
Artículo original

4

J. W. Albarrán¹
G. Chappel¹
B. Durham¹
J. Gowers²
J. Dwight¹

¿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

¹Unidad de Cuidados Coronarios, North Bristol NHS Trust, Southmead Hospital, Bristol BS10 5NB, Gran Bretaña.

²Facultad de Estudios Informáticos y Matemáticos. University of the West of England, Bristol, Gran Bretaña.

Correspondencia:
Dr. J. W. Albarrán
Principal Lecturer in Critical Care
Faculty of Health and Social Care
University of the West of England
Bristol
BS16 1DD
Tel.: 0117 3448611
E-mail: john.albarran@uwe.ac.uk

Can specific verbal descriptors be useful in differentiating those with and without MI? Findings from a two-year study

RESUMEN

Este artículo presenta los resultados de un estudio de 2 años, realizado en una unidad coronaria de 11 camas situada en un hospital del suroeste de Inglaterra. El objetivo del estudio era explorar las diferencias entre los descriptores verbales utilizados por pacientes con y sin infarto agudo de miocardio (IAM), para determinar su contribución en la valoración de pacientes con sospecha de IAM. Además, el estudio analizaba si existían diferencias entre las palabras utilizadas por los varones y las mujeres con IAM para describir los síntomas de dolor torácico.

Todos los pacientes ingresados con un episodio de dolor torácico se seleccionaban para participar en el estudio, siempre que: hubieran estado sin dolor 24 h después del ingreso, fueran mayores de 18 años y hablaran inglés. La muestra incluyó 266 pacientes con IAM y 275 sin IAM. A todos los pacientes se les ofreció una lista de 12 palabras sensoriales y 10 afectivas, validadas en investigaciones anteriores.

Los resultados sugieren que hay poca diferencia entre las palabras utilizadas por los pacientes con o sin IAM para describir su dolor torácico, lo que puede confirmar la complejidad para obtener un diagnóstico diferencial exacto. Sin embargo, hay algunas diferencias claras entre el vocabulario utilizado por los varones y las mujeres con IAM, las mujeres se expresaban con un lenguaje más emotivo que los varones, refiriendo su dolor torácico en términos de estar "asustadas" ($p < 0,05$) y "aterradas" (21,1 % frente a 12,1 %). La discusión presenta los aspectos metodológicos y posibles implicaciones para la práctica en el futuro.

PALABRAS CLAVE

Descriptores verbales. Descriptores sensoriales. Descriptores emotivos. Dolor torácico. Infarto agudo de miocardio. Enfermedad coronaria.

ABSTRACT

This paper discusses the findings of a two-year study, which was based in an eleven-bedded coronary care unit in the South-West of England. The study aimed to explore the difference between the verbal descriptors used by those with and without MI in order to determine their contribution in assessing patients with a suspected MI. The study also examined whether any differences existed between the words men and women with MI used to describe their chest pain symptoms.

All patients admitted with an episode of chest pain were eligible to participate providing that they were pain-free at 24 hours after admission, were over 18 years of age and could speak English. The sample comprised of 266 patients with MI and 275 without MI. All patients were offered a menu of 12 sensory and 10 affective words, which had been validated in previous research.

The results suggest that there is little difference in the words patients with and without MI use to describe their chest pain and this may reinforce the complexity in obtaining an accurate differential diagnosis. However, there are some clear differences in the vocabulary of men and women with MI. Women with MI appeared to report more emotive language than men and expressed their chest pain in terms of being "frightened" ($p < 0.05$) and "terrified" (21.1% vs 12.1%). The discussion will examine the methodological issues and possible practice implications for the future.

KEY WORDS

Verbal descriptors. Sensory descriptors. Affective descriptors. Chest pain. Acute myocardial infarction. Coronary heart disease.

INTRODUCCIÓN

El actual consenso internacional en relación con la atención al paciente con sospecha de infarto agudo de miocardio (IAM) es asegurar su valoración y diagnósti-

co rápidos, y si hay evidencia de daño miocárdico la administración de tratamiento trombolítico dentro de los 20-30 min después de su ingreso^(1,2). Los beneficios de una trombólisis temprana pueden influir favorablemente en el pronóstico del paciente en más de 10 años^(3,4). Por tanto, el establecer si la presencia de un dolor torácico agudo es de origen cardíaco debe verse como una emergencia, ya que cualquier retraso en proporcionar un tratamiento vital al paciente puede ir en detrimento de su estado de salud a largo plazo. El enfoque tradicional en el proceso de valoración del dolor torácico continúa siendo básico e incluye el registro de la historia del paciente, valoración de la evidencia de factores de riesgo de enfermedad coronaria (EC), cambios electrocardiográficos (ECG) y la elevación de las enzimas cardíacas específicas. Sin embargo, las opiniones actuales advierten también que existen métodos como la presencia de elevación del segmento ST que puede ser poco fidedigno y engañoso^(5,6), así como la obtención de los resultados de los niveles de enzimas sanguíneas que pueden demorarse bastante. La obtención de una historia exacta es crucial y debe incluir la naturaleza del dolor, calidad, irradiación y duración en combinación con otros datos objetivos con el fin de identificar la causa subyacente y tratarla apropiadamente^(7,8). Sin embargo, actualmente no está claro si la información verbal sobre el dolor torácico de los pacientes con o sin IAM es suficientemente diferente para servir de ayuda a los clínicos.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

La contribución de los descriptores verbales para valorar la dimensión de dolor agudo y crónico viene de tiempo atrás, y es evidente en el cuestionario de dolor de McGill⁽⁹⁻¹²⁾. Parece, que mientras la experiencia de dolor es subjetiva, ciertos descriptores pueden caracterizar tipos y calidad de lesión específicos, pero los retrasos en informar de los síntomas puede estar relacionado con la gravedad y profundidad del daño tisular. Las palabras que utiliza el paciente también pueden reflejar un componente sensorial, afectivo y emotivo de su experiencia de dolor y desempeñan un papel importante expresando los aspectos de intensidad, duración y calidad⁽¹²⁾. Como resultado de este desarrollo, las palabras

- 6 para describir el dolor se han convertido en herramientas para valorarlo⁽¹³⁾ y se han integrado gradualmente para la valoración de los pacientes ingresados con dolor torácico en Unidades Coronarias⁽¹⁴⁾. Además, en los estadios tempranos del IAM, el dolor torácico es frecuentemente el único síntoma transmitido⁽¹⁵⁾ por dos tercios de los pacientes con IAM^(16,17), no obstante hay autores que afirman que el patrón de presentación es diferente en los varones que en las mujeres^(18,19).

Una de las primeras investigaciones sobre la función de los descriptores verbales se realizó con el fin de evaluar su valor potencial como parte de una nueva herramienta para evaluar el dolor torácico en los pacientes con sospecha de IAM. Gaston-Johansson et al en 1991⁽²⁰⁾ realizaron un pequeño estudio en una unidad coronaria de Suecia, para describir varios componentes del dolor en una muestra de 94 pacientes ingresados con sospecha de IAM. Sólo 38 pacientes de la muestra fueron diagnosticados de haber sufrido IAM. Además, para medir la intensidad del dolor, se invitó a los pacientes a describir su dolor torácico en base a una lista de 12 palabras (traducidas) que reflejaban el área sensorial (cortante, en pellizco, generalizado, continuo, persistente, calambres, escozor localizado, agobiante, punzante, opresivo, quemante y desgarrador) y otras 10 palabras (traducidas) que captaban el área afectiva (torturador, mortal, asfixiante, aterrador, horroroso, temible, agobiante, agotador, irritante y persistente). La selección de las palabras para el estudio habían sido validadas previamente y elegidas para diferenciar la intensidad del dolor y otros factores. Los resultados revelaron diferencias estadísticamente significativas entre aquellos pacientes con y sin IAM, particularmente en la utilización de las palabras "agotador", "agobiante", "espantoso" y "preocupante". De todos los datos se observó que los pacientes con IAM referían más intensamente los descriptores afectivos del dolor que los sensoriales, excepto aquellos sin IAM que hacían lo contrario. Sin embargo, este estudio exploratorio fue pequeño y el tamaño de la muestra limitó cualquier generalización de los resultados.

Continuando este trabajo, se realizó un estudio más amplio con el objetivo de comparar si los pacientes con IAM confirmado ($n = 445$) y aquellos otros que no habían presentado IAM ($n = 454$) utilizaban diferentes palabras para describir el dolor torácico⁽²¹⁾. Los investi-

gadores también estudiaron las diferencias entre las palabras utilizadas por varones y mujeres que habían sufrido IAM. Las palabras sensoriales permanecieron igual excepto la palabra "persistente" que fue sustituida por el término "atenazante". En cuanto a las palabras afectivas, tres fueron sustituidas por las siguientes: "preocupante" "espantoso" e "insopportable".

Los resultados indicaron que las únicas diferencias, en el uso de las palabras sensoriales, entre los pacientes que habían sufrido IAM y entre los que no, se centraron en las palabras "punzante" (12 % frente a 17%; $p < 0,05$) y "desgarrador" (11 % frente a 6%; $p < 0,05$). Sin embargo, aquellos con diagnóstico de IAM tendían a describir la calidad de su dolor torácico con lenguaje emocional, por ejemplo los citados más frecuentemente fueron "aterrador" (29 % frente a 18%, $p < 0,001$) e "insopportable" (16 % frente a 10%; $p < 0,01$). Por el contrario, aquellos pacientes sin IAM tendían a describirse, a sí mismos, como "preocupados" (49 % frente a 59%; $p < 0,01$). Los investigadores concluyeron que la relación de los descriptores verbales en el IAM no era suficiente para predecir o diferenciar el perfil clínico de aquellos pacientes que presentan daño miocárdico. Es muy interesante el trabajo de Hofgren et al de 1994⁽²¹⁾ en el que revela que las mujeres con evidencia de IAM ($n = 119$) describieron significativamente su experiencia de dolor torácico a través de palabras que enfatizaban un componente emocional más fuerte, llamándolo "desgarrador" ($p < 0,01$), "aterrador" ($p < 0,01$) e "insopportable" ($p < 0,01$) con más frecuencia que los varones con IAM. En cuanto a los descriptores sensoriales, los resultados sugirieron que las mujeres utilizaron significativamente más la palabra "desgarrador".

Debido a las lagunas de investigación en esta área, Albarrán et al en el año 2000⁽²²⁾ realizaron en Gran Bretaña un estudio de 2 años de duración para desarrollar y avanzar en el trabajo anterior, y examinar si los identificadores sensoriales y los descriptores emotivos sirven para las diferentes culturas. Los resultados preliminares sugirieron que las diferencias entre los pacientes con IAM ($n = 118$) y los de sin IAM ($n = 149$) fueron modestamente significativas en el área emotiva sólo para las palabras "agotador" (10,2 % frente a 3,2%; $p < 0,04$) e "insopportable" (13,6 % frente a 6%; $p < 0,055$). Al examinar la variedad de vocabulario en relación al sexo y presencia de IAM, las mujeres con IAM ($n = 33$) otra vez

caracterizaban los síntomas de su dolor torácico mediante descripciones emotivas, con palabras como "preocupante" ($p < 0,014$), "espantoso" e "insopportable". Como diferencias en el uso de descriptores sensoriales por los subgrupos con IAM, los datos revelaron que el término "punzante" fue citado más por las mujeres con IAM (12,1 % frente a 2,4 %; $p < 0,05$). Sin embargo, no se obtuvieron conclusiones firmes sobre las palabras utilizadas para discriminar aquellos pacientes con o sin IAM. No obstante, el trabajo de Albarrán et al⁽²²⁾ sugirió cierto grado de consenso para algunos términos utilizados por pacientes suecos e ingleses, pero insistieron en que se requería más investigación en esta área. Por ello el objetivo de este trabajo es examinar:

1. La relación entre los descriptores verbales referidos por los pacientes y evidencia de IAM en una unidad coronaria inglesa.
2. Hasta qué punto los descriptores verbales utilizados por los varones y mujeres inglesas con IAM difieren o son similares.

METODOLOGÍA

Este trabajo forma parte de un amplio estudio cuya finalidad es investigar si las características referidas por los pacientes son únicas, lo cual ayudaría a diferenciar aquellos pacientes con o sin IAM⁽²²⁾.

Muestra

En el estudio participaron todos los pacientes ingresados en una unidad coronaria de 11 camas, con historia de dolor torácico agudo que no excedía las 24 h después del ingreso. El estudio se inició en septiembre de 1998. Los pacientes ingresaban directamente en la unidad, bien desde la planta médica general, departamento de accidentes y emergencias, o desde el servicio de ambulancias. Durante el tiempo de estudio, que terminó en el mes de agosto del año 2000, se incluyeron 541 sujetos de los que 266 tuvieron IAM confirmado y 275 fueron clasificados en el grupo sin IAM. La muestra de pacientes con IAM estuvo integrada por aquellos con evidencia confirmada de aumento de las enzimas

167
Tabla 1 Características basales de los pacientes con y sin IAM

Características basales	Con IAM (n = 266)	Sin IAM (n = 275)
Sexo		
Varones	190 (71 %)	176 (64 %)
Mujeres	76 (29 %)	99 (36 %)
Edad		
> 65 años	161 (61 %)	143 (52 %)
< 65 años	105 (39 %)	132 (48 %)
Historia de IAM previo	39 (15 %)	28 (10 %)
Angina previa	45 (16 %)	74 (26 %)
Angina e IAM previos	26 (9 %)	66 (24 %)

(Troponina I $> 6,0 \text{ ng/l}$) y criterios electrocardiográficos estándar, mientras el grupo sin IAM comprendió aquellos pacientes que presentaron dolor torácico debido a angina, pericarditis, arritmias, y causas musculosqueléticas y esofágicas. En la tabla 1 se presentan las características básicas de ambos grupos. Los pacientes que presentaron shock cardiogénico fueron excluidos del estudio.

Además de que los pacientes no debían tener dolor a las 24 h del ingreso, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: haber sufrido un episodio de dolor torácico agudo de menos de 24 h desde el inicio, tener más de 18 años de edad, hablar inglés y haber dado el consentimiento informado.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el comité local de ética para la investigación. El proceso para obtener el consentimiento de los pacientes fue explicarles la naturaleza del estudio a los seleccionados 24 h después del ingreso, cuando ya se sabía que no tenían dolor. Un miembro del equipo, que no vestía uniforme (BD), se identificaba como investigador de la unidad. Todas las explicaciones verbales se complementaron con información escrita. A los pacientes se les daba tiempo para considerar su decisión de participar en el proyecto, y se

- 8 les advertía que tenían el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento.

Procedimientos

Una vez que los pacientes habían dado su consentimiento para participar en el estudio se les solicitaba que eligieran de una lista de 12 palabras sensoriales y 10 afectivas (tabla 2), aquellas que asociaban a sus síntomas de dolor torácico en el momento que se inició. Aunque inicialmente, la lista de palabras sensoriales y afectivas empleadas en la investigación pueden parecer poco comunes, Treasure en 1998⁽²³⁾ y Penque et al en 1998⁽¹⁹⁾ advierten que los pacientes raramente mencionan la palabra "dolor" y por tanto puede ser más apropiado un menú de descriptores verbales para captar la esencia de sus síntomas en el momento del inicio. De hecho, en un reciente estudio relacionado a las acciones de los pacientes mientras experimentaban un episodio cardíaco, sólo se hizo una referencia a dolor torácico⁽²⁴⁾. A través de la documentación médica y de enfermería se han obtenido datos bibliográficos relevantes.

Método estadístico

Los datos fueron recogidos en páginas Excel Profesional y para el análisis estadístico se transfirieron a una base de datos SPSS (SPSS, versión 8.0). Las diferencias entre grupos en relación con los descriptores individuales se analizaron mediante el test de Chi cuadrado con la corrección de Yates. Todos los tests fueron bilaterales. El nivel de significación elegido (error tipo I) fue del 5%; sin embargo, nosotros aportamos los valores "p" para todos los efectos de significación.

Para buscar las combinaciones posibles de los descriptores discriminantes, los datos se analizaron utilizando los modelos de regresión logística con selección secuencial de variables y modelos logarítmicos lineales. Como estos enfoques no han aportado información adicional, aquí sólo se presentan los resultados del test de Chi cuadrado.

RESULTADOS

Durante el período de 48 meses que duró el estudio ingresaron en la unidad 541 pacientes con dolor torácico de los que en 266 se confirmó que habían sufrido un IAM, el resto, 275 pacientes, formaban el grupo sin IAM. Algunos pacientes fueron excluidos debido a su presentación tardía y porque no habían experimentado

Tabla 2 Listado de descriptores sensoriales y afectivos*

Descriptores sensoriales	Descriptores afectivos
Pressing – opresivo	Worrying – preocupante
Aching – generalizado	Terrifying – aterrador
Cramping – calambres	Intolerable – insoportable
Pricking – punzante	Annoying – molesto
Tearing – desgarrador	Tiring – agotador
Sore – continuo	Frightening – espantoso
Burning – quemante	Suffocating – asfixiante
Cutting – cortante	Torturing – torturador
Stinging – escozor localizado	Killing – mortal
Gnawing – insistente	Troublesome – agobiante
Pinching – en pellizco	
Grinding – atenazante	

*N del T. Dada la dificultad existente para traducir literalmente cada uno de los descriptores del inglés al español, se incluyen los descriptores (palabras) en inglés y la traducción que se ha hecho al idioma español.

Tabla 3 Comparación de las diferencias en el uso de descriptores sensoriales por los pacientes con y sin IAM

Descriptores sensoriales	IAM (n = 266) (%)	Sin IAM (n = 275) (%)	p
Opresivo	31,6	33,8	NS
Generalizado	32,7	28,7	NS
Calambres	21,8	28,7	NS
Punzante	4,9	2,2	NS
Desgarrador	6,4	6,2	NS
Continuo	10,9	7,6	NS
Quemante	15	10,9	NS
Cortante	2,6	1,1	NS
Escozor localizado	1,5	1,8	NS
Insistente	10,5	12,7	NS
En pellizco	1,5	1,5	NS
Atenazante	0	0	NS

Tabla 4 Comparación de las diferencias en el uso de descriptores afectivos por los pacientes con y sin IAM

Descriptores afectivos	IAM (n = 266) (%)	Sin IAM (n = 275) (%)	p
Preocupante	50,8	47,3	NS
Aterrador	14,7	9,8	NS
Insoportable	14,7	10,9	NS
Molesto	9,4	13,8	NS
Agotador	10,2	6,9	NS
Espantoso	38,0	34,2	NS
Asfixiante	14,3	12,0	NS
Torturador	3,0	1,5	NS
Mortal	0,8	1,5	NS
Agobiante	7,9	8,0	NS

Tabla 6 Comparación en el uso de descriptores afectivos en relación con la presencia de IAM y sexo

Descriptores afectivos	Varones (n = 190) (%)	Mujeres (n = 76) (%)	p
Preocupante	52,6	46,1	NS
Aterrador	12,15	21,1	NS (p = 0,08)
Insoportable	13,2	18,4	NS
Molesto	10,0	7,9	NS
Agotador	10,5	9,2	NS
Espantoso	34,2	47,4	(p = 0,05)
Asfixiante	12,1	19,7	NS
Torturador	2,6	3,9	NS
Mortal	1,1	0,0	NS
Agobiante	8,4	6,6	NS

Tabla 5 Comparación en el uso de descriptores sensoriales entre varones y mujeres con IAM

Descriptores sensoriales	Varones (n = 190) (%)	Mujeres (n = 76) (%)	p
Opresivo	34,2	25,0	NS
Generalizado	34,7	27,6	NS
Calambres	22,1	21,1	NS
Punzante	3,7	7,9	NS
Desagarrador	6,3	6,6	NS
Continuo	9,5	14,5	NS
Quemante	13,2	19,7	NS
Cortante	2,2	1,1	NS
Escozor localizado	1,4	2,3	NS
Insistente	11,5	12,0	NS
En pellizco	0,5	3,4	NS

dolor. Éste es un rasgo común en los pacientes de edad avanzada y en diabéticos⁽¹⁷⁾, y más llamativo en mujeres con síndrome coronario agudo⁽²⁵⁾, lo que en parte explica el número reducido de mujeres con IAM (n = 76) en este estudio.

En cuanto a las palabras sensoriales seleccionadas por los pacientes no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de estudio, pero es interesante resaltar que el descriptor “quemante” es citado con más frecuencia por aquellos pacientes con IAM (tabla 3). Al comparar el lenguaje afectivo utilizado por los pacientes con o sin IAM, los resultados no re-

Tabla 7 Comparación de las diferencias en los descriptores verbales en pacientes sin historia previa de enfermedad coronaria

Descriptores	IAM (n = 161)	Sin IAM (n = 110)	Todos	p
Sensoriales				
Quemante	28 (17,3 %)	8 (8,2 %)	13,6 %	0,05
Afectivos				
Insoportable	31 (19,3 %)	14 (12,7 %)	16,5 %	
Espantoso	61 (37,9 %)	35 (31,8 %)	35,3 %	
Asfixiante	20 (12,3 %)	22 (20 %)	15,4 %	0,09

velan diferencias significativas entre los dos grupos (tabla 4).

Cuando se analizan las mismas variables teniendo en cuenta el sexo y la presencia de IAM, parece que las mujeres tienen menos tendencia que los varones para describir las sensaciones de “opresión” y “dolor generalizado” (25 % frente a 34,2 %; 27,6 % frente a 34,7 %, tabla 5). Sin embargo, las mujeres tienden más a expresar la sensación de “quemazón”. La tabla 6, muestra la selección de palabras afectivas según el sexo. La sensación cualitativa de estar “asustado” (p < 0,05) pareció ser la referida por mujeres con IAM, siendo la única palabra discriminativa que alcanza significación estadística. Los resultados de la tabla 7 ilustran las principales diferencias entre las palabras seleccionadas, tras haber

- 0 excluido del análisis a los pacientes con historia previa de angina o IAM.

DISCUSIÓN

El reto para todas las enfermeras de cuidados críticos es el adquirir las técnicas requeridas para valorar rápidamente y diferenciar entre los pacientes que presentan dolor torácico e identificar rápidamente aquellos que experimentan un IAM. Esto no siempre es sencillo, en parte porque la distribución de las fibras nerviosas que inervan el corazón, cuello, tejidos viscerales, órganos intratorácicos y estructuras subdiafragmáticas pueden originar descripciones de dolor torácico que imitan a la asociada a la isquemia u oclusión arterial coronaria, en términos de sensación, radiación y localización. Además, Edmonstone en 1995⁽²⁶⁾ y Treasure en 1998⁽²³⁾ advierten que los clínicos no deben pasar por alto otros datos sutiles que pueden ser significativos para el diagnóstico, resaltando la importancia de los gestos corporales. El síndrome final o diagnóstico es la combinación del conjunto de signos, síntomas subjetivos y datos objetivos.

De gran interés son los hallazgos de un estudio reciente en 10.689 pacientes, de 10 departamentos de emergencias, y que presentaban dolor torácico. Sólo el 17 % del total incluían los criterios de síndrome coronario agudo, y alrededor de un 2 % de ellos fueron dados de alta a casa erróneamente⁽²⁷⁾. Más de tres cuartas partes de aquellos que presentaron dolor torácico fue debido a causas no cardíacas o a otros problemas cardiovasculares. El porcentaje de pacientes que presentaron dolor torácico, como apunta Pope et al en su estudio⁽²⁷⁾, coincide con este estudio favorablemente; la unidad coronaria admitió aproximadamente 2.300 pacientes durante el período de 2 años, de los que el 23 % ($n = 541$) presentaron dolor torácico. Este elevado número puede ser un indicador de que muchos pacientes estaban siendo dirigidos para ingresar en la unidad coronaria procedentes de fuentes internas y externas.

Al revisar los resultados de este estudio, merece la pena explorar una serie de temas que pueden proporcionar un contexto para la discusión y quizás también un razonamiento para las discrepancias en algunas áreas en relación con investigaciones previas. Como

puede verse en la tabla 1, de los 275 pacientes del grupo (cohorte) de pacientes sin IAM, 60 % tenían historia previa de EC frente a sólo el 40 % del grupo con IAM. Es razonable especular que para comunicar y obtener validación de los síntomas habituales, los pacientes sin IAM podrían haber seleccionado palabras de características similares a los pacientes con IAM. Esto podría explicar, de alguna forma, por qué hay sólo algunas diferencias en el uso de las palabras (descriptoras) afectivas y sensoriales (v. tablas 3 y 4). Este fenómeno se observa parcialmente por la frecuencia de la palabra "opresivo", siendo una descripción común asociada a la enfermedad de las arterias coronarias, y por las respuestas de este descriptor y otros, es muy similar entre ambos grupos (v. tabla 3).

Otra variable que distorsiona, es el hecho de que exploraciones realizadas bien en la planta de hospitalización, su médico particular, o en el departamento de emergencias, y los clínicos pueden haber influido en los pacientes a la hora de describir su dolor torácico en consultas posteriores^(19,23). Es imposible valorar si hubo o no alguna modificación en el lenguaje utilizado por los pacientes y el alcance del mismo. Es interesante el trabajo de Rosenfeld y Gilkeson⁽²⁸⁾, quienes apuntan que en la fase aguda de hospitalización las seis pacientes femeninas raramente utilizaban términos cardíacos, pero meses después, percibieron que las informantes describían sus experiencias utilizando expresiones médicas. Volviendo a nuestro estudio, el método de selección de los pacientes es la mayor limitación, lo que puede explicar algunas diferencias con las investigaciones previas.

Hay además otros factores que podrían haber afectado a la calidad de recogida de datos, pudiendo haber influido en los resultados. Es bastante posible que el recuerdo y recogida de eventos de los pacientes, hayan estado afectados adversamente por la urgencia de su ingreso que modifica los factores ambientales, la desorientación así como el efecto residual de los opiáceos que la mayoría de pacientes habrían recibido. Además, la gran mayoría de éstos, infravaloran su dolor torácico a pesar de que conocen la importancia de informar al equipo sanitario^(29,30). Es importante destacar que alrededor de un 4 % de todos los pacientes no seleccionaron ninguna de las palabras de la lista, posiblemente porque ninguno las relacionó con su experiencia o no

fueron capaces de expresar su dolor torácico verbalmente. También es lógica la hipótesis de que algunos individuos podrían haber elegido palabras, aunque las de la lista no hubieran representado su experiencia. La investigación no trató de valorar si los pacientes expresaron la calidad de su dolor torácico utilizando otras palabras diferentes a las de la lista, lo que hubiera podido ser de gran valor. Podría haber sido útil comparar cómo los descriptores, tal y como se registran en las notas y en la valoración de otras documentaciones, difirieron de los recogidos durante el estudio. Finalmente, la investigación no tuvo en cuenta la duración de los síntomas, lo que a veces pudo modificar la percepción de la experiencia de los sujetos.

Diferencias entre los pacientes con y sin IAM

Al examinar los resultados entre los pacientes con y sin IAM, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los descriptores sensoriales que hubieran ayudado al diagnóstico diferencial. Sin embargo, mientras no se alcance significación estadística, es importante considerar cómo el patrón de las palabras afectivas seleccionadas por los pacientes con IAM (v. tabla 4) tienden a enfatizar un componente emocional que es consistente con estudios anteriores^(20,21), también refirieron que si se excluyen los pacientes con EC previa, parece que los pacientes con IAM del estudio sueco apuntan los sentimiento "aterrador" ($p < 0,05$), y "preocupante" menos que los pacientes sin IAM ($p < 0,01$). Esto contrasta con la experiencia de Gran Bretaña, tanto con las palabras sensoriales como con las afectivas (v. tabla 7).

Descriptores verbales en relación con el sexo

Entre aquellos pacientes con IAM confirmado, las palabras "opresivo" (34,2 % frente a 25 %) y "generalizado" (34,7 % frente a 27,6 %) pareció que fueron descriptas más frecuentemente por varones que por mujeres. Sin embargo, el descriptor "quemante" fue más utilizado por mujeres que por varones (v. tabla 5). Las razones sugeridas anteriormente podrían explicar algunas disparidades de los resultados. Esto difiere de los descrip-

tores emocionales con los que, Hogfren et al⁽²¹⁾ parece coincidir en algunas palabras clave. Por ejemplo, los descriptores "asfixiante", "aterrador", "insopportable", sugieren que las mujeres son más proclives a expresar su dolor torácico con vocabulario emocional (v. tabla 6), aunque la ausencia de significación estadística impide extraer conclusiones firmes en este punto. Sin embargo, es factible especular que si los datos fueran a asociarse, esto podría mejorar el grado de confianza en las predicciones acerca del uso de descriptores verbales por mujeres con IAM. Del mismo modo, las mujeres con IAM del estudio sueco refirieron estar menos "asustadas" que los varones⁽²¹⁾, pero lo contrario queda manifiesto para las mujeres con IAM de Gran Bretaña (v. tabla 6). De acuerdo con Rosenfeld y Gilkeson⁽²⁸⁾, las mujeres pueden no asustarse en el momento del ingreso pero sí cuando se les informa del pronóstico e intervenciones, ya que pueden sentirse asustadas de cara al futuro. El tiempo que abarca la recogida de datos en el estudio de Hofgren et al⁽²¹⁾ varió desde el momento inmediato al ingreso a algunos días más tarde. Si la mayoría hubieran sido entrevistados pronto después de la hospitalización, podría explicar por qué las mujeres con IAM estuvieron significativamente menos "asustadas". En este estudio, la recogida de datos se hizo, como mínimo, 24 h después del ingreso, lo que puede indicar que fue un período de tiempo suficiente para que las mujeres con IAM valorasen la importancia del diagnóstico, pudiendo condicionar su respuesta emocional. Finalmente, Hofgren et al⁽²¹⁾ realizaron su trabajo hace casi 15 años, cuando la conciencia de las implicaciones de la EC en las mujeres podrían considerarse pobres generalmente. Podría ser justo presumir que las mujeres, ahora, saben más sobre las consecuencias de la EC, y como la mayoría son mayores y viven solas, estos elementos podrían estar conectados con su experiencia de dolor torácico, y en manifestarla con palabras de su elección.

En la actualidad hay un gran incremento en la investigación, lo que indirectamente soporta los hallazgos de este estudio en relación con las diferencias en el sexo. Por ejemplo, en Estados Unidos, Kim et al⁽³¹⁾ han estudiado recientemente las diferencias en la ansiedad entre varones y mujeres post-IAM. Sus resultados sugieren que las mujeres experimentan significativamente mayores grados de ansiedad. Una posible explicación es

- 2 que en el momento del episodio cardíaco, muchas mujeres pueden ser mayores, tener menores ingresos y tener menos red de soporte social, por lo que no sorprende que se sientan ansiosas y asustadas acerca de las consecuencias⁽²²⁾. Sin embargo, Kim et al⁽³¹⁾ sugieren que las mujeres casadas pueden experimentar grados de ansiedad mayores por su papel de cuidadoras y por el impacto que su enfermedad puede tener en la dinámica de su familia. Hay también un aumento de la conciencia de que los síntomas de las mujeres con IAM no son los mismos que en los varones^(18,19,32,33), y porque parece que en el momento de la presentación ellas tienen características atípicas, pueden ser dadas de alta inapropiadamente o no ser estudiadas en profundidad⁽³⁴⁾.

Este estudio ha contribuido en parte a esta área y ha destacado que hay algunas diferencias sutiles en la presentación del IAM en varones y mujeres, pero esto no es definitivo y no puede ser generalizado. El estudio ha discutido ampliamente el componente emotivo en las descripciones entre varones y mujeres con IAM. Respecto al lenguaje sensorial es interesante destacar que la palabra "quemante" pareció ser utilizada más frecuentemente por mujeres con IAM (v. tabla 5) y dos veces más frecuente por pacientes con IAM que por aquellos sin IAM ($p < 0,05$) (v. tabla 7). Una observación referida también por Cooke et al⁽³⁵⁾ en la que comparaban dos grupos de 130 pacientes con arterias coronarias normales ($n = 65$) y con evidencia angiográfica de estenosis, al describir la calidad de su dolor, aquellos con arterias anormales tuvieron tres veces más la sensación de "quemante", y esta diferencia fue también estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Es muy interesante el análisis, dirigido por el anterior autor, de 10 textos clave médicos y de enfermería de Estados Unidos, en el que se observa que esta palabra se cita como perteneciente a la presentación típica del IAM, sin embargo, en un ejercicio similar en textos de Gran Bretaña, este descriptor verbal no apareció. Este último punto cuestiona actualmente las opiniones aceptadas acerca del vocabulario que característicamente se asocia con pacientes que experimentan un IAM y aumenta las posibilidades de investigación.

CONCLUSIÓN

Este estudio ha examinado el lenguaje que los pacientes con y sin IAM utilizan para describir su experiencia de dolor torácico. Aunque no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos para la mayoría de los descriptores citados, dentro del área afectiva, un patrón de palabras fue similar a otras investigaciones previas y una muestra mayor podría reproducir más hallazgos comparables. Sin embargo, los resultados sugieren que actualmente es posible extraer conclusiones firmes acerca de la contribución de los descriptores verbales específicos como posibles indicadores de IAM. En relación con el análisis de elección de los descriptores verbales entre mujeres y varones con IAM, se destacan algunas diferencias sutiles. Particularmente las mujeres con IAM dependen más del lenguaje emotivo que los varones para caracterizar los síntomas de su dolor torácico, pero se necesita investigar más para avanzar en el conocimiento de cómo se comunica el dolor arterial coronario según el sexo.

Las implicaciones para las enfermeras de Cuidados Intensivos sugieren que necesitan estar atentas a las metáforas y palabras que utilizan los pacientes para describir su dolor torácico, ya que con frecuencia expresan conceptos componentes de intensidad, calidad y emociones. Es importante que las enfermeras en Cuidados Intensivos escuchen atentamente y acepten incondicionalmente la descripción del dolor hecha por los pacientes, y mediante este proceso las enfermeras puedan empezar a reconocer cómo afecta al individuo la experiencia y el impacto que tiene sobre su salud^(7,30). Además, la valoración de la documentación precisa de dolor torácico posibilita al equipo de enfermería guiar los cuidados de acuerdo a las necesidades individuales y, mediante la aplicación de las mismas palabras utilizadas por la persona en la descripción del dolor torácico, originará una experiencia más significativa. De igual importancia es el conocimiento que la presentación de los síntomas de dolor, por parte de las mujeres, puede ser atípica por lo que no debe ser rechazada sino investigada mucho más ampliamente, en especial si hay evidencia de factores de alto riesgo.

Respecto a futuras investigaciones, se deberán realizar estudios más profundos enfocando las palabras que utilizan los pacientes, con un nuevo IAM, para referir

sus experiencias de dolor torácico, sin historia de oclusión arterial coronaria. Este grupo podría ser comparado con una muestra de pacientes presentando dolor torácico pero sin historia de EC. Además, podría ser apropiado examinar solamente el grupo de los principales descriptores verbales para poder identificar si son sensibles en la identificación del perfil de aquellos pacientes con sospecha de IAM, y cómo se comparan éstos en las diferentes culturas. También, se necesita organizar estudios clínicos amplios que se centren exclusivamente en las necesidades y experiencias de mujeres ingresadas con un IAM. Los resultados de este trabajo pueden hacer avanzar el conocimiento de los clínicos de cómo la presentación del IAM difiere según el sexo y cómo avanza la calidad de cuidados de los pacientes.

AGRADECIMIENTOS

Quisiéramos agradecer a M.^a Carmen Asiaín Erro, Supervisora de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Universitaria de Navarra y Profesora Asociada de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Navarra, por su habilidad e inestimable ayuda en la traducción de este artículo, así como por su incondicional disponibilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. European Society of Cardiology. Acute myocardial infarction: Pre-hospital and in-hospital management. *Eur Heart J* 1996; 17: 43-63.
2. Department of Health. National Service Framework for Coronary Artery Disease. London: The Stationery Office; 2000.
3. Boersma E, Simoons ML. Reperfusion strategies in acute myocardial infarction. *Eur Heart J* 1997; 18: 1703-11.
4. Bagnet C, Collins R, Appleby P, Parish S, Sleigh P, Peto R. ISIS-2: 10 year survival among patients with suspected myocardial infarction in randomized comparison of intravenous streptokinase, oral aspirin, both or neither. *Br Med J* 1998; 316: 1337-43.
5. Adams J, Trent R, Rowles J. Earliest electrocardiographic evidence of myocardial infarction: Implications for thrombolysis treatment. *Br Med J* 1993; 307: 409-13.
6. Julian DG. Thrombolysis, the general practitioner and the electrocardiogram. *Br Heart J* 1994; 72: 220-1.
7. Albarrán JW. Acute chest pain- Listening to your patient! *Nurs Times* 2001 (en prensa).
8. Kanjia A, Salih M. Recent advances in the evaluation of chest pain. *Br J Cardiology* 2000; 7: 123-30.
9. Melzack R. The McGill pain questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain* 1975; 1: 277-99.
10. Melzack R, Wall PD. The challenge of pain. Harmondsworth: Penguin; 1982.
11. Melzack R, Wall PD, Ty T. Acute pain in an emergency clinic: Latency of onset and descriptor patterns related to different injuries. *Pain* 1982; 14: 33-43.
12. Gaston-Johansson F. Pain assessment: Differences in quality and intensity of the words pain, ache and hurt. *Pain* 1984; 20: 69-76.
13. Latham J. Assessment, observation and measurement of pain. *Prof Nurse* 1986; (January): 107-10.
14. Berker M, Hughes B. Using a tool for pain assessment. *Nurs Times* 1990; 86 (24): 50-2.
15. Karlson BW, Herlitz J, Liljeqvist JA, Pettersson P, Hallgren P, Strombom U et al. Prognosis in suspected acute myocardial infarction in relation to delay time between onset of symptoms and arrival to hospital. *Cardiology* 1991; 78: 131-7.
16. Bleeker J, Simmons ML, Erdman R, Leenders C, Kruyssen H, Lamers L et al. Patient and doctor delay in acute myocardial infarction: A study in Rotterdam. The Netherlands. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 181-4.
17. Canto JG, Shlipak MG, Rogers WJ, Malmgren JA, Frederick PD, Lambrew CT et al. Prevalence, clinical characteristics and mortality amongst patients with myocardial infarction presenting with chest pain. *JAMA* 2000; 238: 3223-9.
18. Meischke H, Yasui Y, Kuniyuki A, Bowen DJ, Andersen R, Urban N. How women label and respond to symptoms of acute myocardial infarction: Responses to hypothetical scenarios. *Heart Lung* 1999; 28: 261-9.
19. Penque S, Halm M, Smith M, Deutsch J, Roekel M, McLaughlin L et al. Women and coronary heart disease: Relationship between descriptor of signs and symptoms and diagnostic and treatment course. *Am J Crit Care* 1998; 7: 175-82.
20. Gaston-Johansson F, Hofgren C, Watson P, Herlitz J. Myocardial infarction pain: Systematic description and analysis. *Intens Care Nurs* 1991; 7 (1): 3-10.
21. Hofgren C, Karlson BW, Gaston-Johansson F, Herlitz J. Word descriptors in suspected myocardial infarction: A comparison of patients with and without MI. *Heart Lung* 1994; 23: 397-403.
22. Albarrán JW, Durham B, Chappel G, Dwight J, Gowers J. Are manual gestures, verbal descriptors and pain radiation as reported by patients reliable indicators of myocardial infarction? Preliminary findings and implications. *Intens Crit Care Nurs* 2000; 16 (2): 98-110.

- 4 23. Treasure T. Pain is not the only feature of the heart attack (carta). *Br Med J* 1998; 317: 602-3.
24. Ruston A, Clayton J, Calnan M. Patients' action during their cardiac event: Qualitative study exploring differences and modifiable factors. *Br Med J* 1998; 316 (7137): 1060-4.
25. Hochman JS, Tamis JE, Thompson TD, Weaver WD, White HD, Van de Werf F et al. Sex, clinical presentation and outcome in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med* 1999; 341: 226-32.
26. Edmonstone W. Cardiac chest pain: Does body language help in the diagnosis? *Br Med J* 1995; 311: 1660-1.
27. Pope JH, Aufderheide T, Ruthazer R, Woolard R, Feldman J, Bes-hanky J et al. Missed diagnosis of acute cardiac ischaemia in the emergency department. *N Engl J Med* 2000; 342: 1163-70.
28. Rosenfeld AG, Gilkeson J. Meaning of illness for women with coronary heart disease. *Heart Lung* 2000; 29 (2): 105-12.
29. Mackintosh C. Non-reporting of cardiac pain. *Nurs Times* 1994; 90 (13): 36-9.
30. Alconero A, Pérez S, Fernández R, Sola JM. Registros de enfermería en la valoración del dolor en el infarto agudo de miocardio. *Enfermería en Cardiología* 1999; 17: 20-4.
31. Kim KA, Moser DK, Garvin BJ, Riegel BJ, Doering LV, Jaddack R et al. Differences between men and women in anxiety early after acute myocardial infarction. *Am J Crit Care* 2000; 9: 245-53.
32. Halm M, Penque S. Heart disease in women. *Am J Nurs* 1999; 99 (4): 26-31.
33. 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 (3): 26-38.
34. Rajendra M, Eagle KL. Missed diagnoses of acute coronary syndromes in the emergency room-continuing challenges. *N Engl J Med* 2000; 342: 1207-10.
35. Cooke RA, Smeeton N, Chambers JB. Comparative study of chest pain characteristics in patients with normal and abnormal angiograms. *Heart* 1997; 78: 142-6.