

# CAPITULO I

## EPIDEMIOLOGIA

Dr. César MJ Serra - Dr. José P Sala - Dr. Carlos Balestrini

Como prueba de la alta prevalencia de las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) y de la Enfermedad Coronaria (EC) en la mujer, revisaremos los datos a nivel mundial y nacional a nuestro alcance.

### **A Nivel Mundial**

Mientras que en 1990 la Cardiopatía Isquémica (C.Isq.) ocupaba el quinto lugar como causa de mortalidad en el mundo, se prevé su liderazgo para el 2020.

### **Europa**

En la Figura I-1 podemos observar la tasa de mortalidad de mujeres y hombres en el Viejo Continente correspondientes al año 2000. Notemos:

- a) Las muertes por enfermedad cardiovascular (ECV) en la mujer representan el 54% del total, superando a las del hombre (43%).
- b) Si bien ambos sexos muestran igualdad respecto a óbitos por causa coronaria (21%), se diferencia en los Accidentes Cerebro-Vasculares o ACV (18 vs. 11%) y por otras cardiopatías (15 vs. 11%).
- c) El cáncer de mama sólo representa el 3% de los óbitos, a pesar de ser el tema más preocupante entre las mujeres.
- d) La suma de todas las neoplasias en el sexo femenino (21%) iguala a la enfermedad coronaria, con estas observaciones:
  1. La C.Isq. en la mujer es una patología del adulto y preferentemente senil.
  2. El número de cánceres incluye todas las edades y localizaciones.

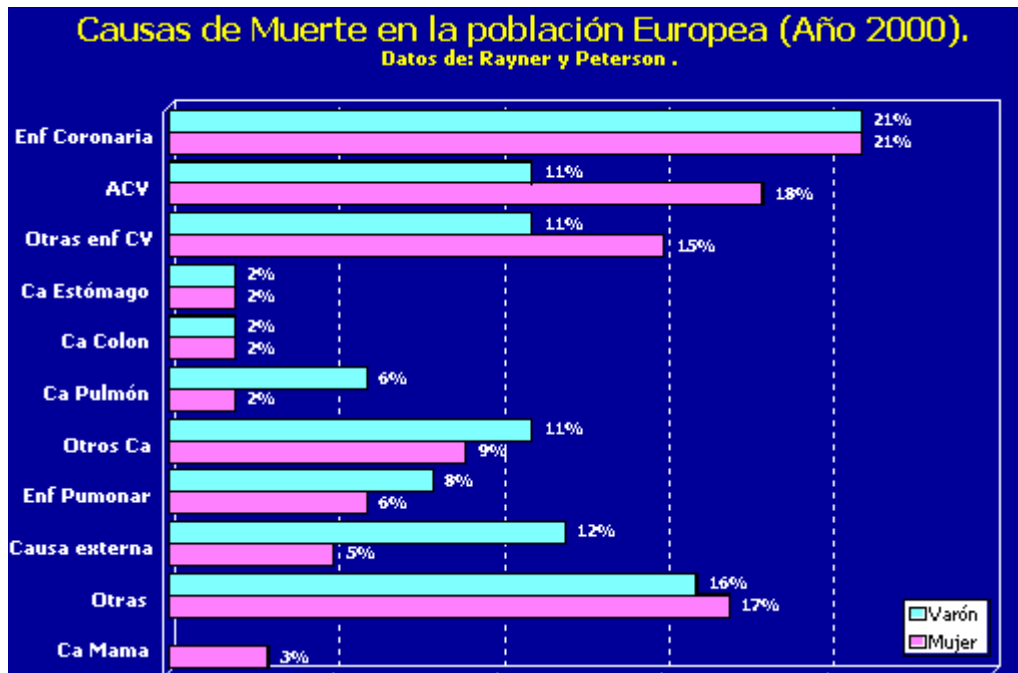


Figura I-1.

### EE.UU.

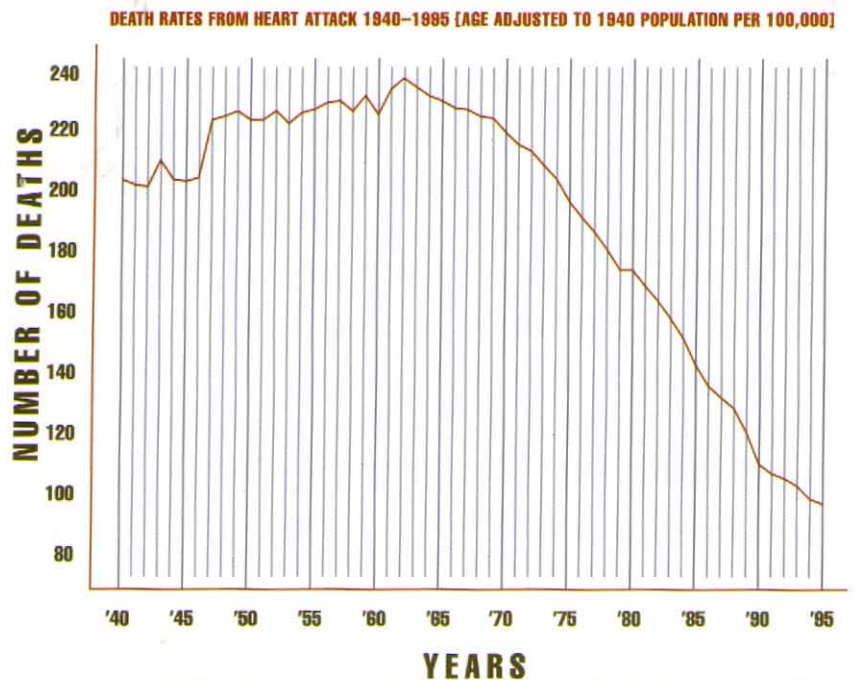
Como siempre el país del Norte nos brinda una gran riqueza de información. La Figura I-2 revela que en el año 2001 las ECV representaban la causa líder de mortalidad a partir de los 65 años, ocupando el segundo lugar después de los accidentes en las franjas de 0 a 14 años y de 25 a 64 años y el cuarto lugar luego de los accidentes, el suicidio y el cáncer entre los 15 y 24 años, detalle que más adelante vamos a profundizar.

## 10 causas líderes de muerte según grupo etareo en EEUU (2001)

CAUSA	0-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75+	Total
Enf CV	2	4	2	2	1	1	1
Cancer	3	3	3	1	2	2	2
CPC	7	5	7	5	3	3	3
Accidentes	1	1	1	3	6	8	4
DM	9	7	5	4	4	6	5
Neumonía y Gripe	4	6	6	9	5	4	6
Enf. Alzheimer			10	10	9	5	7
Nefropatía	8	9	9	7	7	7	8
Septicemia	5	8	8	8	8	9	9
Suicidio	6	2	4	6	10	10	10

Figura I-2.

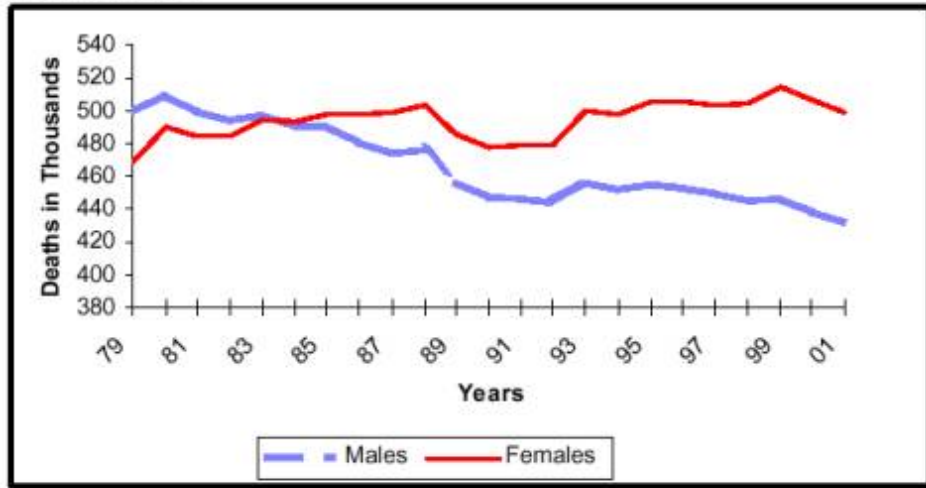
Una buena noticia (Figura I-3) fue la gran declinación de las muertes por ECV a partir de la década del sesenta, en íntima relación con la individualización de los factores de riesgo (FR). Sin embargo el descenso fue relativamente menor en la mujer, superando el número de las defunciones en el hombre, a partir del año 1983 (Figura I-4), sin duda relacionado con la mayor longevidad femenina.



National Center for Health Statistics. National Vital Statistics Reports. 1967-1995  
United States Department of Health and Human Services. Morlyman *et al.* *Cardiovascular Diseases in the United States*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1971

Figura I-3.

**Cardiovascular Disease Mortality Trends for Males and Females**  
United States: 1979-2001



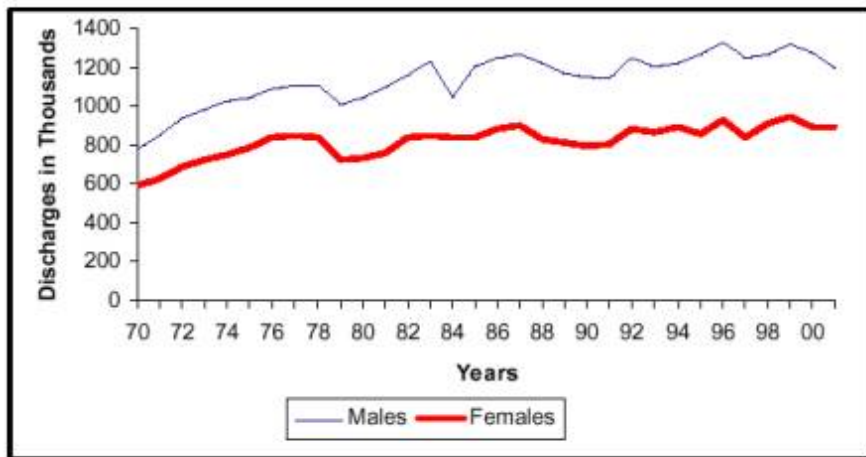
Source: CDC/NCHS.

Figura I-4.

Observamos también la cantidad creciente de pacientes cardiovasculares dados de alta –primer lugar entre las patologías– con cifras próximas a los 6.5 millones en el año 2000, con las limitaciones de no discriminar las reinternaciones, pero que en gran parte reflejan la mayor sobrevivencia lograda en los cardiopatas. Las altas por C.Isq. siguen siendo superiores en el hombre (Figura I-5) mientras que las mujeres predominan las relacionadas a insuficiencia cardíaca (IC) y ACV.

**Hospital Discharges With Coronary Heart Disease as the First Listed Diagnosis by Sex**

United States: 1970-2001



Source: National Hospital Discharge Survey, CDC/NCHS

Figura I-5.

Respecto a las causas de mortalidad en la población blanca (Figura I-6), verificamos que en ambos sexos el máximo responsable es la ECV, aunque en proporciones más significativas en la mujer (40,5 vs. 36,5 %). En ellas, debe notarse que su número casi duplica a la suma de la totalidad de las neoplasias.

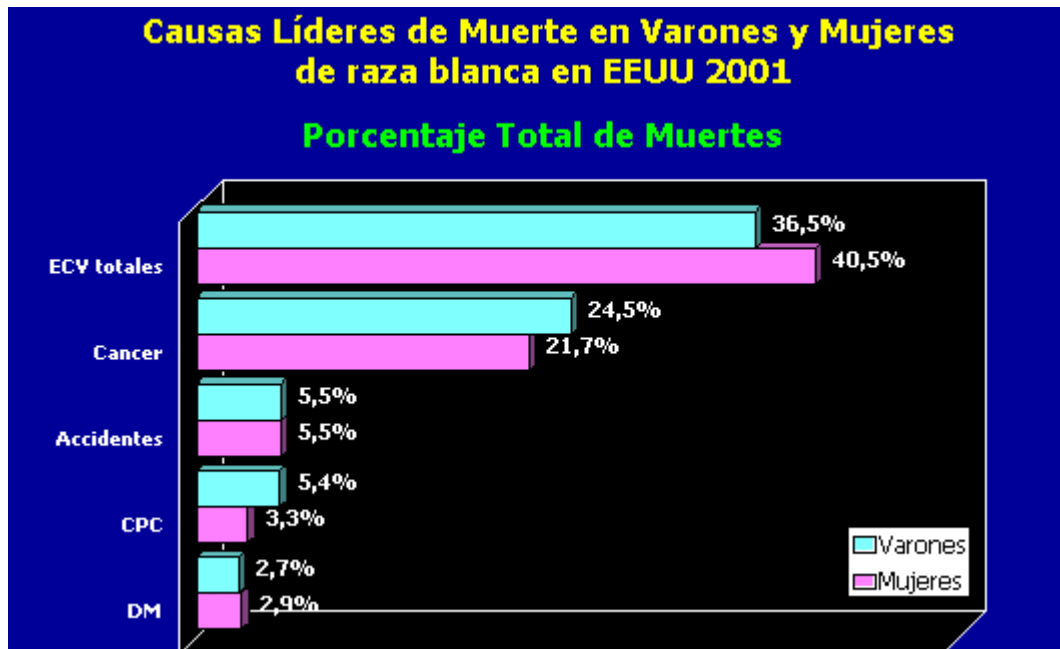


Figura I-6.

Resulta muy interesante comparar las causas de mortalidad femenina según la raza (Figura I-7). Sus estadísticas incluyen los datos de cinco variables étnicas que habitan su territorio y que constituyen "minorías" respecto al blanco.

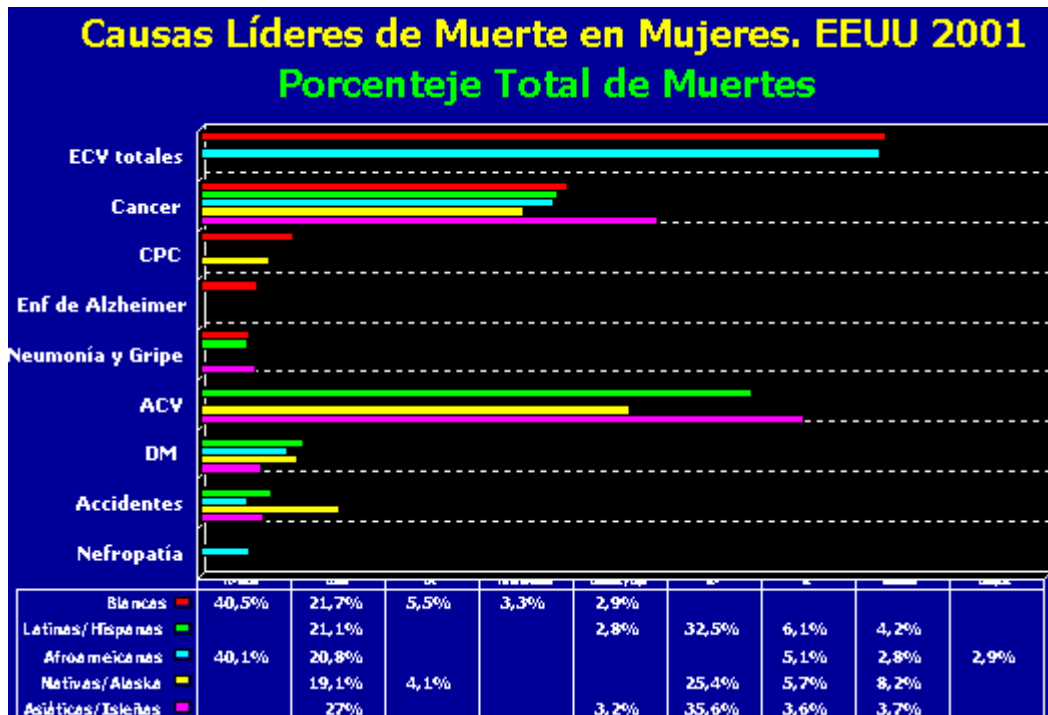


Figura I-7.

En síntesis, en EE.UU. las organizaciones médicas tienen sólidos argumentos para concientizar a la población que la ECV es la causa líder de mortalidad en el sexo femenino, duplicando al temido cáncer, al menos en las razas blancas y negras y en menor proporción en los otros grupos étnicos, y justificando, entre otros hechos, su difusión mediática, como la tapa del TIME (Figura I-8) y una intensa difusión en el mundo médico (ACC-Orlando Noviembre 2003) y Circulation (Febrero de 2004).



Figura I-8.

La investigación WISE (Women's Ischemic Síndrome Evaluation) fue patrocinado por el Instituto del Corazón, Pulmón y Sangre de los EE.UU. y elaborado para reconocer mejor la enfermedad coronaria en la mujer y con ello optimizar su prevención y tratamiento.

Antes de terminar con las estadísticas, formularemos algunas reflexiones. Es cierto que la patología más prevalente en la mujer son las ECV y no el cáncer de mama, de pulmón o digestivo (incluso mas frecuente que la suma de ellos), al menos en las mujeres blancas y afroamericanas (Figura I-9). En la mujer blanca los óbitos por razones CV en el año 2001 duplicaron a todas las neoplasias y si sólo consideramos a las mayores de 45 años, fueron 2.5 veces más frecuentes.

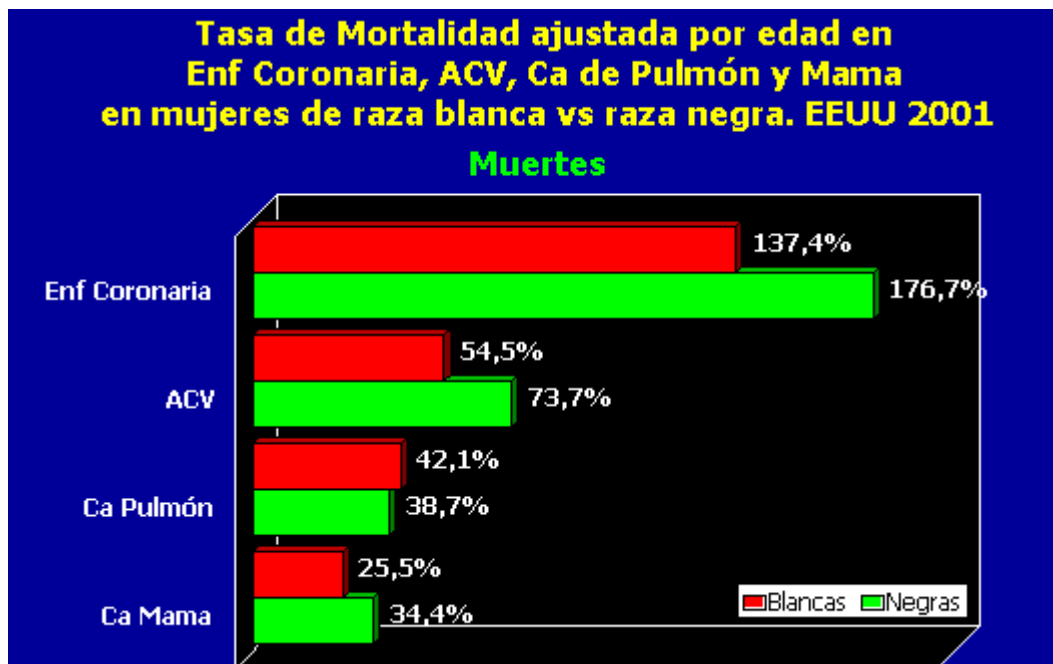


Figura I-9.

Lo anterior justifica todo tipo de campaña en aras de concientizar acerca de la problemática e incentivar las medidas preventivas biológicas (desde la niñez) primarias y secundarias. Pero tenemos que ser objetivos:

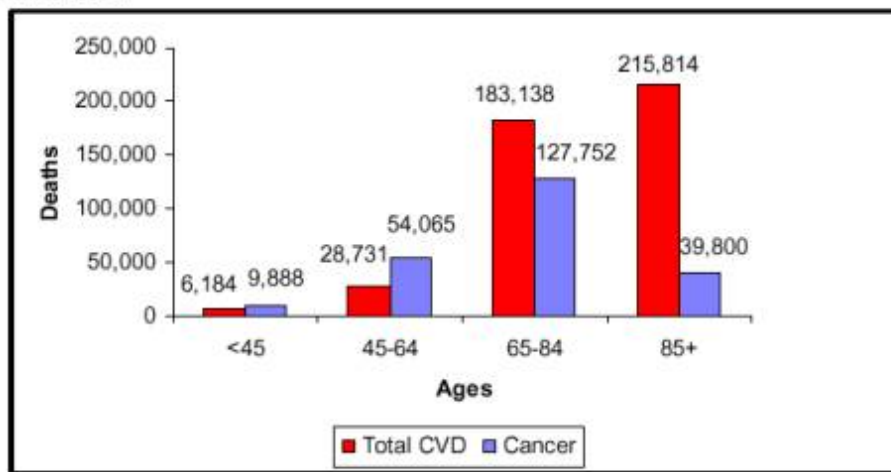
- 1) La mujer le teme más al cáncer y presupone que, como posible cardiópata sus padeceres y hasta la misma muerte, muchas veces súbita serán más tolerables y para la mayoría representan un mal menor en relación con las neoplasias.
- 2) La potencial cardiópata sabe de que existe una manera de prevenir y modificar la historia natural de su enfermedad. Nuestra especialidad ha progresado en los últimos cincuenta años de una manera casi inimaginable en recursos diagnósticos y terapéuticos.
- 3) El cáncer, por el contrario, salvo casos puntuales, es casi imprevisible, a menos que se efectúe una detección precoz, a menudo no realizada por ignorancia, temores, costos, etc. El tratamiento de varios de ellos tampoco ha logrado éxitos comparables con los que puede exhibir la cardiología, y las metástasis alejadas son una espada de Damocles. Todos asocian al cáncer como un enemigo invisible y cruel, pues han sido testigos, en familiares o amigos, de un sufrimiento físico, moral, prolongado y siderante, pese a las terapias mutilantes y agotantes, vivido a plena conciencia y solo mitigado por el fugaz letargo de los opiáceos.

Pero permítasenos profundizar en un dato estadístico. Si observamos la Figura I-10, al menos en la mujer blanca y hasta los 64 años de edad, se computan 64.000 óbitos por cáncer contra 35.000 por enfermedad CV. Recién desde los 65 a los 84 años las cifras de defunciones CV comienzan

a elevarse (183.138) superando a las muertes por cáncer (127.752). Si añadimos a continuación los óbitos acaecidos después de los 85 años, es decir, incorporando a los ancianos ("very old" de la literatura inglesa), son otros 215.814 óbitos por ECV contra apenas 39.800 por Ca. Resulta evidente que la diferencia la hicieron los dos últimos grupos etáreos. Convengamos, que las neoplasias en la senectud son por su mismo mecanismo biológico poco frecuentes y de evolución lenta y que la inmensa mayoría de las muertes CV "naturales", generalmente son sin testigos y/o con asistencia médica limitada y me refiero a la población geriátrica de asilos o a las que si continúan viviendo en su hogar, que en el mejor de los casos son controlados por una empleada medianamente idónea. Tendríamos entonces que leer las cifras con esta perspectiva: las víctimas totales cardiovasculares, si bien duplican a las fallecidas por cáncer lo hacen a costa de los grupos de edad avanzada. Del total de las muertes CV, un 42.21% corresponden al grupo etáreo que va de los 65 a los 84 años y el 49.74% corresponden a fallecimientos acaecidos después de los 85 años. Por lo tanto el 91.95% de los óbitos en mujeres, se dan en mayores y ancianas y el 50% en francamente añosas, donde la muerte clínica lo establece el último latido cardíaco, sea o no el corazón su verdadero responsable.

En la mujer de raza afro-americana, aunque la mayoría de las defunciones se dan entre los 65 y 85 años, en todos los grupos etarios el número de óbitos CV supera a las neoplasias (Figura I-11). Ello podría explicarse, entre otras causas, por la menor sobrevida y acceso a la buena atención medica, razones culturales y alta prevalencia de HTA.

**Deaths From Cardiovascular Diseases and Cancer for White Females by Age**  
United States: 2001

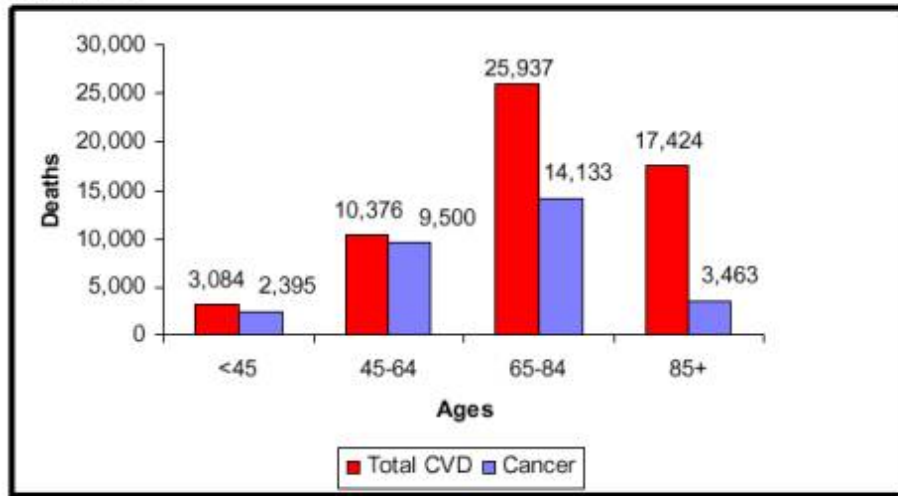


Note: Total CVD = Cardiovascular diseases including congenital cardiovascular defects.

Source: CDC/NCHS.

Figura I-10.

**Deaths From Cardiovascular Diseases and Cancer for Black Females by Age**  
United States: 2001



Note: Total CVD = Cardiovascular diseases including congenital cardiovascular defects.

Source: CDC/NCHS.

Figura I-11.

En síntesis, como médicos, coincidimos con todo tipo de medida preventiva: creemos justificado el mayor esfuerzo que ayude a evitar desde accidentes automovilísticos hasta infartos. Pero no perdamos de vista que de la inmensa mayoría de los decesos por ECV, nada menos que la mitad de ellos, se da en personas mayores de 85 años, donde la prevención, detección y hasta el accionar medico es limitado.

No podemos dejar esta plétora de datos estadísticos, característica de los americanos, sin preguntarnos, aunque sea por curiosidad, qué pasa entre los hombres. En el blanco, sobre un total de 374.280 óbitos acaecidos en el 2001, el 54%, o sea la mitad, correspondió al grupo etario de los 65 a los 84 años y sólo el 25% a ancianos con más de 85 años, único grupo en que la ECV triplica las muertes por neoplasias. En el hombre negro, sobre 48.939 óbitos, el 46% sucedió entre los 65 y 84 años y sólo el 13% a mayor edad. No olvidemos que entre los afroamericanos las patologías terminales tienen otras variantes con fuerte prevalencia; ejemplos: nefropatías y ACV, que en ultima instancias tienen muchas veces un correlato en común: la frecuente HTA.

### Latinoamérica

Sólo contamos con datos parciales sobre mortalidad global en mujeres y hombres. Corresponden a los difundidos por la Fundación Interamericana del Corazón del año 2000 y, como se puede apreciar en la Figura I-12, hay mayor mortalidad cardiovascular en el sexo femenino (por su mayor longevidad?), pero teniendo en cuenta la alta prevalencia de otras patologías cardíacas (congénitas, reumáticas y chagas), al carecer de más datos, al menos la edad de los óbitos, no podemos abrir juicio sobre la prevalencia de la enfermedad coronaria.

## Mortalidad Cardiovascular en Latinoamérica (2000)

País	Mujeres	Hombres
Argentina	40,6	36,6
Brasil	38	29
Canadá	38	35
Costa Rica	32,8	29
Cuba	45,8	41,6
El Salvador	26,6	16,9
EEUU	52,8	47,2
México	37,7	29,2
Perú	19,8	16,3
República Dominicana	29	25,7
Surinam	36,8	33

Figura I-12.

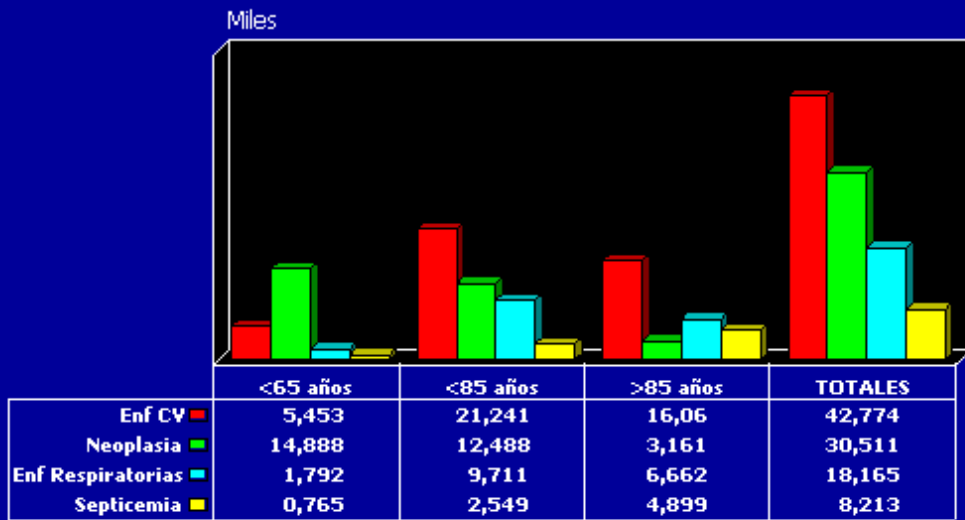
### República Argentina

Nos basaremos en los datos del INDEC correspondientes al año 2001.

Hubo 42.774 defunciones CV con una incidencia entre los grupos etarios (25/64 años - 65/84 años y más de 85 años) del 5.453, 21.241 y 16.060 respectivamente contra 30.511 por todo tipo de neoplasias, con una prevalencia de 14.888, 12.488 y 3.161, respectivamente. (Figura I-13)

La causa líder de mortalidad en el sexo femenino fue "otras cardiopatías" 20.754 (Figura I-14), pero el 98% correspondió a personas mayores de 65 años, casi con plena seguridad, de origen isquémico y/o hipertensivo. Si a esta cifra le sumamos las certificadas como por causa isquémica e IAM, totalizamos casi 29.000 defunciones que, sumadas a las 11.000 por ACV, llegamos a las 40.000 casos de muertes CV contra unas 10.000 por cáncer de mama, útero y/u ovario. Nótese la alta incidencia de óbitos por cáncer rectal (Figura I-15).

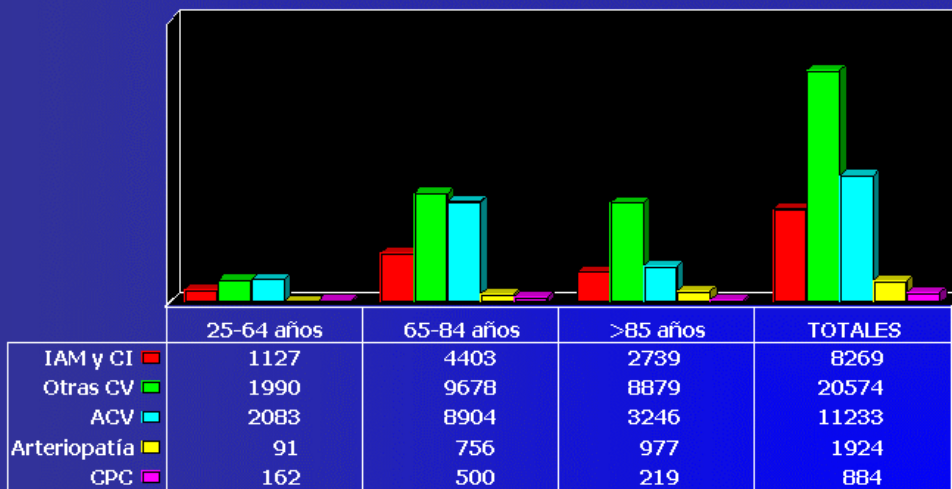
### Muertes por ECV, Ca, Enf Respiratorias y Septicemia en Mujeres según grupo etareo (Argentina, 2001)



Fuente: INDEC 2001.

Figura I-13.

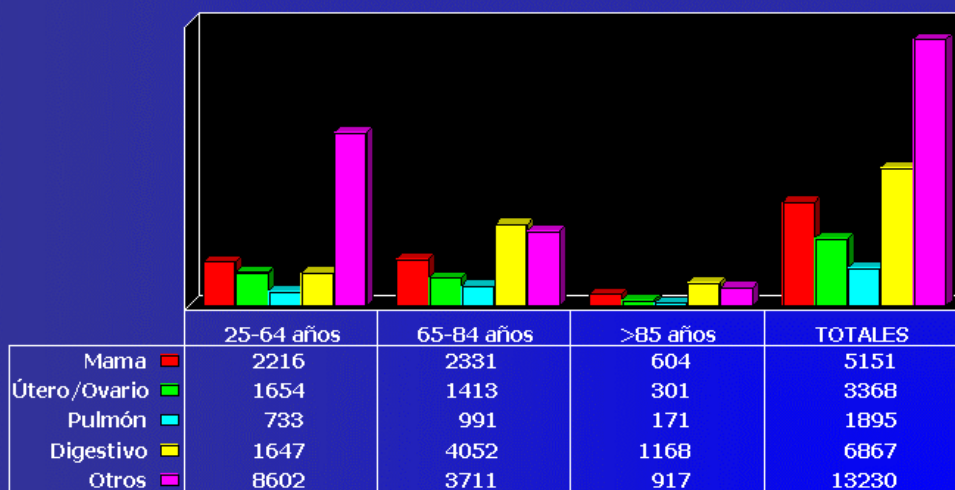
### Tipo y número de defunciones por ECV en la mujer adulta (Argentina, 2001)



Fuente: INDEC 2001.

Figura I-14.

### Tipo y número de defunciones por Neoplasias en la mujer adulta (Argentina, 2001)



Fuente: INDEC 2001.

CAPITULO I

34 / 42

Figura I-15.

El número máximo de muertes CV en mujeres se registró entre los 64 y los 85 años (23.741) seguidos por las mayores de 85 años (15.841). Téngase en cuenta que la primera cifra representa solo dos décadas y la segunda una década o poco más de vida. Si el total de presuntas muertes en las mujeres mayores de 25 años fue de 42.000 (sumatoria de causas de muerte por IAM, Otras CV, ACV y arteriopatías), el 56,5% se concentró entre los 65 y 84 años, y el 37,7% después de los 85 años o, dicho sintéticamente, el 94,6% corresponde a mujeres con más de 64 años de edad, repitiéndose con escasos matices - por la longevidad de la población?- lo publicado de EE.UU.

### LOS ESTADIOS DE TRANSICIÓN EPIDÉMICA

A principios del siglo pasado, las enfermedades cardiovasculares probablemente representaban menos del 10% de la morbi-mortalidad, y Argentina era en 1929 uno de los diez países más ricos del planeta. Entre las cardiopatías eran prevalentes las congénitas, reumáticas y las miocardiopatías. Ello tenía su razón: dominaban las infecciones y la desnutrición y la cardiología era pura semiología avalada sólo por autopsias. Los métodos auxiliares de diagnóstico prácticamente no existían y la terapéutica se resumía en prácticas sin fundamentos (sangrías, ventosas, cataplasmas, purgas, etc). Pobreza, escasa cultura, poblaciones aisladas (rurales), entre otras causas la originaban.

Pasó un siglo y el perfil epidemiológico se modificó sustancialmente en aquellos países que se desarrollaron y constituyen una "elite" sustentada por una de las finalidades del poder: el económico. EE.UU., Europa Occidental, Japón, Canadá, Australia y Nueva Zelanda, con economía establecida, representan sólo el 15,2% de la población mundial y las ECV matan casi a la mitad de su población (44,6%) por enfermedad coronaria y secuelas de la hipertensión arterial (Figura I-16), mientras que las enfermedades transmisibles han sido relegadas a un 6.4%, pese al SIDA. ¿Cómo se explica que países que tienen una gran cultura médica (prevención), acceso a la más alta tecnología (IVUS, RMN, ECO, PET) y terapéutica (stent c/drogas, by pass s/bomba, robótica y por toracoscopía, trasplantes de células regenerado-ras, cardiodesfibriladores, etc) exhiban aún esta aparente paradoja?

### Los cuatro estadios típicos de la transición epidemiológica

Estadio	Descripción	Proporción de muertes debido a enfermedad cardiovascular (%)	Tipos predominantes de enfermedades cardiovasculares
Pestes y hambruna	Predomina la malnutrición y las enfermedades infecciosas, altas tasas de mortalidad infantil, baja expectativa de vida.	<10	Enfermedad cardíaca reumática, Miocardiopatías debido a infección y malnutrición.
Pandemias	Mejoras en la nutrición y salud pública, con descenso en la tasa de muertes debido a malnutrición e infección, disminución de la mortalidad infantil	10-35	Enfermedad valvular reumática, hipertensión arterial, Enfermedad coronaria, ACV isquémicos.
Enfermedades degenerativas	Ingesta calórica aumentada, rica en grasas y sedentarismo aumentan la incidencia de hipertensión arterial y aterosclerosis. Expectativa de vida mayor	35-65	Enfermedad coronaria, ACV isquémicos.
Enfermedades degenerativas crónicas	Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer son las mayores causas de morbilidad y mortalidad. Mejor tratamiento y prevención retrasan la aparición de eventos. La enfermedad cardiovascular afecta a los ancianos.	50	Enfermedad coronaria, ACV isquémicos, Insuficiencia cardíaca congestiva.

ACV: accidente cerebro vascular. Adaptado de Omran AR: The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. Milbank Mem Fund Q 49: 509-538, 1971; y Olshansky SJ, Ault AB: The fourth stage of the epidemiologic transition: The age of delayed degenerative disease. Milbank Q 64: 335-391, 1986.

Figura I-16.

La prosperidad económica responsable de este cambio también implicó sustanciales y no siempre saludables modificaciones en el estilo de vida de sus pobladores: urbanización, sedentarismo, competencia, estrés, comidas rápidas, sal, cigarrillo, alcohol, drogas, manjares pletóricos en azúcares refinados y grasas saturadas con sus consecuencias: HTA, obesidad, síndrome metabólico, diabetes, dislipoproteinemias, etc.

Por otro lado en el año 2000 habitaban el planeta 6.000 millones de personas pero 826 millones (13,76%) vivían subalimentadas y en todo el mundo 1 de cada 5 habitantes era analfabeto. Para la población paupérrima diseminada en todos los continentes, pero con mayor

densidad en África, las condiciones no han mejorado. La expectativa de vida en Sierra Leona era hasta hace poco de 37.5 años en contraste con la del Japón que alcanzaba a los 80 años. Desnutrición y escasa longevidad son incompatibles con alta prevalencia de enfermedad coronaria en la mujer adulta.

La mayoría de la población humana, 78.3%, se concentra en los países en vías de desarrollo (Figura I-17). En ellos, algo menos de la mitad, todavía se hallan bajo la amenaza de las enfermedades transmisibles. Un cuarto de los óbitos corresponden a problemas cardiovasculares (23%) y otro tanto a las enfermedades crónicas no cardíacas, como el cáncer, las DM, las enfermedades psiquiátricas, respiratorias, digestivas, genitourinarias y músculo esqueléticas. En 1996 se incluía en esta categoría a países como China, India y otros países de Asia, África Sub-Sahariana, parte de Medio Oriente, Latinoamérica y el Caribe. Hoy (2005) se estima que China será la primera potencia en el 2040. Irak, Palestina, gran parte de Yugoslavia, algunos estados de la primitiva URSS, nuestro país, etc., por el contrario han descendido varios peldaños. De todos modos es evidente que en todo país, en una región, provincia, ciudad y hasta en los mismos integrantes de una familia, las condiciones socio-económico-culturales exhiben diferencias individuales y grupales que explican esas divergencias estadísticas, cuando se valora la población global. Una a dos décadas atrás los habitantes de Harlem (Nueva York) vivían en peores condiciones sociales que algunos países africanos. Es como comparar al "habitué" de Puerto Madero con los "changuitos" que venden a la vera de los caminos de algunas provincias argentinas lampalaguas vivas o cueros de zorros recién cazados. Cada estrato social tiene su patología prevalente.

**De qué muere la Gente?**  
**(Perdón ... Dónde vive Usted?)**

Economía	% Pobl. Mundial	CV	Otras *	Transmisible	Injurias
Establecida	15,2 %	44,6 %	42,8 %	6,4 %	10,7 %
Emergente	6,6 %	54,6 %	29,5 %	5,6 %	10,3 %
En Desarrollo	78,3 %	23,0 %	24,3 %	46,9 %	6,2 %

\* Ca, DM, Psiq, Resp, Digest, G-Urinaría, M-esquelética.

Figura I-17.

Finalmente hay países emergentes, es decir los “nuevos ricos”, los que intentan o logran despegarse del grupo anterior y ambicionan equipararse a los poderosos, con una población que apenas representa el 6.6% de la mundial, también muestran las más altas tasas de óbitos por ECV (54.6%) y de enfermedades degenerativas (29.5%). Son algunos países de Europa, del Medio Oriente (con petróleo) y del Asia. En ellos se repiten los hábitos nocivos ya descritos en los países desarrollados, potenciados por su transición económica, que ha sido tan rápida que no hubo un desarrollo paralelo cultural (prevención) y /o de organización asistencial que pueden explicar este liderazgo en enfermedades muy ligadas al estilo de vida.

### **POBLACIÓN URBANA**

Es importante señalar la influencia de los movimientos demográficos y entre ellos la tendencia a la concentración de la población en las grandes urbes. En el terreno de las “enfermedades coronarias”, tenemos que convenir que es más fácil su identificación en centros urbanos y en sus barrios de clase media y alta, que en las villas carenciadas. Sin embargo, existen factores de riesgo ya revisados previamente y que son comunes en todas las clases sociales, como el tabaquismo, diabetes, ingesta de grasas, falta de actividad física y stress emocional. Entre los pobladores rurales también es posible distinguir al habitante carenciado, desde lo nutricional hasta lo cultural, generalmente “criollo” o mestizo, por lo regular pachurriento, gran consumidor de “pan con grasa” acompañando al mate, habitante de ciertas regiones aisladas, donde el cigarrillo y el alcohol suelen mitigar la soledad, expuesto además a endemias regionales como chagas, brucelosis, hidatidosis, fiebre hemorrágica, etc. Pero tenemos también al “chacarero gringo”, “labrador”, y a la par “ahorrativo” que por razones tradicionales y un mayor poder adquisitivo ingiere cantidad excesiva de grasas por su dieta carnívora, huevos, chacinados y productos lácteos. Pobres o ricos, en el ambiente rural el tabaquismo es un hábito muy común, abusivo y no concientizado.

En síntesis, en lo que se refiere a factores de riesgo, de una u otra forma pueden estar presentes en todas las clases socio-económicas, sean del campo o de la gran ciudad.

De todos modos, el habitante urbano tiene mas fácil acceso a una mejor información y, por ende, educación. Está más “instruido” sobre lo que predispone a la enfermedad coronaria y hasta como se manifiesta clínicamente, lo que le permite una asistencia médica más precoz, cuando no especializada.

### **INCREMENTO DE LA POBLACIÓN ANCIANA**

Mientras que en 1900 las personas con más de 65 años representaban sólo el 4% del total, en el 2010 se ha estimado que alcanzará el 35%. Esto hace presagiar que la insuficiencia cardíaca será el gran reto del futuro. Y uno de los objetivos básicos terapéuticos sera corregir la TA sistólica responsable de ACV y de IC diastólica.

En nuestro país, el 75% de los afiliados al PAMI son mujeres. Por otro lado, una reciente encuesta en 15 geriátricos habilitados por la Municipalidad de Córdoba, Capital, que incluyó a 120 personas de 65 a 98 años, estableció que el 75% eran también mujeres.

### **PROYECCIÓN MUNDIAL PARA EL AÑO 2020 DE LAS ENFERMEDADES DE ACUERDO A SU SITUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA**

A modo de síntesis transcribimos, sobre la base de datos del año 1990, la proyección del tipo de patología que dominará al mundo en el 2020, en íntima relación con su situación socio-económica.

En 1990, la población mundial era de 5.267.000.000 hab., con una mortalidad de 50.000.000 hab., y las enfermedades responsables de ella fueron:

1. Enfermedades Trasmisibles-materno/perinatal-nutricional (34.1%).
2. Enfermedades Cardiovasculares (28.4%).
3. Enfermedades Crónicas excluyendo 1 y 2 (27.4%).
4. Injurias (10.1%).

Enfermedades Crónicas: cáncer, DM, E. neuropsiquiátricas, afecciones respiratorias, digestivas, genitourinarias, músculo-esqueléticas y congénitas.

Injurias: accidentes, suicidios, homicidios, guerras.

Para el año 2020, se estima que la población mundial se elevará a 7.844.000.000 hab., la mortalidad alcanzará a 68.300.000 hab., con esta prevalencia respecto a la enfermedad responsable:

1. Enfermedades Cardiovasculares (36.4%).
2. Enfermedades Crónicas (36.2%).
3. Enfermedades Trasmisibles y de la nutrición (15.1%).
4. Injurias (12.3%).

Es decir:

- La población se incrementará en un 7.7%
- La mortalidad global aumentará el 0.73%
- Las enfermedades crónicas subirán un 9%
- Las cardiovasculares un 8%
- Las causadas por injurias 2.1%

Disminuirían en forma marcada (19%) las ligadas a enfermedades trasmisibles y a la mala nutrición

En la Figura I-18 se consideran estos aspectos de acuerdo con el desarrollo económico del país analizado.

Relación de la situación socio-económica y las enfermedades 1990 y su proyección al 2020			
	Economía estable	Economía emergente	Economía en vías de desarrollo
Población			
1990	798 M (15%)	346 M (6,6)	4124 M (78%)
2020	905 M	365 M	6573 M
Mortalidad			
1990	7,12 M	3,8 M	39,5 M
2020	8,6 M	4,8 M	54,8 M
Trasmisibles y desnutrición			
1990	6,4 %	5,6 %	41,9 %
2020	6,2 %	2,9 %	17,6 %
Injurias			
1990	6,2 %	10,3 %	10,7 %
2020	5,2 %	8,6 %	13,7 %
No CV ni trasmisibles			
1990	42,8 %	29,5 %	24,3 %
2020	46,3 %	34,8 %	34,9 %
Cardiovasculares			
1990	44,6 %	54,6 %	23 %
2020	42,3 %	53,7 %	33,8 %
Miocardopatía Isquémica			
1990	23,4 %	27,1 %	9 %
2020	22,5 %	27 %	14,3 %
ACV			
1990	11,1 %	16,9 %	7,5 %
2020	10,6%	18,3 %	10,9 %

Figura I-18

## CONCIENTIZACION DEL PROBLEMA

En 1995 la Asociación Americana del Corazón (AHA) inició una campaña para concientizar la real importancia que tenían las enfermedades CV en el sexo femenino.

Recientemente han publicado los resultados de una tercera encuesta (Marzo de 2004) donde por vía telefónica se contactaron con más de 1.000 mujeres de 25 a 65 años, la mayoría de raza blanca, clase media e instruida (estudios secundario y universitario). De este informe se conoció que:

- 1) En el 2004 el 48% de las mujeres americanas tienen conciencia de que el enemigo número uno y líder de la morbi-mortalidad es la ECV, índice mucho más elevado que los reflejados en dos encuestas previas: 30% en 1997 y 36% en el 2000.
- 2) También es llamativo el alto conocimiento que tienen de los FR y de prevención primaria.
- 3) Lamentablemente la fuente más importante de su información es la mediática (revistas de actualidad, diarios y TV) y no a través del consejo médico y/o de entes específicos.

En el verano del 2004, cuando estos resultados aún no habían sido publicados, bajo nuestra iniciativa la Comuna de Villa Carlos Paz y con el apoyo de su Intendente (ingeniero Felpeto) y su Secretario de Salud Pública (Dr. Viale), se realizó una encuesta personal a 1.000 turistas adultos, cuyos resultados fueron presentados en el XXIII Congreso de la Federación Argentina de Cardiología (FAC) en S.M. de Tucumán (2004)

(Figura I-19). Sólo una minoría conocía que las ECV representan la causa líder de mortalidad en ambos sexos mientras que el cáncer (especialmente de mama) sigue representando la mayor preocupación. Llamativamente, los accidentes viales -muy impactantes y mediáticos-, son señalados como uno de los máximos responsables de los óbitos, cuando en realidad durante el 2003 en todo el país las muertes por esta causa sumaron 7.000. En el mismo año la mortalidad global de la población –solo en la provincia de Córdoba- fue de 23.000, un tercio de las mismas por causa cardiovasculares.

## Federación Argentina de Cardiología

### XXIII Congreso Nacional de Cardiología

Tucumán - Mayo 23-26 de 2004

Resúmenes de Temas Libres

#### Concientización de la población sobre sus principales causas de morbimortalidad

Campos CA, Lema L, Balestrini CE, Sala JP, Serra CMJ, Viale DF, Felpetto C,

*Instituto Modelo de Cardiología Privado SRL. Córdoba; Municipalidad de Carlos Paz. Córdoba, Argentina*

Epidemiología y Prevención

**Introducción:** Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de morbilidad (mb) y mortalidad (m) en la población (p) mundial, pero es desconocido por la mayoría.

**Objetivo:** 1- Conocer el porcentaje de concientización de la p acerca de las causas de mb y m en hombres y mujeres.

**Material y métodos:** 1000 personas fueron encuestadas en enero-febrero de 2004 en Villa Carlos Paz. Se incluyó edad (Ed), sexo, nivel de educación (educ) alcanzado y la elección de una probable causa de mb y m en hombres y mujeres >30 años entre cinco enumeradas (cardíaca, cáncer, diabetes mellitus, accidentes y neumonía). Ed media 38 años (13-83), 54% mujeres y 46% hombres. Educ: 6% primarios, 31% secundarios, 48% terciarios y 15% universitarios.

**Estadística:** se utilizó media, rango y porcentaje.

**Resultados:** Ver Tabla 04129

**Conclusiones:** la p desconoce cuál es su principal causa de mb y m. Se debe incrementar la concientización de la p con distintas medidas (campañas de difusión y prevención).

causas mb y m	Hombres (%)	Mujeres (%)
1-Cáncer	35,1	57,4
2-Accidentes	33,5	23,1
3-Cardíaca	26,5	12,5
4-Diabetes mellitus	4,3	5,9
5-Neumonía	0,6	1,1

Figura I-19.

En síntesis, concientizar a la población sobre prevención cardiovascular representa un reto para todo país que pretenda emerger de unos de sus tantos abismos de ignorancia, con sus secuelas o efectos colaterales.