

Valoración sensorial y afectiva del dolor en el infarto agudo de miocardio: diferencias entre mujeres y hombres

Ana Rosa Alconero Camarero

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Ciudad Universitaria, s/n 28040 Madrid
alconear@unican.es

Resumen: Entre mujeres y hombres diagnosticados de infarto agudo de miocardio (IAM) pueden existir diferencias en la percepción del dolor. **Objetivo:** Identificar y comparar los descriptores verbales sobre el dolor que refieren los hombres y mujeres, diagnosticados de un IAM. **Ámbito:** Unidad Coronaria del hospital de referencia de la Comunidad Autónoma. **Diseño:** Estudio descriptivo transversal con recogida de datos prospectivo. **Tamaño muestral:** Serán elegibles al menos 776 pacientes, de las que 388 serán mujeres y 388 hombres emparejados por edad, elegidos de forma consecutiva a partir de la fecha del inicio del estudio. Para el cálculo muestral se ha utilizado el programa granmo 5.2. **Instrumento de medida:** Se empleará el cuestionario "Short-Form McGill Pain Questionnaire" (SF-MPQ) versión española, que consta de tres clases o dimensiones, (sensorial, afectiva y evaluativa), estos a su vez contienen los diferentes descriptores. Los datos referidos al cuestionario se recogerán por entrevista personal y el resto de las variables se registrarán de la historia clínica del enfermo. **Análisis de los datos:** Se generará una base de datos empleando el paquete estadístico SPSS v. 15.0. Los cálculos se realizarán para el total de la muestra y para los diferentes grupos de edad y sexo previamente definidos. Se describirán las variables cualitativas empleando los porcentajes con los intervalos de confianza del 95%. En las variables cuantitativas emplearemos según los casos, la media aritmética y la desviación estándar o la mediana con los rangos intercuartil. Para los test de hipótesis se empleará el test de McNemar y el de Wilcoxon.

Palabras clave: Dolor-Evaluación. Infarto miocardio.

Abstract: Between women and men diagnosed by acute myocardial infarction (AMI) differences in the perception of the pain could exist. **Objective:** To identify and to compare the verbal descriptors on the pain those refer men and women diagnosed by AMI. **Scope:** Coronary unit of the reference hospital in our geographic area. **Design:** Cross-sectional descriptive study with prospective collection of data. **Subjects:** At least 776 patients will be eligible, of whom 388 will be women and 388 men paired by age, who will be chosen of consecutive form as of the date of the beginning of the study.

For the calculation sample the granmo 5.2 program has been used. Instrument of measurement: Spanish version of "Short-Form McGill Pain Questionnaire" (SFMPQ) will be used, that consists of three classes or dimensions (sensorial, affective and evaluative), each category is divided as well in subclasses and these contain different descriptors. Data referred to the questionnaire will take shelter by personal interview and the rest of the variables will be registered by the clinical history of the patient. Data analysis: A data base will be generated using SPSS 15.0 o.v. statistical package. Calculations will be made for the total of the sample and the different groups from age and sex previously defined. Qualitative variables will be described using the percentage with the intervals of compliance of 95%. In the quantitative variables we will use according to the cases, the arithmetic average and the standard deviation or the median with the interquartile range. For the hypothesis test will be used McNemar and Wilcoxon tests.

Keywords: Pain. Myocardial infarction.

INTRODUCCIÓN

El sexo es una de las características del ser humano que contribuye a particularizar tanto los procesos fisiológicos como los patológicos. Paralelamente, se tiene que considerar el papel que desempeñan los aspectos relacionados con el entorno sociocultural y psicológico (el género) en la génesis de las enfermedades. Estos aspectos, frecuentemente ocasionan desigualdades entre mujeres y hombres, relacionados tanto con los factores de riesgo como con la sintomatología y el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la prevención.

En este sentido la cardiopatía isquémica (CI) es una enfermedad donde se puede observar y ejemplificar claramente el impacto de las diferencias biológicas y las desigualdades sociales en el proceso salud enfermedad. El estudio de Framingham⁽¹⁾ fue uno de los pioneros en poner de manifiesto las diferencias según el sexo respecto a la incidencia y la letalidad de la CI. Posteriormente, otros estudios apuntaban diferencias relativas a la presentación clínica y al tratamiento. Aunque estas diferencias actualmente ya son más conocidas, hay importantes lagunas en las guías y protocolos y también en la práctica clínica que, en la mayoría de los casos aún mantiene como patrón de la enfermedad los hombres de mediana edad⁽²⁾.

Las enfermedades cardiovasculares suponen la principal causa de muerte en la mayoría de los países industrializados, además de restar años de calidad de vida a quienes la padecen. En España, la CI representa la primera causa de muerte en hombres y la tercera en mujeres, constituyendo el 11,8 y el 9,5% del total de fallecimientos respectivamente^(3,4).

Aunque la CI sea una de las principales causas de mortalidad en las mujeres, la percepción equivocada tanto entre la población leiga como entre los profesionales sanitarios de que la CI es una «enfermedad de hombres», conlleva la dificultad de que la mujer se considere población de riesgo y reconozca los síntomas de un infarto de miocardio. Asimismo, la atención sanitaria hoy, es más efectiva para los hombres^(5,6) que para las mujeres.

El estudio de Framingham⁽¹⁾ puso de manifiesto las diferencias entre hombres y mujeres. En general, durante todo el período de seguimiento y para todos los grupos de edad, las muertes en los hombres doblaban las de las mujeres. Sin embargo, una vez desarrollado un infarto agudo de miocardio (IAM), la mortalidad fue mayor en las mujeres. Respecto a la evolución de la mortalidad en las últimas décadas se ha observado un descenso global: la tasa de descenso es menor en las mujeres que en los hombres, pero el número absoluto de muertes por CI en mujeres aumenta cada año⁽⁷⁻⁹⁾.

En el infarto agudo de miocardio (IAM), la presentación clínica es muy similar en ambos sexos, aunque en el femenino existe una incidencia mayor de infartos no diagnosticados en la fase aguda (hasta un 34% del total de los IAM, frente a un 27% en varones)⁽¹⁰⁾.

No está claro que los síntomas en la mujer sean más atípicos, pero se ha observado que presentan con mayor frecuencia infartos no-Q. También está demostrado que las mujeres con IAM solicitan atención médica y son trasladadas a hospitales con mayor demora que los hombres, habiéndose identificado el sexo femenino como un predictor independiente de ese retraso⁽¹¹⁾.

Durante el periodo de hospitalización, las mujeres presentan un perfil clínico más desfavorable, ya que suelen ser pacientes de edad avanzada y, por lo tanto, con mayor patología concomitante, como hipertensión arterial y diabetes⁽¹²⁾.

Pocos estudios han intentado evaluar las razones y profundizar sobre los motivos por los que las mujeres presentan un mayor retraso en la búsqueda de asistencia médica en presencia de una CI. Marrugat et al⁽¹³⁾ en el estudio RESCATE, el retraso en la asistencia fue de aproximadamente 1 hora más tarde en las mujeres (3,3 horas de media) que en los hombres (2,3 horas de media).

Sin embargo, son escasas las investigaciones que hasta el momento han analizado⁽¹⁴⁾ realmente el contexto femenino (determinado por las relaciones de género) y las razones de la demora en buscar asistencia médica. Podrían ser algunos factores socioculturales relacionados con la percepción del dolor y al riesgo de enfermedad, los factores sociales, como la situación en la que encuentra la mujer cuando aparecen los síntomas, la dependencia de parientes u otras personas para el traslado al hospital, los factores psicológicos, como la depresión o la soledad

emocional o la presencia de enfermedades como la diabetes que pueden asociarse con alteraciones en la percepción de la isquemia⁽¹⁵⁾.

Todas estas razones, pueden producir que las mujeres lleguen más tarde al hospital, haciéndolo en condiciones más desfavorables tanto para la eficacia de los tratamientos trombolíticos⁽¹⁶⁾ como para la eficacia de los tratamientos de revascularización quirúrgica⁽¹⁷⁾, que a su vez condicionan un peor pronóstico a corto plazo.

Diferentes publicaciones^(14,18,19) explican más ampliamente las dificultades en reconocer síntomas o la percepción del dolor de las mujeres, que en ocasiones no son descritos como típicos.

Algunos estudios^(14,20), han investigado las manifestaciones clínicas de la CI sobre todo en mujeres, puesto que en el hombre están analizadas en profundidad. Los síntomas en el hombre son, dolor precordial desencadenado por el esfuerzo físico, con irradiación a brazo izquierdo, y mandíbula, acompañado de síntomas vagales, del tipo de la náusea o el vómito; que no tienen por qué corresponder con el de la mujer, a la que se tiende a definir erróneamente de dos formas: atípica o normal⁽²⁰⁾.

Sin embargo, hay factores ligados a la socialización y a los papeles que desempeñan las mujeres en la sociedad, determinados por el género⁽²¹⁾. La CI es un proceso multifactorial y hay evidencias de que está relacionada con determinados factores de riesgo cardiovascular (FRC). Estos FRC pueden actuar de manera diferente entre mujeres y hombres, lo que señala la importancia de establecer pautas de actuación preventiva y terapéutica diferentes según el sexo⁽¹⁵⁾.

Finalmente, en la actualidad existen varios instrumentos para evaluar el dolor, algunos específicos del dolor de origen cardíaco, y otros genéricos que se utilizan para el dolor independientemente del origen del mismo. Entre estos últimos del que se tiene una mayor experiencia quizá sea el " McGill Pain Questionnaire" desarrollado al inicio de la década de los setenta y que ha sido traducido y validado en nuestro país^(22,23).

Este proyecto de investigación tiene una serie de implicaciones en la práctica clínica de vital importancia, como es confirmar las posibles diferencias de sexo en la presentación clínica del Infarto.

Sí se confirmara la existencia de diferencias e identificamos el dolor en el Síndrome coronario agudo según sea hombre y mujer, podrían ser tratados precozmente y se les ofrecerían alternativas terapéuticas más eficaces, contribuyendo a disminuir la mortalidad.

Es muy importante la proyección social que se deriva de todo ello, informando de forma más eficaz a la población en general y a las mujeres en particular, para que soliciten asistencia sanitaria más precozmente, ante la presencia de síntomas que

actualmente no se relacionan con el IAM. De esta forma, también mejoraría un indicador claramente relacionado con la mortalidad, como es la demora entre el inicio de los síntomas y el contacto con el sistema sanitario.

Por último, este estudio podría contribuir a la creación o mejora de un instrumento de valoración sobre el dolor específico en el Síndrome Coronario Agudo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lerner DS, Kannel WB. Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: a 26-year follow-up of the Framingham population. *Am Heart J.* 1986; 111:383-90.
2. Davison C, Davey-Smith G, Frankel S. Lay epidemiology and the prevention paradox: the implications of coronary candidacy for health education. *Sociol Health Illn.* 1991; 13:1-19.
3. Martínez de Aragón MV, Yacer A. Mortalidad en España en 1997. *Bol Epidemiol Sem.* 2000; 8:253-64.
4. Marrugat J, Elosua 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; 55:337-346.
5. Healy B. The Yentl syndrome. *N Engl J Med.* 1991; 325:274-6.
6. White A, Lockyer L. Tackling coronary heart disease. *BMJ.* 2001; 323:1016-7.
7. Villar F, Banegas JR, Rodríguez F. Mortalidad por cardiopatía isquémica en España. En: Plaza Pérez I, editor. *Cardiología preventiva.* Barcelona: Doyma; 2000.p.1-7.
8. Serrano JA. Epidemiología de la cardiopatía isquémica. Factores de riesgo y prevención primaria. En: Delcán JL, editor. *Cardiopatía isquémica.* Madrid: ENE; 1999. p.15-69.
9. Boix Martínez R, Aragonés Sanz N, Medrano Albero MJ. Tendencias en la mortalidad por cardiopatía isquémica en 50 provincias españolas *Rev Esp Cardiol.* 2003; 56:850-6.
10. Kannel WB, Abott RD. Incidence and prognosis of unrecognized myocardial infarction: an update on the Framingham study. *N Engl J Med.* 1984; 311:1144-7.

11. Meischke H, Eisenberg MS, Larsen MP. Prehospital delay interval for patients who use emergency medical services: the effect of heart related medical conditions and demographic variables. *Ann Emerg Med.* 1993; 22:1597-601.
12. Bueno H, Vidán MT, Almazán A, López-Sendón JL, Delcán JL. Influence of sex on the short-term outcome of elderly patients with a first acute myocardial infarction. *Circulation.* 1995; 92:1133-40.
13. Marrugat J, Sala J, Masiá R, Pavesi M, Sanz G, Valle V, et al. Mortality differences between men and women following first myocardial infarction. RESCATE Investigators. Recursos Empleados en el Síndrome Coronario Agudo y Tiempo de Espera. *JAMA.* 1998; 280:1405-9.
14. Lefler LL, Bondy KN. Women's delay in seeking treatment with myocardial infarction: a meta-synthesis. *J Cardiovasc Nurs.* 2004; 19:251-68.
15. Rohlf I, García MM, Gavalda L, Medrano MJ, Juvinyá D, Baltasar A, et al. Género y Cardiopatía isquémica. *Gac Sanit.* 2004; 18 (supl 2):55-64.
16. Indications for fibrinolytic therapy in suspected acute myocardial infarction: collaborative overview of early mortality and major morbidity results from all randomised trials of more than 1000 patients. Fibrinolytic Therapy Trialists' (FTT) Collaborative Group. *Lancet.* 1994; 343:311-322.
17. Davis KB, Chaitman B, Ryan T, Bittner V, Kennedy JW. Comparison of 15-year survival for men and women after initial medical or surgical treatment for coronary artery disease: a CASS registry study. *J Am Coll Cardiol.* 1995; 25:1000-9.
18. McSweeney JC, Cody M, Crane PB. Do you know them when you see them? Women's prodromal and acute symptoms of myocardial infarction. *J Cardiovasc Nurs.* 2001; 15:26-38.
19. Albarrán JW, Chappel G, Durham B, Gowers J, Dwight J. ¿Pueden ser útiles los descriptores verbales específicos para diferenciar a los pacientes con o sin infarto agudo de miocardio? Resultados de un estudio de dos años? *Enf Intens.* 2001; 12:164-174.
20. McSweeney JC, Cody M, O'Sullivan P, Elberson K, Moser DK, Garvin BJ. Women's early warning symptoms of acute myocardial infarction. *Circulation.* 2003; 108:2619-23.
21. McSweeney JC, Lefler LL, Crowder BF. What's wrong with me? Women's coronary heart disease diagnostic experiences. *Prog Cardiovasc Nurs.* 2005; 20:48-57.

22. Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire. Pain. 1987; 30:191-7.
23. Lázaro C, Bosch F, Torrubia R, Baños JE. The development of a Spanish questionnaire for acute pain. Preliminary data concerning reliability and validity. Eur J Psychol Assessment. 1994; 10:145-151.

HIPÓTESIS

La expresión verbal de la percepción del dolor entre los hombres y las mujeres que padecen un Infarto agudo de miocardio es diferente tanto a nivel sensorial como afectivo.

OBJETIVOS

Objetivo principal

Identificar los descriptores verbales sobre el dolor que refieren los hombres y mujeres diagnosticados de un IAM en una unidad coronaria española. Comparar las diferencias verbales con respecto al dolor entre hombres y mujeres.

Objetivos secundarios

- Identificar nuevos descriptores verbales no asociados habitualmente al dolor que presentan los pacientes con IAM.
- Proponer una adaptación del cuestionario en el caso de que exista resultados que lo sustenten.
- Comparar las diferencias verbales con respecto al dolor entre hombres y mujeres y variables clínicas y de diagnóstico.
- Describir la actitud en la toma de decisiones del paciente ante la crisis aguda.

METODOLOGÍA

Diseño

Estudio descriptivo transversal con recogida de datos prospectivos.

Ámbito

Unidad Coronaria de un hospital de referencia de la Comunidad Autónoma.

Sujetos de estudio

Serán elegibles al menos 776 pacientes ingresados, 388 mujeres y 388 hombres. Las mujeres seguirán un orden consecutivo hasta completar 388, y los varones irán emparejados por edad (grupos quinquenales) a partir de la fecha de inicio del estudio.

Para el cálculo muestral se ha utilizado el programa granmo 5.2. Para conseguir una potencia del 80% en un contraste bilateral, teniendo en cuenta un nivel de significación del 5% y asumiendo una diferencia de al menos un 10% en la frecuencia de los descriptores verbales más relevantes entre hombres y mujeres basados en estudios previos¹, se precisa al menos 388 por grupo, para detectar como significativos descriptores con una frecuencia del 50%.

Criterios de inclusión

Serán pacientes elegibles todos aquellos ingresados en una unidad coronaria diagnosticados de un primer evento de síndrome coronario agudo que no exceda las 48 horas después del ingreso y den su consentimiento informado.

Los criterios exigibles para confirmar un IAM serán los aconsejados en las guías de la Sociedad Española de Cardiología²: aumento de enzimas (troponina y CKMB) y criterios electrocardiográficos estándar de necrosis, ingresados y diagnosticados en una unidad coronaria.

Criterios de no inclusión

Negativas a participar, SCA que curse con una PCR previa al ingreso, incapacidad mental del paciente y no hablar lengua española.

Recogida de datos

Se solicitará el consentimiento informado del paciente, empleando un documento que previamente habrá sido aprobado por el Comité de investigación clínico y ético del hospital, posteriormente se realizará la entrevista por parte de los encuestadores y finalmente se recogerán de la historia clínica el resto de las variables (Anexo I).

Instrumento de medida

Para la descripción del síntoma dolor utilizaremos los descriptores del cuestionario del dolor "McGill Pain Questionnaire"^{3,4} versión abreviada (SFMPQ) que consta de diversas palabras que expresan de manera afectiva, sensorial y evaluativa las diferentes manifestaciones dolorosas (a. 1).

- El cuestionario abreviado SF-MPQ (Melzack R. 1987) comprende 15 descriptores (11 sensoriales, y 4 afectivos). Los descriptores del 1 al 11 representan la dimensión sensorial (S) de la experiencia de dolor, y del 12 al 15 representa la dimensión afectiva (A). Cada descriptor es evaluado en una escala de intensidad de 4 puntos: 0= Nada, 1= Leve, 2= Moderado, 3= Fuerte.

Para obtener la puntuación total para S, sumaremos el rango de valores de las palabras elegidas en el conjunto 1 a 11. Igualmente habrá que sumar el rango de valores para el conjunto de 12-15 para la puntuación total de A.

Posteriormente sumaremos S+A para la puntuación total del SF-MPQ.

Una vez que el paciente, haya referido el descriptor o descriptores necesarios para expresar su experiencia dolorosa, será el entrevistador quién enumerará el resto de descriptores por si existiera alguno olvidado y por tanto no descrito.
-Escala analógica visual (EAV) puntuación obtenida de la intensidad del dolor durante el ingreso, empleando una escala analógica visual de 100 mm.

- Utilizaremos una figura del cuerpo humano en posición anatómica presentando la distribución metamérica, lo que permitirá la descripción del área dolorosa por parte del paciente.
- Seguidamente, la entrevista se completará con la recogida de síntomas generales durante la crisis y síntomas prodrómicos relacionados con el dolor de días anteriores al evento (McSweeney JC), 5 del que se ha realizado la adaptación transcultural (datos sin publicar).

En el mismo momento de realizar la entrevista, se recogerán los datos de la historia clínica mediante el registro de codificación de variables utilizado (a.1).

Para ello, se realizará un estudio piloto, ello nos asegurará la comprensión de las preguntas para lo cual se incluirán a los primeros 20 pacientes. El estudio piloto ayudará al entrenamiento de los 3 entrevistadores, asegurando la formulación correcta de las preguntas y para que todos los datos se recojan de igual modo en todos los pacientes. En el caso de detectar problemas con los cuestionarios se corregirán antes de empezar, y no incluiríamos a estos pacientes en la muestra final.

Análisis de los datos

Se generará una base de datos empleando el paquete estadístico SPSS v. 15. Los cálculos se realizarán para el total de la muestra y para los diferentes grupos de edad y sexo previamente definidos. Se describirán las variables cualitativas empleando los porcentajes con los intervalos de confianza del 95%.

En las variables cuantitativas emplearemos según los casos, la media aritmética y la desviación estándar o la mediana con los rangos intercuartíl.

Para los test de hipótesis se empleará el test McNemar y el de Wilcoxon.

Limitación del estudio

1. Sesgos de selección

Quedarán excluidos de este estudio los fallecidos y los que hayan tenido más de un evento coronario. Por lo tanto, si existieran diferencias en cuanto a la percepción del dolor ligada a la letalidad de SCA, estas no se detectarían en el presente estudio.

2. Sesgos de clasificación

Otra limitación sería, aquellos que tengan dificultades para describir adecuadamente la sintomatología. Es decir, en los pacientes con un menor nivel de instrucción tendrán posiblemente una menor validez interna.

Cronograma

0. Solicitar los permisos correspondientes al comité de investigación clínica y al gerente de hospital donde se va a realizar estudio.
1. Ejecución del estudio piloto 20 días. Esta fase será coordinada por AR Alconero. Es en este periodo cuando se formará a los encuestadores, que será liderado por la investigadora principal.
2. Crear una estructura en la base de datos para los registros de las variables. 7 días (10 horas).
3. Reuniones con el equipo de trabajo semanalmente durante los dos años que dura el proyecto. La duración de cada reunión será de unas 2 horas durante los 6 primeros meses del proyecto y posteriormente de 1 hora (total de horas en 22 meses) 120 horas.
4. Encuestar a los pacientes (al menos 776 pacientes) a lo largo de 22 meses.
5. Serán realizadas por los encuestadores y coordinará el trabajo de campo AR
6. Alconero, además participará en la localización de los pacientes y solicitar su consentimiento. La encuesta por paciente será aproximadamente de 1 hora.
7. Elaborar la base de datos y añadir los datos a medida que se realiza el proyecto. Tiempo estimado aproximadamente 50 horas.

8. Análisis estadístico de los datos obtenidos. 2 a 4 semanas (30 horas).
9. Elaboración del informe preliminar del estudio 4 semanas (15 horas).
10. En base al análisis de resultados, realizar la redacción para las comunicaciones y publicaciones en revistas, congresos (3 meses).

Presupuesto

Gastos de ejecución	
a) Adquisición de bienes y contratación de servicios (Inventariable, fungible y otros gastos) Año 1 Contratación de encuestadores: 15 euros x 388 encuestas Grabadora y cintas Edición de Cuaderno de Recogida de Datos Material bibliográfico: libros, revistas y artículos Año 2 Contratación de encuestadores: 15 euros x 388 encuestas Material bibliográfico: libros, revistas y artículos	5820 350 1200 250 5820 250
SUBTOTAL	13690
b) Viajes y dietas: Asistencias a Congresos Año 1 Año 2 Matrícula x1 Matrícula X2 Viajes Dietas y alojamiento .	0 410 500 500 600
SUBTOTAL	2010
SUBTOTAL GASTOS EJECUCIÓN	15.100
TOTAL AYUDA SOLICITADA	15.060

BIBLIOGRAFÍA

- Arós F, Loma-Orsorio A, Alonso A, Alonso JJ, Cabadés A, Coma-Canella 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.
- Dey S, Flather MD, Devlin GP, Brieger D, Gurfinkel EP, Steg PG, et al. Sex-related differences in the presentation, treatment and outcomes among patients with acute coronary syndromes. The Global Registry of Acute Coronary Events. Heart. 2008 May 7 [Epub ahead of print].
- Lázaro C, Bosch F, Torrubia R, Baños JE. The development of a Spanish questionnaire for assessing pain. Preliminary data concerning reliability and validity. Eur J Psychol Assessment. 1994; 10:145-151.
- McSweeney JC, Cody M, Crane PB. Do you know them when you see them? Women's prodromal and acute symptoms of myocardial infarction. J Cardiovasc Nurs. 2001; 15:26-38.
- Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire. Pain. 1987; 30:191-7.

ANEXO I
CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

1. Datos generales del paciente

1. NHC:

2. Ingreso: día / mes /año

3.Edad: (años)

4. Sexo:

O Hombre = 1 O Mujer = 2

5. Peso _____(Kg)

6. Talla _____(cm)

7. Estudios:

- Analfabetos =1
- Sin estudios =2
- Primer grado: estudios primarios o cinco cursos aprobados de EGB o equivalentes =3
- Segundo grado: titulo de Bachiller elemental, Graduado escolar, EGB completo, FP de 1º y 2º grado, Bachiller superior =4
- Tercer grado: Titulaciones de Esc Tec Superiores, Diplomados de Esc Univ y Diplomados de Fac o Colegios Univ, Licenciatura =5

8. Profesión:

¿A que se dedica? _____

9. Estado civil:

- Casada/o= 1
- Soltera/o = 2
- Viuda/o = 3
- Separada /divorciada= 4
- En unión, con pareja estable= 5

10. ¿Con quién vive?:

- Sola = 1
- Familia = 2
- Institución Socio-sanitaria = 3

2. Valoración de los criterios de inclusión

✓ Diagnóstico:

O IAM "q" = 1 O IAM "no q" = 2 O Angina inestable = 3

✓ Localización del infarto:

O Inferior = 1 O Anterior = 2 O Lateral alto = 3 O Lateral bajo = 4 O Posterior = 5 O Septal = 6

✓ Enzimas

O NO=0 O SI=1

Ingreso 8H. 24 H.

CPK masa: Troponinas:

✓ Pruebas diagnosticas:

O ECG = 1 O Ecocardiograma = 2 O Cateterismo cardiaco= 3

3. Consentimiento informado

Se solicita su consentimiento para participar en un estudio cuyo objetivo es: Conocer los síntomas más frecuentes de los pacientes que han padecido un infarto agudo de miocardio. Es un estudio en el que usted es libre de tomar la decisión de participar o no en él, es decir no está en absoluto obligado a hacerlo.

El estudio consiste en contestar a las preguntas de un cuestionario que durará aproximadamente una hora.

La renuncia a participar no va a influir en el tratamiento ni en la asistencia que usted recibiría en el caso de que acepte participar. Es decir que sea cual sea su decisión el tratamiento será el mismo.

No es previsible que usted se beneficie directamente de participar en el estudio, pero si ayudará a que otras personas que como usted, que han tenido un infarto agudo de miocardio puedan beneficiarse de la información que usted nos proporcione.

Este estudio no está patrocinado por ninguna empresa farmacéutica, sino que está financiado con fondos públicos del Ministerio de Sanidad y Consumo español.

Ningún dato personal suyo se incluirá en la base de datos. Solamente el investigador principal dispondrá de un listado con los nombres de los participantes a los que se les asignará un número de identificación de forma correlativa, este número es el que se incluirá en la base de datos, no permitiendo la identificación de las personas que participan.

Esta hoja de consentimiento ha sido aprobada por el Comité de Ética de la Comunidad de Cantabria.

Si usted precisa más información para decidir si participa puede llamar por teléfono a la responsable del estudio: Ana Rosa Alconero 942 201336.

4. Variables clínicas

4.1. Escribir la hora exacta en la que sucedió cada uno de los siguientes eventos:

Procedencia: <input type="checkbox"/> Laredo <input type="checkbox"/> Sierrallana <input type="checkbox"/> Urgencias Valdecilla		
HORAS y minutos	Información paciente / familia	Información Historia Clínica
Hora del inicio del dolor:		
Hora de contacto con el primer escalón sanitario:		
Hora de llegada a Urgencias:		
Hora de llegada a Coronarias:		
Hora de tratamiento fibrinolítico /ACTP:		
Hora inicio analgesia		
Hora a la que cesó el dolor:		

4.2. Tratamiento del infarto:

Fibrinólisis

O NO=0

O SI=1

ACTP diferida

O NO=0

O SI=1

ACTP primaria

O NO=0

O SI=1

Farmacológico

O NO=0

O SI=1

ACTP de rescate

O NO=0

O SI=1

Quirúrgico

O NO=0

O SI=1

4.3. Analgesia recibida (desde el inicio hasta la entrevista):

NTG sublingual	
O NO=0	Ketorolac
	o
O SI=1	O NO=0
Cloruro mórfico	O SI=1
O NO=0	
	Otros
O SI=1	AINES
Petidina	O NO=0
O NO=0	O SI=1
	No
O SI=1	analgesia
Fentanilo	O NO=0
O NO=0	O SI=1
O SI=1	

4.4. Antecedentes personales:

O Angina inestable= 1
O IAM Q= 2
O IAM no Q= 3
O Ningún antecedente
coronario= 4

**4.5. Tratamiento farmacológico de la
obesidad:**

O NO=0
O SI=1

SOLO EN MUJERES:

**4.6. Perimenopausia (desarreglos menstruales; síntomas vegetativos (sofocos,
palpitaciones,etc):**

O NO=0 O SI=1

4.7. Menopausia (ausencia de menstruación durante ≥ 1 año):

O NO=0 O SI=1

4.8. Menopausia Quirúrgica:

O NO=0 O SI=1

4.9. Edad Menopausia: _____

4.10. Tratamiento farmacológico para la menopausia:

O NO=0 O SI=1 *Tipo:* _____

4.11. Tratamiento ansiolítico:

O NO=0 O SI=1 *Tipo:* _____

4.12. Antecedentes familiares de cardiopatía isquémica:

O Padre = 1 O Madre = 2 O Ambos = 3 O Ninguno = 4

4.13. HTA: 30. Colesterol:

O NO=0 O NO=0 O SI=1 O SI=1

En tratamiento En tratamiento O NO=0 O NO=0 O SI=1 O SI=1

4.14. Tabaquismo:

O Fumador= 1 O Exfumador (no fumador durante ≥ 1 año) = 2 O No fumador = 3

4.15. Diabetes Mellitus:

O NO=0 O SI=1

Tratamiento vía oral O NO=0 O SI=1

Tratamiento con insulina O NO=0 O SI=1

4.16.-Existencia de cuadro depresivo previo al ingreso:

O NO=0 O SI=1

4.17. OBSERVACIONES:

5. VALORACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA ACTUAL

Nos vamos a centrar en los momentos iniciales de la crisis. Cuando usted tuvo esta crisis, es decir, el motivo por el cual fue ingresada. ¿Qué molestias notó? ¿Qué sensación notó?

Ahora vamos a intentar diferenciar las molestias que sean de tipo dolor de aquellas que no lo son.

¿Notó usted algún malestar doloroso, dolorimiento o dolor en alguna parte de su cuerpo?

Si refiere **dolor** pasar al apartado:

5.1. DOLOR

5.2. CUANTIFICACIÓN DEL DOLOR.

5.3. SÍNTOMAS GENERALES.

Si **no refiere dolor** pasar al apartado; **5.3. SÍNTOMAS GENERALES.**

5.1. DOLOR.

5. 1. ¿En que parte de su cuerpo noto las molestias dolorosas?. Márquelo en este dibujo que le voy a mostrar.

MOSTRAR DIBUJO Y DARLE UN BOLÍGRAFO.

5. 2. Voy a preguntarle ahora por las características del dolor y por la intensidad. Intente describírmelo.

¿Cómo eran?, ¿Cómo las describiría usted? (*tenéis que dejar que la persona os lo diga*)
 Para cada una de los calificativos preguntarle por la intensidad. Poner una **X** en la casilla correspondiente a la **intensidad** que la persona nos proponga. Si no refiere la característica dejar la fila en blanco (no marcar nada). Posteriormente se leerá el listado, en caso de que refiera algún síntoma sugerido se pondrá un ●

	DESCRIPCIÓN	NO	LEVE	MODERADO	FUERTE
		0	1	2	3
1	PULSATIL, como si latiera, como una pulsación.				
2	CALAMBRAZOS, fulgurante.				
3	PUNZANTE, como una puñalada				
4	PINCHAZOS, como agujas (más localizado).				
5	COMO RETORTIJONES, como un cólico.				
6	MORDIENTE, que corroe, continuo.				
7	QUEMANTE, como calor, que quema.				
8	DOLORIMIENTO, como agujetas (larga duración)				
9	COMO UN PESO (generalizado)				
10	UNA ZONA SENSIBLE, que duele al tocarla.				
11	DOLOR REPENTINO, COMO UN ESTALLIDO				
12	DOLOR QUE CANSA, DOLOR QUE AGOTA.				
13	VOMITIVO, que da ganas de vomitar, nauseabundo.				
14	QUE PRODUCE MIEDO, que produce angustia.				
15	CRUEL. Qué viene a castigarme otra vez.				
16	OPRESIVO, que aprieta, que oprime.				
17	SOFOCANTE, que no puedes ni respirar				
18	COMO UN DEDO que presiona				
19	QUE SE IRRADIA, que se extiende, que se va hacia				

5.2 CUANTIFICACIÓN DEL DOLOR

6.1. Ahora va a intentar recordar la intensidad de las molestias que tuvo en el momento de la crisis, empleando en esta escala sus molestias. La línea que encontrará a continuación representa el dolor en una escala creciente de intensidad que va desde “sin dolor” a “el peor dolor posible”. Marque con una línea (|) que cruce la línea horizontal la posición que mejor describa el dolor que ha experimentado.

Sin dolor El peor dolor posible

--	--	--

Resultado para uso exclusivo del investigador

5.3. SÍNTOMAS GENERALES

6.2. Preguntar que tipo de molestias tuvieron Intente describirme las molestias
 ¿Cómo las describiría usted? Poner una **X** en la casilla correspondiente que nos proponga. Si no refiere la característica dejar la fila en blanco (no marcar nada). Posteriormente, se leerá el listado, en caso de que refiera algún otro síntoma sugerido se pondrá un ● La descripción 7, rodearemos con un círculo según lo que proceda

DESCRIPCIÓN		
1	Sudoración	
2	Dolor de cabeza	
3	Pulsaciones / palpitaciones en la cabeza / todo el cuello	
4	Molestias / malestar en el estómago	
5	Mareos / vértigo	
6	Temblores	
7	Adormecimiento / entumecimiento / insensibilidad / acorchamiento / anestesiado	
8	Localización: hombros, brazos, manos, tórax, cuello, cara y garganta	
9	Palpitaciones (del corazón)	
10	Agarrotamiento en los músculos / tirantez / músculos tensos	
11	Sensación de debilidad	
12	Nudo en el estómago	
13	Manos sudorosas	
14	Nudo en la garganta	
15	Sofocos	
16	Nauseas	
17	Falta de aire / sensación de asfixia (disnea)	
18	Opresión en el pecho	
19	Opresión en el cuello	
20	Fatiga / cansancio	
21	Tener sueño / somnolencia / modorra / sopor	

6. VALORACIÓN DE LOS SÍNTOMAS PRODRÓMICOS. ¿Antes de la crisis aguda, cuando empezó a encontrarse mal? Tiempo en días:

DESCRIPCIÓN DEL SÍNTOMA		
	DOLOR O MOLESTIAS.	
	Pecho. Tórax.	
	Localizado en la parte alta del pecho.	
	Mama izquierda.	
	Cuello / Garganta.	
	Mandíbula / Dientes.	
	Espalda entre los homóplatos (paletillas).	
	En la parte alta de los hombros.	
	En ambos brazos.	
	Brazo / hombro izquierdo.	
	Brazo / hombro derecho.	
	Piernas	
	SÍNTOMAS GENERALES.	
	Ansiedad.	
	Alteraciones en el sueño.	
	Cansancio, fatiga no habitual	
	Tos.	
	Pulso acelerado, taquicardia.	
	Dificultad para respirar, falta de aire (disnea).	
	Dificultad para respirar por la noche (disnea nocturna).	
	Pérdida de apetito.	
	Malas digestiones, indigestión.	
	Cansancio / pesadez en los brazos.	
	Dolorimiento en los brazos.	
	Hormigueos en las manos	
	Adormecimiento: brazo dech. / brazo izq. / mano dech. /mano izq. (circulo s/p)	
	Cambios en la visión.	
	Dolor de cabeza diferente a lo habitual (frecuencia e intensidad)	
	Cambio en la capacidad de la memoria (no entiende las cosas)	

7. DECISIONES TOMADAS ANTE LA CRISIS

¿Qué pensó usted que le pasaba? ¿Cómo interpretó lo que le pasaba? ¿Pensó que era algo **grave** que **requería atención** médica, o pensó que era algo **sin importancia** y que se podía **esperar**? ¿Pensó que podía tener que ver **con el corazón** o le pareció que podía deberse a **otras causas**? ¿Qué fue lo que le hizo **decidirse** a solicitar **atención médica**? ¿Decidió llamar al **061**, acudir a la consulta de su **medico de familia**, ir a **urgencias** directamente? ¿**Alguna persona distinta de usted** tomó la decisión de acudir o llamar a los servicios sanitarios?

O Reconoce que le pasa algo grave **y** actuó rápidamente

Hospital=1

061=2

Médico familia=3

O Reconoce que le está pasando algo grave **pero** deja el control en otra persona o familiar= 4

O Reconoce que le pasa algo grave, piden consejo, pero al final **no** hacen lo que se les sugiere (quieren tener el control) = 5

O Reconoce que algo grave le está pasando pero deciden **esperar** (no quieren molestar) = 6

O Le echan la culpa de lo que les sucede a otra cosa (será del reuma o similar)= 7

O Minimizan (no es nada, ya se me pasará)= 8

Recibido: 28 enero 2011.

Aceptado: 7 julio 2011.