar más tiempo para acceder a los servicios de emergencia, retardando el tiempo para el inicio de la trombólisis.

Es posible que el reducido número de la muestra pueda haber influenciado la falta de asociación estadísticamente significativa, y que tenga ocurrido sesgo de verificación en relación a la variable resultado debido a las deficiencias del servicio que no siempre ofrecía todos los procedimientos, en los más diferentes niveles de complejidad. Además de eso, durante un corto período de tiempo la institución no dispuso de trombolíticos. De esta forma, algunos pacientes fueron transferidos para otros hospitales o recibieron alta hospitalaria para realizar los procedimientos posteriormente.

La educación popular es una de las herramientas fundamentales de la promoción de la salud. El conocimiento acerca de los síntomas de una enfermedad puede interferir en la interpretación de estos y, consecuentemente la conducta adoptada por el paciente, la mayoría de las veces, será coherente con la interpretación que el mismo atribuyó a los síntomas. Por tanto, es necesario orientar a la población a través de campañas educativas, de manera racional y respaldada en datos científicos, para divulgación de los síntomas de IAM, especialmente entre los ancianos y mujeres, una vez que estos grupos presentaron mayor atraso en el tiempo de búsqueda por la atención de la salud.

Durante la realización de las actividades de educación en salud, es importante que los profesionales adopten estrategias que puedan incentivar y respetar la noción de que el paciente, como individuo responsable por su propia salud, pueda iniciar el proceso que lo lleve a estar bien, reconociendo en sí la necesidad de cambio de actitud frente a los síntomas de predicción de la enfermedad⁽²³⁾. En esta perspectiva, los profesionales de la salud están democratizando el saber, respetando la autonomía, y potencializando la capacidad de autocuidado en los pacientes, contribuyendo para la reducción de la mortalidad por IAM.

Conclusión

Individuos con condiciones socioeconómicas desfavorables, que interpretaron los síntomas de forma incorrecta y no adoptaron ninguna conducta delante de los síntomas presentados, llegaron más tarde a la emergencia y presentaron peores resultados intrahospitalarios.

Referencias

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio. *Arq Bras Cardiol.* 2004;83(supl 2):1-86.
2. Moser DK, Kimble LP, Alberts MJ, Alonzo A, Croft JB, Dracup K, et al. Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke. A scientific statement from the American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing and stroke Council. *Circulation.* 2006;114(2):175-89.
3. Lovlien M, Schei B, Hole T. Prehospital delay, contributing aspects and responses to symptoms among Norwegian women and men with first time acute myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2007;6(4):308-13.
4. Ottesen MM, Dixen U, Torp-Pedersen C, Kober L. Prehospital delay in acute coronary syndrome – an analysis of the components of delay. *Int J Cardiol.* 2004;96(1):97-103.
5. Mensah GA, Hand MM, Antman EM, Ryan TJ Jr, Schriever R, Smith SC Jr. Development of system of care for st-elevation myocardial infarction patients: the patient and public perspective. *Circulation.* 2007;116(2):33-8.
6. Caldwell MA, Miaskowski C. Mass media interventions to reduce help-seeking delay in people with symptoms of acute myocardial infarction: time for a new approach? *Patient Educ Couns.* 2002;46(1):1-9.
7. Santos FLMM, Araújo TL. Vivendo infarto: os significados da doença segundo a perspectiva do paciente. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2003;11(6):742-8.
8. 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(1):45-54.
9. Antman EM, Hand M, Armstrong W, Bates ER, Green LA, Halasyamani LK, et al. 2007 Focused update of the ACC/AHA 2004 guidelines for the management of patients with st-elevation myocardial infarction. *Circulation.* 2008;117(2):1-34.
10. Masoudi FA, Bonow RO, Brindis RG, Cannon CP, DeBuhr J, Fitzgerald S, et al. ACC/AHA 2008 Statement on performance measurement and reperfusion therapy. *J Am Coll Cardiol.* 2008;52(24):2100-12.
11. Henriksson C, Lindahl B, Larsson M. Patients' and relatives' thought and actions during and after symptom presentation for an acute myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2007;6(4):280-6.
12. MacInnes JD. The illness perceptions of women following symptoms of acute myocardial infarction: A self-regulatory approach. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2006;5(4):280-8.

13. Arnetz JE, Arnetz BB. Gender differences in patient perceptions of involvement in myocardial infarction care. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2008;17(3):393-405.
14. Jneid H, Fonarow GC, Cannon CP, Hernandez AF, Palacios IF, Marea AO, et al. Sex differences in medical care and early death after acute myocardial infarction. *Circulation.* 2008;118(25):2803-10.
15. Passos LCS, Lopes AA, Esteves FP, Santos FMO. Diferença de letalidade hospitalar do infarto agudo do miocárdio entre homens e mulheres submetidos a angioplastia primária. *Arq Bras Cardiol.* 1998;71(4):587-90.
16. Goldberg RJ, Gabriel P, 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.
17. Goldberg RJ, Spencer FA, Fox KAA, Brieger D, Steg G, Gurfinkel E, et al. Prehospital delay in patients with acute coronary syndromes - from the global registry of acute coronary events [GRACE]. *Am J Cardiol.* 2009;103(5):598-603.
18. Perkins-Porras L, Whitehead DL, Strike PC, Steptoe A. Pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome: factors associated with patient decision time and home-to-hospital delay. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2009;8(1):26-33.
19. Buckley T, McKinley S, Gallagher R, Dracup K, Moser DK, Aitken LM. The effect of education and counselling on knowledge, attitudes and beliefs about responses to acute myocardial infarction symptoms. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2007;6(2):105-11.
20. Fukuoka Y, Dracup Kathleen, Kobayashi F, Froelicher ES, Rankin SH, Ohno M, et al. Trajectory of prehospital delay in patients with acute myocardial infarction in the Japanese health care system. *Int J Cardiol.* 2006;107(2):188-93.
21. Pinto DS, Kirtane AJ, Nallamothu BK, Murphy SA, Cohen DJ, Laham RJ, et al. Hospital delays in reperfusion for ST-elevation myocardial infarction. *Circulation.* 2006;114(19):2019-25.
22. McGinn AP, Rosamond WD, Goff DC, Taylor HA, Miles JS, Chambless L, et al. Trends in prehospital delay time and use of emergency medical services for acute myocardial infarction: experience in 4 US communities from 1987-2000. *Am Heart J.* 2005;150(3):392-400.
23. Mussi FC. O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2004;12(5):751-9.

Recibido: 24.7.2010

Aceptado: 14.6.2011

Como citar este artículo:

Gouveia VA, Victor EG, Lima SG. Actitudes prehospitalarias adoptadas por pacientes frente a los síntomas de infarto agudo del miocardio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. sep.-oct. 2011 [acceso: ____/____/____];19(5):[08 pantallas]. Disponible en: _____

URL

día
mes abreviado con punto
año