

**Factores de riesgo de infarto agudo
del miocardio en América Latina**

En América Latina, 31% de todas las muertes y aproximadamente la mitad de las relacionadas con enfermedades no trasmisibles en el año 2000 se debieron a enfermedades cardiovasculares y se es-

tima que estas continuarán siendo la principal causa de muerte en nuestra Región en las próximas décadas. Sin embargo, la información sobre los diversos factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y su prevalencia en diferentes poblaciones en América Latina es escasa e incompleta.

En este trabajo se presentan los resultados correspondientes a América Latina de INTERHEART, un estudio de casos incidentes y controles en el que se evaluaron aproximadamente 15 000 pacientes con infarto agudo del miocardio (IAM) y un número similar de controles en 52 países. Su objetivo fue determinar si los factores de riesgo de infarto tenían el mismo grado de asociación en diferentes regiones del mundo y estimar el riesgo poblacional atribuible a esos factores.

En América Latina se estudiaron 1 237 personas hospitalizadas por su primer IAM dentro de las primeras 24 horas de la aparición de los síntomas, entre febrero de 1999 y marzo de 2003. Se excluyeron los pacientes que presentaban signos de choque cardiogénico o enfermedades crónicas graves. Se seleccionaron 1 888 controles pareados por edad (con una diferencia máxima de 5 años), sexo e institución, con los mismos criterios de exclusión de los casos, más la ausencia de enfermedad cardíaca o angina. Los países participantes en América Latina fueron Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Guatemala y México. La edad promedio de los casos fue de 59 ± 12 años; 74,9% de los participantes eran hombres.

Los factores asociados con el IAM fueron: antecedentes de hipertensión (razón de posibilidades [*odds ratio*, OR] = 2,81; intervalo de confianza de 95% [IC95%]: 2,39 a 3,31), antecedentes de diabetes mellitus (OR = 2,59; IC95%: 2,09 a 3,22), tabaquismo (OR = 2,31; IC95%: 1,97 a 2,71), estrés permanente (OR = 2,81; IC95%: 2,07 a 3,82), aumento en la relación de apo B/apo A1 (OR = 2,31; IC95%: 1,83 a 2,94, entre el primer tercil y el último) y un mayor índice cintura-cadera (OR = 2,49; IC95%: 1,97 a 3,14, entre el primer tercil y el último).

El consumo diario de frutas o verduras (OR = 0,63; IC95%: 0,51 a 0,78) y la práctica regular de ejercicios físicos tuvieron un efecto protector (OR = 0,67; IC95%: 0,55 a 0,82). No se encontró asociación significativa entre el IAM y el nivel socioeconómico (según el nivel educacional o los ingresos), la depresión y el consumo de alcohol. Los factores de riesgo mencionados y la falta de consumo diario de frutas o verduras y de ejercicios físicos tuvieron una asociación conjunta significativa (OR = 63,0; IC95%: 23,7 a 168,0)

La prevalencia de un factor de riesgo en la población está representada, aunque en forma no precisa, por la prevalencia del factor de riesgo en el grupo de control. El mayor riesgo poblacional atrib-

buible correspondió a la obesidad abdominal (48,5%; IC95%: 35,8 a 56,2), al incremento en la relación de apo B/apo A1 (40,8%; IC95%: 30,3 a 52,2) y al tabaquismo (38,4%; IC95%: 32,8 a 44,4). El efecto conjunto de estos factores explica 88% de los casos de IAM en esta población. En comparación con el resto de los países que participaron en el estudio INTERHEART, el riesgo poblacional atribuible a la obesidad abdominal y al estrés permanente fue superior en América Latina.

En resumen, estos resultados demuestran que el tabaquismo, los niveles alterados de los lípidos, la obesidad abdominal y la hipertensión arterial pueden explicar la mayoría de los casos de IAM ocurridos en América Latina. Las autoridades sanitarias nacionales deben diseñar y poner en práctica estrategias preventivas basadas en estos factores de riesgo, ya que son de fácil determinación y posibles de controlar. (Lanas F, Avezum A, Bautista LE, Diaz R, Luna M, Islam S, et al. Risk factors for acute myocardial infarction in Latin America. *Circulation*. 2007;115:1067-74.)