

Infarto de miocardio y prevención cardiovascular

RAUL OLIVERI

La enfermedad coronaria constituye uno de los grandes problemas de la medicina actual, siendo responsable del mayor porcentaje de muertes en el mundo desarrollado.

El infarto de miocardio es la causa más importante en esta población, por lo cual numerosos esfuerzos fueron dirigidos a mejorar su pronóstico.

A comienzos de la década del sesenta se crearon en los Estados Unidos las unidades coronarias, cuyos objetivos fundamentales fueron: 1) la resucitación; 2) la profilaxis de las arritmias; 3) intervenciones para tratar la isquemia y la falla de bomba.

¿Cuál ha sido el verdadero impacto de las unidades coronarias en la reducción de la mortalidad por infarto agudo de miocardio?

Es indudable que la internación precoz de un paciente en una unidad coronaria representa una disminución significativa de la mortalidad por arritmias, que constituyen la principal causa de muerte en las primeras horas. Pero debe recordarse que el 60% de las muertes por infarto agudo de miocardio ocurre fuera del hospital¹ y este hecho relativiza las cifras que habitualmente se manejan.

En 1975 presentamos en el Congreso Argentino de Cardiología los resultados de los primeros mil infartos internados en nuestra unidad coronaria.² Analizando las cifras aparecen algunas que merecen ser comentadas: la mortalidad global fue del 13,2%; la distribución de los pacientes y su mortalidad de acuerdo con la clasificación de Killip y Kimball figura en el Cuadro 1.

Cuadro 1

Clase	%	Mortalidad %
I	57,4	4,5
II	28,8	9,6
III	5,9	27,1
IV	7,9	79,7

La incidencia de insuficiencia cardíaca fue del 42,6% y la mortalidad en el grupo etario ≤ 49 años fue del 6%. Estos números eran similares a los de la mayoría de las publicaciones de la época. ¿Qué ha ocurrido desde entonces con la mortalidad por infarto de miocardio?

Algunas pocas cifras para intentar una respuesta: en el estudio GISSI la población placebo tuvo una mortalidad del 13% (1986).³ En el estudio AIMS la mortalidad en el grupo placebo fue del 12,2% (1988).⁴ Una reciente publicación realizada por un grupo cardiológico de Inglaterra compara la mortalidad por infarto agudo de miocardio entre 1980 y 1989 en una población de 3.500.000 habitantes del Gran Londres (48.861 pacientes).⁵

	Edad				Todas las edades
	< 45	45-64	65-74	> 75	
Mortalidad % (1980)	6,5	14,5	29,6	49,9	27
Mortalidad % (1989)	2,6	8,6	18,4	39,2	21,9

En la serie de 1989 se utilizaron trombolíticos en el 50% de los casos. Los autores señalan dos hechos importantes: 1º) pese al descenso de la mortalidad global, ésta sigue siendo más del doble de la que aparece en los estudios randomizados; 2º) la muy alta mortalidad de los grupos de mayor edad, los cuales son habitualmente excluidos de dichos estudios.

El CONAREC acaba de llevar a cabo un relevamiento multicéntrico de infarto agudo de miocardio.⁶ Fueron analizados 257 pacientes, 88 de los cuales recibieron fibrinolíticos. La mortalidad de este grupo fue del 7,95%. La mortalidad del grupo que no recibió estreptoquinasa fue del 13,02%. La mortalidad global fue del 11,5%. El 74% de los pacientes estaba en clase Killip I; la incidencia de insuficiencia cardíaca fue del 25%.

Estas cifras indican que, más allá de la resucitación y la prevención y tratamiento de las

arritmias que constituyeron un real impacto en la mejoría del pronóstico del infarto agudo de miocardio internado en la unidad coronaria, fue escaso el avance en la reducción de la mortalidad de estos pacientes hasta el advenimiento de los fibrinolíticos. Vale decir que toda la parafernalia tecnológica que gira en torno del paciente con infarto ha sido más efectiva para permitir una profundización en el conocimiento fisiopatológico y clínico de la afección que para lograr una verdadera recuperación de los enfermos. Por lo tanto es necesario manejarse con prudencia ante la toma de decisiones, ya que ni la angioplastia ni la cirugía de revascularización miocárdica en la fase hospitalaria, excepción hecha de grupos muy seleccionados, han logrado una mejoría significativa del pronóstico en esta población.

En consecuencia el infarto de miocardio, si se toma en cuenta su mortalidad inmediata y alejada (dentro del primer año de evolución), sigue siendo una enfermedad grave y constituye, junto con la muerte súbita, la manifestación más severa de la enfermedad coronaria. Es lógico inferir en consecuencia que una reducción de la prevalencia y la incidencia de la enfermedad coronaria en la población general debería reflejarse en una disminución de la mortalidad por los dos mecanismos antes mencionados. ¿Existe alguna demostración evidente en este sentido?

En 1968 un fenómeno epidemiológico sorprendente fue observado en los Estados Unidos: después de varias décadas de incremento sostenido, la tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica comenzó a disminuir. Entre los años 1968 y 1976 la reducción fue del 21 %, llegando al 30 % en 1982. Numerosos estudios fueron llevados a cabo para analizar un fenómeno de tanta trascendencia médica, social y económica.⁷⁻¹¹ La conclusión más importante fue que la responsabilidad principal de tan dramático cambio correspondía a modificaciones en las condiciones de vida: reducción en los niveles de colesterol sanguíneo y en el consumo de grasas, disminución significativa del hábito de fumar en grandes masas poblacionales y tratamiento efectivo (higiénico-dietético y medicamentoso) de la hipertensión arterial. En un trabajo de Goldman y Cook⁷ los autores analizan el beneficio de diferentes intervenciones sobre las tasas de mortalidad por cardiopatía isquémica (Cuadro 2).

De las cifras expuestas se deduce que la prevención de la enfermedad coronaria constituye una herramienta de esencial importancia en el

Cuadro 2
Beneficio estimado de diferentes intervenciones sobre las tasas de mortalidad por cardiopatía isquémica, 1968-1976 (USA)

	Estimación de vidas salvadas (n)	Estimación de declinación de la mortalidad (%)
Intervenciones médicas:		
Unidades coronarias	85.000	13,5
Cuidado y resucitación prehospitalarios	25.000	4,0
Cirugía coronaria	23.000	3,5
Tratamiento médico de la enfermedad coronaria	61.000	10,0
Tratamiento médico de la hipertensión	55.000	8,5
TOTAL	249.000	39,5
Cambios en el estilo de vida:		
Reducción del colesterol	190.000	30,0
Reducción del tabaquismo	150.000	24,0
TOTAL	340.000	54,0
No explicables o debido a errores en las estimaciones precedentes	41.000	6,5
Total de vidas salvadas	630.000	100,0

enfoque médico de la afección y en esa línea el análisis pormenorizado de los factores de riesgo coronario se transforma en uno de los pilares fundamentales que posibilitan una profunda comprensión de la problemática relacionada.

En tal sentido considero de gran interés médico el trabajo publicado en el presente número de la Revista Argentina de Cardiología por el Consejo de Epidemiología Cardiovascular de la Sociedad Argentina de Cardiología y que lleva por título "Prevalencia de factores de riesgo en el infarto agudo de miocardio. Estudio multicéntrico". La información estadística en medicina es escasa en nuestro país y a menudo no demasiado confiable; esto obliga a recurrir a los datos publicados en el extranjero y a extrapolarlos a nuestra realidad, lo cual constituye una fuente frecuente de errores. Por tal motivo el trabajo de Schargrodsky y colaboradores representa un aporte significativo al conocimiento de un aspecto esencial del infarto de miocardio, como es el de los factores que favorecen o facilitan el desarrollo de la enfermedad coronaria (sustrato patológico del proceso agudo). El número de pacientes estudiado es importante y la metodología empleada es correcta. La mayoría de las conclusiones coinciden con las de la

literatura, ya que entre los factores no modificables, la edad, el sexo y la carga genética tuvieron significativa relevancia. Entre los factores modificables estudiados (por razones prácticas no se realizaron estudios de lípidos) la hipertensión arterial, el tabaquismo y la diabetes (en este orden) determinaron el riesgo relativo más alto. Pero hay un aspecto señalado por los autores que me parece particularmente importante y que confirma lo que decíamos anteriormente con respecto a los peligros de la extrapolación de la información de otros países, cuyas realidades económicas, sociales, educativas y culturales difieren de las de la Argentina: en efecto, en los países desarrollados el riesgo de enfermedad coronaria, muerte súbita e infarto de miocardio es menor en los grupos sociales de mayor poder económico y de mayor nivel educativo. En el estudio que analizamos, en cambio, los sectores sociales más elevados (empresarios, comerciantes y sobre todo profesionales) mostraron mayor prevalencia en el grupo infarto. La interpretación de los autores acerca de esta diferencia parece lógica y convincente. Si a esto se agrega el hecho del incremento progresivo en las últimas décadas, de la mortalidad por infarto de miocardio en la Argentina (258,4/100.000 habitantes/año en 1970 a 286,4/100.000 habitantes en 1982),¹² a diferencia de la disminución ya mencionada en los Estados Unidos, surge con claridad la existencia de realidades totalmente heterogéneas frente a las cuales deben adoptarse políticas de salud específicas.

De acuerdo con la experiencia acumulada en todo el mundo surge como una clara evidencia la necesidad de implementar en nuestro país, con urgencia y en profundidad, medidas destinadas

a realizar prevención primaria de la enfermedad coronaria en la población general para acortar, en la medida de lo posible, las consecuencias humanas, sociales y económicas de este terrible flagelo.

BIBLIOGRAFIA

1. Goldman L, Cook F, Hashimoto B, Stone P, Muller J, Loscalzo A: Evidence that hospital care for acute myocardial infarction has no contributed to the decline in coronary mortality between 1973-1974 and 1978-1979. *Circulation* 1982; 65: 936-942.
2. Oliveri R, Doval H, Bazzino O: Infarto agudo de miocardio: análisis de los resultados obtenidos sobre 1.000 casos. Presentado en el XV Congreso de la Cardiología Argentina. Mar del Plata, 1975.
3. Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell'Infarto miocardico: Effectiveness of intravenous thrombolytic treatment in acute myocardial infarction. *Lancet* 1986; 1: 397-402.
4. AIMS Trial Study Group: Effect of intravenous APSAC on mortality after acute myocardial infarction: preliminary report of a placebo-controlled clinical trial. *Lancet* 1988; 1: 545-549.
5. Greenbaum R, Sritara P, Sharrit D, Chan KL: Acute myocardial infarction in Greater London, 1980-1989, reduced mortality with general adoption of thrombolytic therapy-Scope for increased use in the elderly. *J Am Coll Cardiol* 1992; 19 (Suppl A): 21A.
6. Comunicación personal.
7. Goldman L, Cook EF: The decline in ischemic heart disease mortality rates. An analysis of the comparative effects of medical interventions and changes in lifestyle. *Ann Int Med* 1984; 101: 825-836.
8. Kannel WB, Thomb TJ: Declining cardiovascular mortality. *Circulation* 1984; 70: 331-336.
9. Stamler J; Coronary heart disease: doing the "right things". *N Engl J Med* 1985; 312: 1053-1055.
10. Pyorala K, Epstein FH, Kornitzer M: Changing trends in coronary heart disease mortality; possible explanation. *Cardiology* 1985; 72: 5-10.
11. Balaguer Vintó I: Cardiología preventiva. Ediciones Doyma SA, Barcelona (España), 1990, p 12.
12. Schargrodsky H, Sermuklis B: Epidemiología de la cardiopatía isquémica. Capítulos de Cardiología. *Cardiopatía Isquémica* 1989; II: 52-104.