

Impacto de la actitud frente a los síntomas en la mortalidad temprana por infarto de miocardio

Joan Sala^{a,b}, Izabella Rohlf^b, María M. García^c, Rafael Masiá^{a,b} y Jaume Marrugat^{b,d}

^aServicio de Cardiología. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Gerona. España.

^bREGICOR. Registre Gironí del Cor. Barcelona. España.

^cAgència d'Investigació. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Gerona. España.

^dInstitut Municipal d'Investigació Mèdica de Barcelona-IMIM. Barcelona. España.

Introducción y objetivos. El entorno y las circunstancias del paciente en el inicio de los síntomas del infarto agudo de miocardio (IAM) pueden condicionar su supervivencia. El objetivo es estudiar los aspectos relativos a la convivencia, las características y el retraso en las primeras acciones tomadas por los pacientes con IAM que sobrevivieron más de 1 h y analizar su relación con la mortalidad en distintos períodos.

Pacientes y método. Se ha realizado un estudio de cohortes de base poblacional entre 1997 y 1998. La principal fuente de información ha sido el Registre Gironí del Cor (REGICOR) y, para los fallecidos antes de acceder a monitorización, los boletines estadísticos de defunción. Se estudiaron las características demográficas, los hábitos y los antecedentes, los síntomas, las alteraciones electrocardiográficas, el valor de las enzimas miocárdicas y los procedimientos terapéuticos y diagnósticos. Se analizó la mortalidad prehospitalaria, intrahospitalaria y global a los 28 días.

Resultados. Se analizaron 1.097 casos: 652 (59,4%) supervivientes a 28 días, 171 muertes en hospitales (15,58%) y 274 muertes prehospitalarias (24,97%). Los pacientes que fueron directamente al hospital presentaron menor mortalidad (*odds ratio* [OR] = 0,32; intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,17-0,59). Hubo mayor mortalidad a los 28 días entre los que tenían síntomas atípicos (OR = 5,52; IC del 95%, 2,90-10,50) y/o vivían institucionalizados (OR = 9,47; IC del 95%, 1,05-84,9).

Conclusiones. En ausencia de un servicio de ambulancias medicalizadas, los pacientes con un IAM que se dirigen directamente a un hospital y/o presentan síntomas típicos sobreviven en mayor proporción a los 28 días y en la fase prehospitalaria de la enfermedad, y los institucionalizados presentan una mayor mortalidad a los 28 días.

Palabras clave: *Mortalidad prehospitalaria. Infarto agudo de miocardio. Asistencia sanitaria.*

Effect of Reactions to Symptom Onset on Early Mortality From Myocardial Infarction

Introduction and objectives. A patient's social circumstances at the time when acute myocardial infarction (AMI) symptoms first appear might influence survival. Our objectives were to study the living conditions, the location where symptoms started, the type of symptoms, and the delay before action was taken in patients with AMI who survived more than one hour, and to analyze the relationship between these variables and mortality in different time periods.

Patients and method. Population-based observational cohort study carried out in 1997-1998. Main data source: Registre Gironí del Cor (REGICOR). Death certificates provided information on patients who died before they could be included in the register. The patients' demographic characteristics, lifestyle, clinical history, electrocardiographic abnormalities, cardiac enzyme levels, treatment, and diagnosis were recorded. Mortality before and during hospitalization, and overall mortality at 28 days were studied.

Results. Of the 1,097 patients included, 274 (24.97%) died before reaching hospital, 171 (15.58%) died in hospital, and 652 (59.4%) were alive at 28 days. Mortality was lower in patients who went directly to hospital (OR = 0.32, 95% CI, 0.17-0.59). Mortality at 28 days was higher in those with atypical symptoms (OR = 5.52, 95% CI, 2.90-10.50), and in those who lived in an institution (OR = 9.47, 95% CI, 1.05-84.9).

Conclusions. In the absence of specially equipped ambulances, AMI patients who went directly to the hospital or who had typical symptoms had a better chance of survival both before hospitalization and at 28 days. In contrast, 28-day mortality was higher in institutionalized patients.

Key words: *Prehospital mortality. Acute myocardial infarction. Medical attention.*

Full English text available at: www.revespcardiol.org

Este estudio ha sido financiado por las siguientes ayudas: Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 97/0920) y red HERACLES (FIS G03/045).

Correspondencia: Dr. J. Sala.
Servicio de Cardiología. Unidad Coronaria.
Hospital Universitario Dr. Josep Trueta.
Avda. Francia, s/n. 17007 Girona. España.
Correo electrónico: regicor@htrueta.scs.es

Recibido el 25 de noviembre de 2004.

Aceptado para su publicación el 1 de septiembre de 2005.

ABREVIATURAS

BED: boletines estadísticos de defunción.

IAM: infarto agudo de miocardio.

IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina.

REGICOR: Registre Gironí del Cor.

INTRODUCCIÓN

En España, cerca del 40% de los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) fallece antes de llegar al hospital, mientras que la mortalidad de los hospitalizados es aproximadamente del 12%¹.

La mayor parte de las intervenciones destinadas a reducir la mortalidad de esta enfermedad se dirigen hacia los pacientes hospitalizados. La utilización de fibrinólisis y ácido acetilsalicílico han representado una reducción estimada de la mortalidad de al menos un 26% en nuestro medio²; en la actualidad, la angioplastia primaria también ha contribuido a la mejora del pronóstico de los pacientes que llegan al hospital³. El máximo beneficio de estas intervenciones se obtiene cuando se aplican precozmente después del inicio de los síntomas⁴.

Varios aspectos relacionados con el entorno y las circunstancias del paciente en el momento del inicio de los síntomas pueden condicionar su supervivencia. Hay retrasos en la búsqueda de ayuda que no son bien conocidos y sobre los que tal vez sea posible realizar una intervención desde la salud pública⁵.

El objetivo de este estudio fue valorar los aspectos relativos a la convivencia, el lugar en el que comenzó la crisis, las características y el retraso en las primeras acciones tomadas después del inicio de los síntomas de pacientes consecutivos con IAM que sobrevivieron más de una 1 h desde el inicio de los síntomas, y determinar su relación con la mortalidad a los 28 días.

PACIENTES Y MÉTODO

Se ha utilizado un estudio de cohortes de base poblacional en la provincia de Gerona. La población de referencia fue la de 6 comarcas de esta provincia, unas 266.000 personas mayores de 35 años según el censo de 1996. Se ha incluido a todos los pacientes consecutivos de hasta 85 años con diagnóstico de IAM seguro o probable según los criterios estándar de la Organización Mundial de la Salud⁶. Este estudio se realizó de forma prospectiva y es el primero de base poblacional que analiza esta cuestión en nuestro país.

Los pacientes procedían de 2 grupos: los fallecidos antes de acceder a monitorización cardíaca con posibilidad de desfibrilación, y todos los pacientes ingresados con diagnóstico de IAM en cualquiera de los 7 hospitales del área de estudio durante los años 1997 y

1998. Se ha excluido a los pacientes que fallecieron durante la primera hora tras el inicio de los síntomas. La principal fuente de información fue el Registre Gironí del Cor (REGICOR), que recoge exhaustivamente todos los IAM del área de estudio. Para la identificación de los fallecidos antes de acceder a monitorización, la fuente de detección principal fueron los boletines estadísticos de defunción (BED). Se seleccionaron los boletines que contenían alguno de los diagnósticos índice 410 a 414 del CIE-9 de la OMS. Una vez identificados, se contactó con el médico certificador y, cuando se consideró necesario, con los familiares del paciente, a los que se administró un cuestionario estructurado sobre la conducta seguida ante la aparición de los síntomas: aviso al médico de cabecera, aviso a una ambulancia o traslado directo por medios propios a un hospital, la primera atención y el traslado. También se obtuvieron datos sobre el tiempo en minutos transcurrido entre la aparición de los síntomas y los siguientes acontecimientos: solicitud de atención sanitaria, llegada del médico o del personal sanitario, llegada del transporte sanitario y momento de la monitorización. El retraso en la obtención de los BED explica que las encuestas a los familiares y médicos certificadores se realizaran en el período 1999-2000. Los datos de los pacientes que ingresaron en los hospitales se obtuvieron en el momento del ingreso preguntando directamente al paciente, y cuando no fue posible, a sus familiares.

Se analizaron el lugar de residencia, el sexo, la edad, la situación de convivencia, el lugar de inicio de los síntomas, el lugar de tratamiento del IAM, los hábitos y los antecedentes: consumo de tabaco, hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia y enfermedad isquémica coronaria previa. Los síntomas, las alteraciones electrocardiográficas y el valor de las enzimas miocárdicas permitieron clasificar a cada paciente en una de las siguientes categorías diagnósticas: IAM «seguro», IAM «posible», o datos «insuficientes» en caso de que no pudiera determinarse con mejor precisión la causa de la muerte. La definición de estas categorías y el algoritmo de clasificación siguen criterios estándar⁶ que fueron aplicados por el personal experto y entrenado específicamente para este estudio (epidemiólogos y cardiólogos).

Se recogieron también los procedimientos terapéuticos y diagnósticos, como el uso de fibrinólisis, antiagregantes, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), bloqueadores beta, cateterismo cardíaco y revascularización coronaria.

Se analizó la mortalidad prehospitalaria, intrahospitalaria y global a los 28 días.

Análisis estadístico

Se utilizó el test de la χ^2 para la comparación de proporciones entre los grupos de mortalidad prehospitalaria

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9180794>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9180794>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)