

## Menos muertes por enfermedad cerebrovascular en la Argentina: buenas noticias, pero la deuda sigue pendiente

*Fewer Stroke-related Deaths in Argentina: Good News, But the Debt is Still Outstanding*

LUCIANO A. SPOSATO<sup>1</sup>

El número absoluto de personas afectadas por accidentes cerebrovasculares (ACV) ha aumentado considerablemente en todo el mundo en los últimos 20 años. (1) Esto ha ocurrido debido al incremento de la población mundial y al envejecimiento poblacional, a pesar de una aparentemente exitosa disminución sostenida en la incidencia y la mortalidad por enfermedad cerebrovascular, predominantemente en países de ingresos altos (Clasificación del Banco Mundial). Consecuentemente, la carga de enfermedad cerebrovascular a nivel mundial ha crecido. (2) La disminución de la incidencia y la mortalidad por ACV en países de ingresos altos se ha alcanzado gracias a la implementación de oportunas políticas de salud. Por ejemplo, en la provincia de Ontario (población de 14.000.000 millones de habitantes), Canadá, el desarrollo de un programa de prevención primaria y secundaria, tratamiento y rehabilitación del ACV ha dado por resultado una reducción sostenida de la incidencia de ACV ajustada por edad y de su mortalidad. (3) Esto, al menos parcialmente, ha repercutido en menos casos de demencia.

El problema de países de ingresos bajos y medios como los de América Latina, en comparación con países de ingresos altos, es doble. Por un lado, la escasez de información confiable y, por otro, la ausencia del Estado en políticas de salud sustentables y a largo plazo, aunque, por supuesto, hay algunas excepciones. Naciones Unidas ha establecido que es prioritario para los países de América Latina que mejoren su sistema de recolección de datos epidemiológicos y que generen información científica de calidad y confiable para luego poder diseñar políticas de salud con un fundamento sólido. (4) En este contexto, el estudio de Mariani y colaboradores, que se publica en este número de la *Revista Argentina de Cardiología*, (5) constituye un aporte fundamental para conocer el estado de situación actual y recientemente pasado de la enfermedad cerebrovascular en la Argentina. El estudio tiene algunas limitaciones correctamente reconocidas por los autores, pero es metodológicamente sólido y tiene dos hallazgos importantes. El primero es una disminución sostenida de la mortalidad por ACV entre los años 2000 y 2011 en toda la Argentina y en todos los niveles socioeconómicos

estudiados. El segundo es que la mortalidad por ACV tiene una relación directa con el nivel socioeconómico de la población.

La disminución de la mortalidad por ACV en la Argentina entre los años 2000 y 2011 es un hallazgo novel que podría explicarse por una reducción progresiva en la incidencia de ACV en el mismo período o por una mejora en el tratamiento hiperagudo y agudo. En otras palabras, ¿se trata de que hay menos casos de ACV en la Argentina o es que hubo mejoras en su tratamiento? Ambas opciones parecen poco probables, aunque hay algunos indicios a favor de la primera. PREVISTA, el Programa para la Evaluación epidemiológica del Stroke en Tandil, Argentina, es el primer estudio prospectivo de incidencia y mortalidad por ACV en la Argentina. (6) Este estudio mostró una incidencia de ACV en Tandil entre 2013 y 2015 más baja que en cualquier otro estudio realizado en América Latina previamente, (7) lo que, en parte, podría deberse a una disminución progresiva del número de ACV a causa de la implementación de políticas de salud para la mejora en el control de factores de riesgo. De hecho, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, desde 2005 ha habido descensos significativos en la prevalencia de sal agregada a las comidas, en los contenidos de sal en las comidas procesadas y en la prevalencia de tabaquismo a nivel poblacional. (8) Se observó además un incremento en el uso de antihipertensivos, particularmente en los segmentos poblacionales menos favorecidos socioeconómicamente (provisión de drogas antihipertensivas sin costo). La mejora progresiva en el manejo de la hipertensión arterial debería haber tenido un gran impacto en la incidencia de enfermedad cerebrovascular, dado que en la Argentina el 80% de las personas que sufren un ACV tienen hipertensión arterial. (9) En cuanto a la segunda posible explicación para la reducción de la mortalidad secundaria a ACV en la Argentina, parece poco probable que se haya debido a una mejora en la calidad de atención en la fase aguda e hiperaguda, ya que no han existido políticas de salud al respecto y la evidencia reciente sugiere que el tratamiento del ACV en la Argentina se encuentra en un estado crítico en cuanto a tasas de trombólisis

REV ARGENT CARDIOL 2016;84:112-113. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v84.i2.8146>

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO: Rev Argent Cardiol 2016;84:120-125. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v84.i2.8021>

*Dirección para separatas:* Luciano A. Sposato MD, MBA - Department of Clinical Neurological Sciences - London Heart & Brain Research Program - Western University - 339 Windermere Rd, Room A10-322 - London, Ontario, Canadá, N6A 5A5 - Tel. (519) 685-8500, ext. 32823 - Fax: (519) 685-8500, ext. 33237 - e-mail: lucianosposato@gmail.com | lsposato@uwo.ca

<sup>1</sup> Department of Clinical Neurological Sciences - London Health Sciences Centre - Western University

intravenosa y disponibilidad de unidades de atención aguda del ACV (“unidades de *stroke*”). (10)

En el estudio de Mariani y colaboradores, niveles socioeconómicos bajos se asociaron con mayor mortalidad por ACV. (5) El nivel socioeconómico es un índice que se utiliza con frecuencia para comparar el acceso a recursos materiales y sociales entre diversos grupos o personas. Es un concepto que combina aspectos económicos y sociales, como ingresos, educación, vivienda, alimentación y trabajo, entre otros. Por lo tanto, una de sus limitaciones es que, al no ser siempre cuantificado de la misma manera, los resultados de estudios que evalúan su relación con diversas enfermedades pueden ser a veces discordantes. Por ejemplo, en el Registro Nacional de Accidentes Cerebrovasculares (ReNACer) de la Argentina, el desempleo pero no la menor educación o el menor acceso a una obra social se asociaron con mayor mortalidad. (11)

A pesar de esto, la evidencia acerca de la relación inversa entre la condición socioeconómica y el ACV es considerable. Globalmente, niveles socioeconómicos bajos se asociaron con una incidencia mayor de ACV, edad más joven al momento del primer ACV, mayor frecuencia relativa de ACV hemorrágico y mayor mortalidad. (12) Más aún, el nivel socioeconómico se ha asociado con peor pronóstico del ACV medido tanto a nivel individual como geográfico (p. ej., comunas). (11)

Finalmente, Mariani y colaboradores sugieren que una de las limitaciones en su estudio fue no haber podido ajustar los análisis por factores de riesgo vascular. (5) Sin embargo, la creencia tradicional acerca de que los segmentos socioeconómicos más bajos de la sociedad tienen mayor prevalencia y peor tratamiento de factores de riesgo es controversial y no se ha demostrado consistentemente. (14)

El estudio de Mariani y colaboradores (5) constituye un aporte muy significativo al conocimiento sobre la enfermedad cerebrovascular en la Argentina. Es una muestra de cómo se puede generar conocimiento a partir del registro sistemático de datos. Es clave para el sistema de salud argentino que esta iniciativa sirva de ejemplo y estímulo para que otros investigadores sigan el mismo camino. Contar con información confiable es el primer e indispensable paso para la generación de políticas de salud eficientes. El Estado argentino ha hecho algunas cosas en prevención, pero tiene una deuda con su sociedad con respecto a políticas de salud para el tratamiento agudo del ACV. Esto aplica también al Poder Legislativo, ya que la legislación ha demostrado que tiene un impacto considerable en el pronóstico del ACV. (15) Mientras que en países más desarrollados van optimizándose progresivamente los tiempos y la efectividad de los tratamientos, así como agregándose alternativas terapéuticas (p. ej., trombectomía mecánica), en la Argentina no hay más de 25 centros, en solo 11 de 24 provincias, donde se ofrezca trombólisis intravenosa en la etapa aguda del ACV para una población de más de 40 millones de habitantes. (10) Como consecuencia,

la brecha entre lo que se debería hacer y lo que se hace sigue ampliándose. Queda mucho por hacer en la Argentina, pero al menos se han dado los primeros pasos en la generación de conocimiento.

#### Declaración de conflicto de intereses

El autor declara que no posee conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web/ Material suplementario).

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Feigin VL, Krishnamurthi RV, Parmar P, Norrving B, Mensah GA, Bennett DA, et al; GBD 2013 Writing Group; GBD 2013 Stroke Panel Experts Group. Update on the Global Burden of Ischemic and Hemorrhagic Stroke in 1990-2013: The GBD 2013 Study. *Neuroepidemiology* 2015;45:161-76. <http://doi.org/bccq>
2. Feigin VL, Mensah GA, Norrving B, Murray CJ, Roth GA; GBD 2013 Stroke Panel Experts Group. Atlas of the Global Burden of Stroke (1990-2013): The GBD 2013 Study. *Neuroepidemiology* 2015;45:230-6. <http://doi.org/bc48>
3. Sposato LA, Kapral MK, Wu J, Gill SS, Hackam DG, Cipriano LE, et al. Declining Incidence of Stroke and Dementia: Coincidence or Prevention Opportunity? *JAMA Neurol* 2015;72:1529-31. <http://doi.org/bc49>
4. Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Draft resolution submitted by the President of the General Assembly. Available at: [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/66/L.1](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1) Accessed on November 28, 2012.
5. Mariani J, Monsalvo M, Fernández Prieto A, Macchia A. Muerte prematura por accidente cerebrovascular y condición socioeconómica en la Argentina. *Rev Argent Cardiol* 2016;84:120-5.
6. Sposato LA, Coppola ML, Altamirano J, Borrego Guerrero B, Casanova J, De Martino M, et al. Program for the epidemiological evaluation of stroke in Tandil, Argentina (PREVISTA) study: rationale and design. *Int J Stroke* 2013;8:591-7. <http://doi.org/bc5b>
7. Bahit MC, Coppola M, Riccio PM, Cipriano LE, Roth GE, Lopes R, et al. First-ever stroke and TIA incidence and 30-day case-fatality in a population-based study in Argentina. *Stroke* 2016, in Press
8. Sposato LA, Esnaola MM, Zamora R, Zurrú MC, Fustinoni O, Saposnik G; ReNACer Investigators; Argentinian Neurological Society. Quality of ischemic stroke care in emerging countries: the Argentinian National Stroke Registry (ReNACer). *Stroke* 2008;39:3036-41. <http://doi.org/frvrtf>
9. [www.msal.gov.ar/images/stories/publicaciones/pdf/11.09.2014-tercerencuentro-nacional-factores-riesgo.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/publicaciones/pdf/11.09.2014-tercerencuentro-nacional-factores-riesgo.pdf) Accessed on March 1st, 2016.
10. Zuin DR, Nofal P, Tarulla A, Reynoso F, Ollari J, Alves Pinheiro A, et al. National epidemiological survey about neurological resources: Availability of stroke centers and IV thrombolysis in Argentina. *Neurol Arg* 2015;7:261-5.
11. Sposato LA, Ioli P, Povedano G, Esnaola y Rojas MM, Saposnik G; Argentinian Neurological Society and ReNACer Investigators. Unemployment: a social risk factor associated with early ischemic stroke mortality? Results from the Argentinian National Stroke Registry (ReNACer). *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2012;21:679-83. <http://doi.org/cxjbtz>
12. Sposato LA, Saposnik G. Gross domestic product and health expenditure associated with incidence, 30-day fatality, and age at stroke onset: a systematic review. *Stroke* 2012;43:170-7. <http://doi.org/cf29fh>
13. Sposato LA, Grimaud O. Neighborhood socioeconomic status and stroke mortality: disentangling individual and area effects. *Neurology* 2013;80:516-7. <http://doi.org/bc5c>
14. Brown AF, Liang LJ, Vassar SD, Merkin SS, Longstreth WT Jr, Ovbiagele B, et al. Neighborhood socioeconomic disadvantage and mortality after stroke. *Neurology* 2013;80:520-7. <http://doi.org/bc5d>
15. Uchino K, Man S, Schold JD, Katzan IL. Stroke Legislation Impacts Distribution of Certified Stroke Centers in the United States. *Stroke* 2015;46:1903-8. <http://doi.org/bc5d>