

MÉDICOS DE CORAZÓN

Reportaje

a Mariano Trevisan

por Gustavo Viozzi

Entrevistamos al Dr. Mariano Trevisan, quien junto con un grupo de cardiólogos de Bariloche realizan trabajos científicos para responder preguntas sobre la incidencia de enfermedades cardiovasculares, cuyas respuestas pueden ayudar a tomar decisiones desde la salud pública.

Desde la Patagonia: Bienvenido a la revista, primero te pido que te presentes y me cuentes sobre tu trabajo.

Mariano Trevisan: Hola, soy Mariano Trevisan, estudié medicina en la Universidad de Buenos Aires e hice la especialidad en cardiología en el Hospital Italiano. Llegué hace 12 años a Bariloche y formo parte de un grupo de cardiólogos de Bariloche del ámbito público y privado con quienes, bajo el paraguas de la Sociedad Argentina de Cardiología - Filial de los Lagos, nos reunimos semanalmente para discutir casos clínicos y novedades de la especialidad. A partir de esas reuniones surgieron varios trabajos de investigación que tienen que ver con la prevalencia de factores de riesgo por un lado y más recientemente nos concentramos en averiguar sobre la incidencia de infartos en nuestra ciudad.

DLP: Este trabajo, ¿forma parte de un proyecto más grande que se está haciendo a nivel nacional?

MT: En el ámbito nacional, desde la Sociedad Argentina de Cardiología se promueve este tipo de iniciativas para poder conocer mejor nuestra realidad relativa a la enfermedad cardiovascular. Por otro lado, existe una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud para relevar el infarto agudo de miocardio, no solamente en las instituciones de salud, donde los pacientes llegan vivos y se internan. Esa es la punta del iceberg, pero hay una proporción grande de individuos que sufren un infarto y fallecen antes de llegar a un centro de atención. Lo que suele pasar, y de eso hay mucho estudiado, es que se trata de optimizar el manejo, la atención y el cuidado de los pacientes que llegan a un centro de salud con un problema grave, como es un infarto. Se trata de incidir sobre esa población para atender a los pacientes en tiempo y forma, ya que cuanto antes se los atiendan mejor les va. Todo eso está muy bien, pero lo que pudimos ver en este último estudio es algo que se investiga menos, porque



Mariano Trevisan

Imagen: Gentileza de M. Trevisan

necesita otra logística, y es qué les pasa a las personas que no llegan al hospital, cómo son las situaciones en las que esas personas desarrollan el evento cardiovascular, cuál es el contexto, cuántas son esas personas, qué características tienen y qué condiciones hace que esas personas no lleguen al centro de salud y mueran. En ese sentido, tomando esta propuesta como punto de partida, quisimos aprovechar ventajas que tiene Bariloche como ciudad, geográficamente hablando, ya que es una ciudad que está relativamente aislada de otros centros urbanos, y por lo tanto lo que pasa acá no se mezcla con lo que pasa en otros poblados. Por ejemplo, pensemos en las ciudades del Alto Valle: son ciudades que se superponen y sus poblaciones migran internamente en forma cotidiana y por lo tanto se hace más difícil evaluar estos factores dentro de una ciudad en particular. Las características de nuestra ciudad permiten delimitar mejor la población que uno está estudiando para averiguar, en este caso, la incidencia de infarto. Las desventajas de nuestra ciudad serían que hay menos complejidad en los centros de salud, y desde el punto de vista epidemiológico, al constituir una población relativamente pequeña, tendríamos menos variedad de patologías, menos pacientes enfermos, etc., lo que limita la posibilidad de extrapolar los hallazgos a otras poblaciones.

DLP: ¿Cómo diseñaron estos estudios y cómo los realizaron?

MT: El estudio que hicimos en el año 2011 fue un

estudio poblacional complejo, en el que se indagó sobre factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares e implicaba ir a las casas y encuestar a los individuos sobre hábitos alimentarios, presión arterial, tabaquismo, etc. Para tener una muestra representativa teníamos que hacer un estudio poblacional a partir del censo del INDEC. Fue un muestreo complejo desde el punto de vista logístico. El año pasado hicimos un estudio que no implicó tanto esfuerzo, en el que la pregunta inicial fue cuántos infartos había en un año en la ciudad de Bariloche. Una pregunta que parece tan sencilla es difícil de contestar: uno puede saber cuántas personas se internan en un centro y ver cómo les va a esas personas, pero saber cuántas personas se internan en todo Bariloche en un año y más aún, cuántas personas no llegaron a internarse porque tuvieron un infarto y fallecieron antes de llegar al centro de salud, es mucho más complejo. Hay una iniciativa internacional desde la Organización Mundial de la Salud llamada MONICA¹ que promueve este tipo de estudios.

Si queremos saber cuántos infartos hay en Bariloche tenemos que relevar las personas que se internan con diagnóstico de infarto en los centros que tengan terapia intensiva, que en Bariloche no son tantos: Hospital zonal, Sanatorio San Carlos y Hospital Privado Regional y Sanatorio del Sol, que comparten la misma terapia intensiva. Por otro lado, necesitábamos consultar el registro civil para relevar todas las muertes mensualmente y de ahí extraer las que podrían haber sido por infarto. Esto le agregaba otra complejidad al estudio, porque en el certificado de defunción no siempre los diagnósticos son precisos. Entonces, una vez que descartábamos los casos que habían tenido una muerte claramente no cardiovascular, como cáncer, suicidio, traumatismo, etc. quedaban los posibles infartos, y ahí podíamos aplicar un instrumento novedoso en nuestro medio que se llama autopsia verbal.

DLP: ¿Qué es la autopsia verbal?

MT: En general no se hacen autopsias fuera del ámbito forense o judicial, pero existe una encuesta validada para Latinoamérica que permite, entrevistando al médico que atendió al paciente en el último tiempo, o a familiares y acompañantes que estuvieron con el fallecido en las últimas horas, saber si esa persona

estaba enferma desde hace tiempo o fue algo más reciente, si tuvo dolor de pecho, si tenía problemas cardíacos, si se acostó y se quedó dormido y cuando fueron a despertarlo estaba muerto, o si se desplomó en la vía pública y podría haber sido asistido, entre otras cosas.

DLP: Contame algunos resultados de este estudio.

MT: Lo que encontramos, en números groseros, es que hubo unos 145 infartos en todo el año pasado, que es más o menos la proporción de infartos que hay en otros lugares. Vimos que la mortalidad de los pacientes que se internan es bastante parecida a la media de otros lugares del país, pero lo que fue sorprendente es que hubo una proporción muy alta de personas que se mueren antes de llegar al hospital. En general se dice que la mortalidad por infarto es del 8% y la intervención (angioplastia, medicación, etc.) la puede bajar al 7%, pero en realidad, la mortalidad verdadera es del 46%, porque hubo una proporción muy alta de individuos que nunca llegaron al hospital. Entonces uno de los resultados más importantes de este estudio es que no sólo hay que mirar la punta de iceberg, que son los pacientes internados. Quizás a nivel de políticas públicas, habría que transmitir a la gente cuáles son los síntomas de alarma. Porque esas personas tal vez tuvieron el día previo dolor de pecho y no lo entendieron como un síntoma preocupante y no consultaron a un médico.

DLP: Entonces muchas de estas personas ¿no habían tenido nunca síntomas cardíacos?

MT: Sí, muchas personas no tuvieron síntomas y el primer síntoma es el último. Pero hay otras que tuvieron síntomas unas horas antes o un día antes y tal vez no lo jerarquizaron, no lo entendieron como un problema, y si hubieran consultado a un médico, la evolución habría sido distinta. Por otro lado, personas que fallecen en la casa o en un centro de la tercera edad o en la vía pública, podrían haber sido asistidos por un testigo eventual, si esa persona hubiera sabido hacer maniobras de reanimación cardiopulmonar. Entonces, uno empieza a pensar que la divulgación en la población de maniobras de reanimación y la alarma para llamar rápido a la ambulancia pueden ayudar. Ahí se abren distintas alternativas, desde hacer cursos en las escuelas, porque se sabe que los chicos son muy

¹ Sigla del proyecto destinado a vigilar las enfermedades cardiovasculares: *MONitoring of trends and determinants in CARdiovascular disease*

buenos para contagiar el entusiasmo y transmitir lo aprendido a sus familias, pasando por la posibilidad de asistir al individuo que tiene un paro mediante la guía remota a través del celular desde un centro con personal capacitado, o bien políticas de prevención más a largo plazo, a nivel sanitario, como intentar reducir los factores de riesgo para que la gente no termine sufriendo un evento cardiovascular.

DLP: Cuando relevaron los factores de riesgo en la población de Bariloche encontraron que había algunos índices más elevados que otros lugares de la Argentina, ¿cuáles eran esos factores?

MT: Paradójicamente, aunque uno puede pensar que Bariloche es una ciudad ideal para hacer actividad física, la prevalencia de sobrepeso fue de 6 de cada 10 habitantes. Además, sólo una de cada 4 personas tiene un nivel de actividad física razonable. Eso llama mucho la atención. La cantidad de gente que fuma es de 1 cada 3, similar al resto del país, las personas con hipertensión son 1 de cada 3, aunque de esos, la mitad no sabe que tiene presión alta y de la mitad que sabe, sólo la mitad están bien tratados. Entonces hay mucha tela para cortar si uno quiere disminuir los números para sacarse esta lotería que es el infarto.

DLP: ¿Te parece que la salud pública toma estos datos y los utiliza para sus acciones?

MT: Este estudio contó con el apoyo de la Sociedad Argentina de Cardiología a nivel nacional. Nos financiaron una secretaria y lo que necesitábamos para hacer ese estudio, tuvo repercusión a nivel de los medios, pero no tuvo repercusión a nivel de los gobiernos. Sin embargo, tengo que decir que la municipalidad de Bariloche estaba llevando adelante la elaboración de una ordenanza que estaba a punto de salir. Esta ordenanza exigía que los centros que convocaran a una cantidad grande de gente por día (centros comerciales, terminales de transporte, etc.), dispongan de un desfibrilador automático para asistir a una persona que sufre un infarto y tiene muerte súbita. Lo que pudimos ver es que, en todo el año, de las 61 personas que tuvieron muerte cardiovascular fuera del hospital, sólo un caso ocurrió en la vía pública. El resto fue en el hogar o en un hogar de la tercera edad. Ese dato lo llevamos a la municipalidad, y sugerimos que era una política que no era costo-eficaz. Frenaron la ordenanza, por lo que vimos que sirvió para aplicarlo en una política sanitaria a nivel local. Me parece que es algo rescatable.

DLP: ¿Porque se les ocurre que la gente de Bariloche hace menos actividad física que en otros lugares?

MT: Pensamos que hay distintas causas. Una es el clima: tenemos por lo menos 6 meses desapacibles que desalientan a quienes quieren salir a la intemperie a hacer actividad aeróbica. Pero también hay factores que tienen que ver con lo urbanístico y con decisiones políticas que hacen que Bariloche no sea una ciudad

amigable para hacer actividad física. Es muy difícil e inseguro caminar en las avenidas principales, no siempre hay veredas para caminar, no hay bicisendas, no hay plazas para hacer actividades aeróbicas, en esto hay terreno fértil para trabajar y para favorecer que la gente pueda hacer más actividad física.

DLP: Si tuvieras que recomendar medidas para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, ¿cuáles serían?

MT: Medidas elementales como que la gente fume menos, que conozca su presión arterial y su colesterol. Si uno quiere reducir las muertes por infarto de las personas que no llegan al hospital, habría que implementar alguna estrategia educacional, por ejemplo, en el nivel medio, para que la gente sepa hacer algunas maniobras sencillas de reanimación.

DLP: ¿Te parece que puede influir positivamente el cambio que se está implementando en las escuelas para que los kioscos dejen de vender golosinas y gaseosas para vender alimentos y bebidas más saludables?

MT: Absolutamente, los quioscos saludables ayudan porque los chicos son quienes una vez que adquieren e incorporan un hábito saludable funcionan como transmisores a las familias. Sé que hay una ley a nivel provincial que dispone que los kioscos escolares tengan alimentos saludables. En la semana del corazón estuvimos visitando escuelas y vimos que lo que termina pasando en varios colegios es que es difícil de implementar, porque en muchos casos estos kioscos son para juntar dinero para el viaje de egresados, y resultan más rentables los alimentos poco saludables que otros más elaborados o más saludables.

DLP: ¿Ustedes tienen pensado trabajos a futuro en el tema de enfermedades cardiovasculares?

MT: El trabajo del relevamiento de infarto es el segundo trabajo que publicamos en la revista de la Asociación Argentina de Cardiología, que es una revista prestigiosa con alcance nacional e internacional. Ahora hay otro trabajo en prensa que se vincula con la estrategia de poner desfibriladores en lugares populosos, que no funciona necesariamente en todos los centros urbanos. Pone de manifiesto la necesidad de realizar relevamientos localmente para diseñar las políticas públicas en ese sentido.

DLP: El hecho de tomar algunos medicamentos para otras enfermedades ¿puede favorecer la aparición de afecciones cardíacas?

MT: En realidad, como la enfermedad cardiovascular es la primera causa de mortalidad en el mundo, cuando se desarrolla una droga nueva y se la prueba, los laboratorios prestan mucha atención para detectar si pueden estar aumentando el riesgo de producir un infarto. Esta precaución surgió a partir del caso de un antiinflamatorio que en su momento fue muy promotor, y quienes lo desarrollaron ocultaron adrede que

Trabajos publicados:

Calandrelli M.E., Saavedra, M. E., Trevisan, M., Zgaib, M. E., Parola, M., y Ferrante D. (2011). Relevamiento de factores de riesgo cardiovascular en Bariloche. *Revista Argentina de Cardiología*, 79 (4), pp: 344-350.

Calandrelli M.E., Caminos, M., Bocian, J.L., Saavedra, M.E., Zgaib, M.E., Bazán, A., Abriata, D.J., Parola, M., Grilli, J., y Trevisan M. (2017). Incidencia anual y letalidad del infarto agudo de miocardio en la ciudad de San Carlos de Bariloche. *Cardiología*, 85, pp. 428-434.



Algunos de los médicos que componen el equipo de trabajo que realizó los estudios en Bariloche. De izquierda a derecha: Daniel Abriata, Jorge Bocian, Matías Calandrelli y María Emilia Saavedra

Imagen: Gentileza de M. Trevisan

umentaba el índice de infartos. La droga producía menos problemas gástricos, pero al lanzarlo al mercado ocultaron que aumentaba leve pero significativamente el riesgo de enfermedad cardíaca. Cuando se descubrió fue un escándalo a nivel mundial, porque este fármaco ya estaba entre los más utilizados en el mundo. Desde ese momento todo desarrollo de nuevas drogas siempre tiene un ojo puesto en esta cuestión.

DLP: Las muertes por infarto que más llaman la atención son las de quienes mueren súbitamente haciendo actividad física. Esto, ¿está en aumento debido a la exigencia o es un mito producto de lo llamativo de la situación?

Creo que es una pregunta compleja de responder y tiene distintas facetas. En la época actual muere una persona jugando al fútbol en el norte de Italia y la noticia inmediatamente recorre el mundo en pocas horas y se viraliza en todos los canales de deportes. La realidad es que las chances de que una persona joven deportista tenga un problema cardíaco y una muerte súbita son tan bajas que investigar a toda la población buscando eso está demostrado que no sirve para nada. Por un lado, te diría que hacer actividad física siempre está bien y es un factor protector contra las enfermedades cardiovasculares, y por otro lado lo que les pasa a esas personas es como tener un solo número y sacarse el gordo de navidad. Hay un efecto de mayor difusión y que impresiona mucho. Por otro lado, si uno ve lo que ocurre en los grandes eventos deportivos en donde concurren decenas de miles de personas, sería lógico pensar en invertir para tener desfibriladores y personal técnico que los maneje, aun sabiendo que las chances de que ocurra un paro cardíaco son relativamente bajas. También es cierto que hay deportes en donde la exigencia de rendimiento está vinculada a consumo de sustancias, como el caso del ciclista Lance Armstrong, que admitió públicamente que el consumió sustancias para mejorar su rendimiento, pero que

todos lo hacían y que si no las usaba estaba en clara desventaja con los demás. Y el tipo de suplementos que utilizan son potencialmente nocivos para la salud y pueden elevar el riesgo de enfermedades cardíacas.

DLP: De las actividades físicas que se pueden recomendar para la prevención de enfermedades cardiovasculares, ¿cuál dirías que es la mejor?

Lo que solemos decirles a los pacientes es que hagan algo que les guste, que les genere placer, que los divierta, que lo puedan hacer con amigos, que cuando llueva tu amigo te pueda decir, dale vamos igual. Cualquier actividad aeróbica que se incorpore a la rutina, como salir a caminar a paso normal, media hora tres veces por semana. Se puede dejar el auto un poco más lejos del trabajo e ir caminando, lo importante es que sea algo que a uno lo entusiasme y que pueda sostenerse en el tiempo.

DLP: Muchas Gracias Mariano, como es costumbre, te pedimos que cierres la nota con lo que quieras comentar.

MT: Quisiera resaltar que este registro que realizamos pone de relieve una realidad compleja con respecto al infarto, ya que 80% de las muertes ocurren antes de llegar al hospital. El desafío ahora es desarrollar estrategias que nos permitan reducir estas muertes. En este sentido, un mayor control de los factores de riesgo, sumado a campañas de advertencia para consultar ante síntomas específicos y un programa de capacitación para reanimación dirigido al público general podrían tener algún impacto en la mortalidad pre hospitalaria.

Finalmente, es para destacar que un grupo de médicos del ámbito público y privado, en una ciudad "periférica", pudimos trabajar mancomunadamente y generar información relevante para nuestra población, con implicancias concretas en la toma de decisiones a nivel sanitario.

DLP: Muchas gracias por tu tiempo.