

¿Cuántos infartos hay en la Argentina?

DANIEL FERRANTE^{MTSAC}, CARLOS D. TAJER^{MTSAC}

De acuerdo con las estadísticas de Salud Pública sobre la base de los certificados de defunción, las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte con un 32% del total. (1) No contamos, sin embargo, con información válida y confiable sobre la morbilidad de las enfermedades cardiovasculares, dato fundamental, debido a que la cifra de mortalidad no logra capturar el impacto sanitario en términos de calidad de vida, discapacidad y costos relacionados con estas enfermedades. El conocimiento de todo el espectro clínico y su incidencia no sólo concita interés científico y epidemiológico, sino que constituye una información vital para la planificación en salud pública.

De las enfermedades cardiovasculares, la arteriosclerosis coronaria explica la mayor parte de las muertes y de la carga sanitaria y una de sus formas clínicas más frecuentes y agresivas es el infarto agudo de miocardio.

En este número de la *Revista*, Caccavo y colaboradores (2) comunican datos inéditos para nuestro país relativos a la incidencia de infarto agudo de miocardio. Aunque contamos con diferentes registros hospitalarios previos que aportan datos sobre la evolución natural y los tratamientos, al ser muestras no planificadas de comunidades grandes no permiten estimar de qué población provienen los casos (es decir, el denominador de la incidencia). Los autores identificaron en este estudio todos los casos de infarto agudo de miocardio internados de una población definida de la ciudad de Coronel Suárez, lo que les permitió estimar que el riesgo anual de infarto fue de 9 casos cada 10.000 personas por año y que su letalidad alcanzó el 9%. El registro publicado se orientó a cuantificar la eventual demanda de reperfusión, por lo que se limitó a los infartos que ingresaron en centros hospitalarios dentro de las 24 horas y presentaban elevación del segmento ST. La relevancia de esta información es muy grande, pero cabe señalar algunas limitaciones para proyectar estas cifras a todo el país o efectuar inferencias sobre la carga total de enfermedad del infarto de miocardio.

A diferencia de otros registros poblacionales, no ha recurrido a otras fuentes de información, como el análisis de certificados de defunción del área geográfica seleccionada y posterior entrevista a familiares y médicos involucrados y los datos de los sistemas de transporte y traslados de pacientes. Esta omisión implica dejar fuera la mayoría de las muertes iniciales por infarto: registros como el MONICA han podido documentar que las dos terceras partes de las muer-

tes por infarto hasta los 28 días se concentran en la etapa prehospitalaria. (3) Muchos de estos pacientes tienen también infartos con elevación del segmento ST y potencialmente podrían ser asistidos con un sistema agilizado. A su vez, el objetivo del estudio ha llevado a la exclusión de los infartos que evolucionan sin elevación del segmento ST; si nuestra intención fuera proyectar a un número total de infartos, deberíamos ajustar el número para estas otras formas de presentación. La última limitación inevitable ha sido la de haber utilizado la misma población en el denominador durante todos los años (censo 2001), de tal manera que la incidencia podría haberse infraestimado en los primeros años y sobrestimado en los últimos. Aunque habitualmente esto puede corregirse efectuando proyecciones poblacionales, esta información no está disponible para comunidades pequeñas.

Los registros de base poblacional, a diferencia de los registros hospitalarios, permiten una estimación del riesgo de IAM en la población y facilitan la planificación para cubrir la necesidad de servicios sanitarios apropiados, en especial la reperfusión, y luego prevención secundaria adecuada. Estos registros también permiten conocer la evolución en el tiempo de la incidencia de la patología, lo que podría ser relevante en el contexto de políticas de promoción y prevención de la salud que puedan reducirla: control del consumo de tabaco, alimentación saludable y actividad física, o manejo efectivo de factores de riesgo en la atención primaria. La metodología de los registros poblacionales de IAM fue desarrollada en especial por la OMS (Proyecto MONICA). (3) Este proyecto recomendaba incluir una población que genere al menos 200 casos fatales anuales, realizar un seguimiento a 28 días, datos de gravedad, comorbilidad, factores de riesgo y aspectos relacionados con la calidad de la atención. En este estudio se incluían también las muertes prehospitalarias y, a través de los certificados de defunción, de toda muerte que pudiera relacionarse con un evento coronario agudo.

A pesar de las limitaciones técnicas señaladas, la información aportada por el estudio de Caccavo y colaboradores tiene grandes implicaciones para la reflexión sobre el problema del infarto agudo de miocardio en la Argentina y su aporte es muy novedoso y necesario.

En nuestro país, si extrapolamos las incidencias por edad y sexo observadas por este estudio para infartos con elevación del segmento ST y las aplicamos a la población distribuida por edad y sexo proyec-

tadas para el año 2005 mediante estandarización directa, (4) podríamos estimar para ese año 31.435 infartos (23.754 en hombres y 7.681 en mujeres) candidatos a estrategias de reperfusión y una incidencia anual de 8,1 por 10.000 habitantes de todas las edades y de 19 por 10.000 en mayores de 35 años. ¿Qué porcentaje de estos pacientes accede realmente a estrategias de reperfusión?

La angioplastia primaria se ha transformado en la principal estrategia en los centros que cuentan con alta complejidad, pero esto no es accesible a la mayor parte de la población y las cifras comunicadas de caídas sostenidas del número de fibrinolíticos vendidos en el país deberían ser motivo de preocupación. En ese sentido, Chile ha tomado medidas activas a través del programa AUGE, que se tradujeron en un incremento notable en el acceso de sectores de menores recursos a la trombólisis. (5)

En las últimas encuestas de infarto de la SAC, el porcentaje de pacientes con elevación del ST al ingreso era del 74,8% del total, (6) lo que se reiteró en el primer informe de la red Epi-Cardio de epicrisis computarizada. Corrigiendo las cifras anteriores y considerando un porcentaje similar de distribución de cambios electrocardiográficos para todas las edades, el número total de infartos hospitalizados para el año 2005 sería de 42.025 (31.757 en hombres y 10.269 en mujeres), lo cual implicaría una incidencia anual de 10,8 por 10.000 habitantes de todas las edades y de 24,5 por 10.000 mayores de 35 años.

Hemos recalculado los datos de incidencia trianual que informa el estudio MONICA proyectándolos para la población de 35 a 64 años. La incidencia anual de infartos con elevación del segmento ST sería de 41,9 por 10.000 habitantes y ajustado a otro tipo de infartos clásicos, de 55,9 por 10.000. De acuerdo con las cifras de infarto del estudio MONICA, (7) esto nos ubica como un país con una incidencia trianual alta de IAM en hombres, 102,7 en 10.000, y en mujeres, 11,60 en 10.000. Hemos intentado comparar estas cifras con otros registros poblacionales, pero los criterios de inclusión son diferentes y esto requerirá probablemente un ajuste más detallado. Como primera impresión, la incidencia de infarto hospitalizado en la Argentina es moderadamente elevada o muy elevada en comparación con los estudios consultados. (8)

En conclusión, este registro se constituye en un antecedente valioso para la formulación de un registro continuo de IAM de base poblacional que nos permita contar con información no sólo de gran interés epidemiológico, sino de extrema utilidad para la salud pública.

Los dos aspectos que se derivan de este estudio son de gran relevancia:

1. La cifra proyectada de pacientes que deberían recibir reperfusión es muy alta y algunos datos de otras fuentes nos permiten suponer que una gran proporción no accede al tratamiento adecuado.
2. El número de infartos hospitalizados nos ubica en el rango de comunidades de incidencia elevada. Son perentorios la confirmación a través de registros comunitarios y el debate sobre las formas de acercar las estrategias validadas de prevención y tratamiento a la mayor parte de la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Indicadores Básicos 2005, disponible en <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/indicadores%202005.pdf>
2. Caccavo A, Álvarez A, Bello FH, Ferrari AE, Carrique AM, Lasdica EA y col. Incidencia poblacional del infarto con elevación del ST o bloqueo de rama izquierda a lo largo de 11 años en una comunidad de la provincia de Buenos Aires. *Rev Argent Cardiol* 2007;75: 185-8.
3. Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Amouyel P, Arveiler D, Rajakangas AM, Pajak A. Myocardial infarction and coronary deaths in the World Health Organization MONICA Project. Registration procedures, event rates, and case-fatality rates in 38 populations from 21 countries in four continents. *Circulation* 1994;90:583-612.
4. Fleiss JL. *Statistical methods for rates and proportions*. New York: John Wiley & Sons; 1981.
5. Para consultar los documentos del AUGE (acceso universal a garantías explícitas) www.minsal.cl/ici/protocolos.asp y <http://www.supersalud.cl/568/propertyvalue-505.html>
6. Blanco P, Gagliardi J, Higa C, Dini A, Guetta J, Di Toro D y col. Infarto agudo de miocardio. Resultados de la encuesta SAC 2005 en la República Argentina. *Rev Argent Cardiol* 2007;75:163-70.
7. Marrugat J, Sala J. Registries of morbimortality in cardiology: methods. *Rev Esp Cardiol* 1997;50:48-57.
8. Rosamond WD, Chambless LE, Folsom AR, Cooper LS, Conwill DE, Clegg L, et al. Trends in the incidence of myocardial infarction and in mortality due to coronary heart disease, 1987 to 1994. *N Engl J Med* 1998;339:861-7.