

La epidemiología cerebrovascular

Jorge Matías-Guiu

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

Durante mucho tiempo se ha escuchado la argumentación que en España no se disponía de datos epidemiológicos sobre la enfermedad cerebrovascular. También ello ocurre en los países de Iberoamérica. Esta falta aparente de información justificaba las dificultades en la comparación con otros países de Europa o América. En el presente número de REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA se publica un estudio epidemiológico sobre la enfermedad cerebrovascular que se ha realizado en Manresa con una duración de veintiocho años¹. Estamos, por lo tanto, ante el estudio más prolongado realizado en España, y en uno de los estudios más largos de toda la bibliografía médica.

El gran reto que tiene la investigación epidemiológica es la metodología. Poco sirve la información, si no es comparable de unos estudios a otros². El estudio de Manresa consiste en una población cohorte, de sexo masculino, que trabaja en una empresa determinada y que en el momento de la inclusión se hallaba delimitada entre 30 y 59 años. La pregunta es: ¿es este estudio comparable con la bibliografía publicada? Ciertamente no lo es, porque reviste unas características muy especiales. En 1987, Malgrem et al³, del grupo de Oxford, propusieron unos criterios de comparabilidad entre los estudios de incidencia de enfermedad cerebrovascular que denominan como «ideales». En aquellos momentos existían muchos estudios en la bibliografía médica y se discutía ampliamente el factor geográfico en la incidencia de la enfermedad cerebrovascular. Estos autores discuten, con acierto, que la gran variación en los resultados se debe, fundamentalmente, a diferencias en la metodología. Los criterios defendidos por Malgrem et al³, a los que nos referiremos en adelante, parecieron insuficientes con el tiempo, y algunos autores,

como nosotros mismos, hemos defendido que deben añadirse algunos más, como la obligatoriedad de la tomografía computarizada o la inclusión de los accidentes isquémicos transitorios⁴, aunque estos últimos no son todavía cumplidos muchos estudios y por ello su aplicación sistemática haría perder la comparabilidad. En la tabla 1 se describe una modificación de los criterios ideales que permiten una comparación con la mayoría de los estudios de la bibliografía médica.

El estudio de Manresa¹ no puede ser definido como un estudio «ideal» por varias razones. Aunque los autores siguen los criterios diagnósticos de la OMS de ictus establecido, como los criterios de Malgrem et al, sorprende que se incluyan aquellos pacientes con déficit global (coma), en los que si no se realiza una monitorización clínica activa, como se establecen en dicho trabajo³, es muy difícil asegurar que sea de origen vascular. Ése es uno de los grandes problemas que tiene la epidemiología cerebrovascular, la definición de las muertes cuando no hay un facultativo presente o cuando no se dispone de la tecnología apropiada. Una muerte brusca, especialmente si no se comprueba claramente una focalidad, puede no ser cerebrovascular. El segundo aspecto que separa al estudio de Manresa de los criterios «ideales» se refiere a la selección de la población estudiada. En ellos, se hace referencia a que deben estudiarse poblaciones generales y no específicas de una profesión o lugar de trabajo, como ocurre en este estudio, lo que hace que, como señalan los criterios, no sea representativa y por ello no comparable. El estudio de Manresa halla una tasa de incidencia de primeros ictus de 1,83 por 1.000 habitantes/año que, sin embargo, corresponde a las cifras que se hallan en la bibliografía para los estudios «ideales», aunque hay que recordar que se obtiene en el análisis de un segmento de población específico. Hubiera sido interesante conocer la tasa ajustada por edades. A pesar de ello, dada la duración del estudio, la información descriptiva que se obtiene del mismo es relevante.

A nuestro juicio, el gran interés de este trabajo es que es una cohorte específica para investigación de los factores de riesgo vascular durante veintiocho

Correspondencia: Dr. J. Matías-Guiu.
Servicio de Neurología.
Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

(Rev Esp Cardiol 2000; 53: 13-14)

TABLA 1. Criterios de estudios epidemiológicos de ictus

1. Definición de ictus según los criterios diagnósticos de la OMS
2. Inclusión de los casos incidentes, incluyendo los primeros ictus (*first-ever stroke*)
3. Valoración prospectiva de los posibles casos
4. La duración del estudio debe ser de años enteros, al menos durante cinco años
5. Deben incluirse tanto los ictus como los accidentes isquémicos transitorios
6. Población bien definida, evitando poblaciones especializadas
7. Especificación del porcentaje de pacientes a los que se realizaron pruebas de neuroimagen, TAC/RM
8. Búsqueda activa de los posibles casos a múltiples niveles, incluyendo atención primaria, hospitales, registro de defunciones, etc.
9. Monitorización de pérdida de casos
10. Presentación de los resultados en varones y mujeres de manera separada, así como los subtipos de ictus
11. Tasas de incidencia en diferentes grupos de edades (45-54, 55-64, 65-74, 75-84, más de 85 años)
12. Presentación de las tasas de incidencia con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%, específicas por edad y sexo y ajustadas a una población estándar

años. La mayoría de la información que disponemos en epidemiología analítica sobre la enfermedad cerebrovascular en España se ha obtenido a través de series hospitalarias o a través de estudios de casos y controles². Disponer de un estudio prospectivo de esta duración supone un avance importante. Sin embargo, sorprende que sus resultados no se correlacionan claramente con lo descrito en la bibliografía. Así, las asociaciones a hipercolesterolemia y obesidad son controvertidas⁴, aunque el hecho que el estudio se haya realizado sólo en varones podría justificar estas asociaciones.

El estudio de Manresa viene a unirse a la información existente en España. Se han realizado varios intentos de estudios «ideales». El estudio de El Comtat, no publicado, refirió una incidencia de 1,3 casos por 1.000 habitantes en un año². En Requena, Chamorro realizó un estudio para su tesis doctoral durante un año; para todos los primeros ictus halló una incidencia de 2,2 casos por 1.000 habitantes; se trata de un estudio no publicado según nuestros conocimientos². En Yecla, Murcia, Flores realiza un estudio para todos los ictus, hallando una incidencia de 1,52. El estudio de adultos jóvenes en Cantabria comunicó una tasa de incidencia bruta de 13,9 por 100.000 habitantes en el grupo de edad de 11-50 años, y de 12 por 100.000 en el grupo de edad de 16-45 años⁵. El estudio de Girona refirió una incidencia anual de primer ictus de 1,74 por 1.000⁶. Previamente, López-Pousa había comunicado una cifra de incidencia de 2,57 por 1.000 habitantes para todos los ictus, en comparación con los

datos de Lugo, de este mismo autor, de 3,23 por 1.000. El estudio de Asturias ha referido una tasa bruta de incidencia anual de primer ictus de 1,32 por 1.000 habitantes⁷. Nuestro grupo realizó un trabajo «puerta a puerta», hallando una cifra de incidencia de ictus de 1,52 por 1.000 casos⁸. Recientemente, han sido publicados los datos de Lérida⁹. En relación con los estudios de incidencia de accidente isquémico transitorio (AIT) se han publicado tres, el estudio de Alcoi, que era «puerta a puerta», y obtuvo una tasa bruta de incidencia anual de 2,80 por 1.000 en la población mayor de 20 años⁸, un estudio en Gerona, con una tasa 0,64 por 1.000¹⁰ y el estudio de Segovia, que obtuvo una tasa de 0,35/1.000¹¹. El estudio de Segovia también analizó los ictus leves, comunicando una incidencia de 0,45 por 1.000 y una tasa conjunta con los AIT de 0,80 por 1.000¹¹.

En general, son estudios que cumplen los criterios «ideales» salvo el tiempo, fundamentalmente porque carecen de financiación suficiente para mantener la estructura de control de la población durante mucho tiempo; por ello, el estudio de Manresa, con un período de estudio de casi treinta años, debe representar un marco de referencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tomás Abadal L, Puig T, Balaguer Vintó I. Accidente vascular cerebral: incidencia, mortalidad y factores de riesgo en 28 años de seguimiento. Estudio de Manresa. Rev Esp Cardiol 2000; 53: 15-20.
2. Matías-Guiu J. Neuroepidemiología. Barcelona: JR Prous Editores, 1993.
3. Malmgren B, Warlow C, Bamford J, Sandecork P. Geographical and secular trends in stroke incidence. Lancet 1987; 2: 1.196-1.198.
4. Sempere AP. Epidemiología de las enfermedades vasculares cerebrales. En: Castillo J, Álvarez-Sabin J, Martí-Vilalta JL, Martínez-Vila J, Matías-Guiu, editores. Manual de enfermedades vasculares cerebrales. Barcelona: Prous Editores. En prensa.
5. Leno C, Berciano J, Combarros O, Polo JM, Pascual J, Quintana F et al. A prospective study of stroke in young adults in Cantabria, Spain. Stroke 1993; 24: 792-795.
6. López-Pousa S, Vilalta J, Llinás J. Incidencia de la enfermedad vascular cerebral en España: estudio en un área rural de Girona. Rev Neurol 1995; 23: 1.074-1.080.
7. Caicoya M, Rodríguez T, Lasheras C, Cuello R, Corrales C, Blázquez B. Incidencia del accidente cerebrovascular en Asturias: 1990-1991. Rev Neurol 1996; 24: 806-811.
8. Matías-Guiu J, Oltra A, Falip R, Martín R, Galiano L. Occurrence of transient ischemic attacks in Alcoi: Descriptive epidemiology. Neuroepidemiology 1994; 13: 34-39.
9. Jover-Sáenz A, Porcel-Pérez JM, Vives-Soto M, Rubio-Caballero M. Epidemiología de la enfermedad cerebrovascular aguda en la provincia de Lleida. Rev Neurol 1999; 28: 941-948.
10. López-Pousa S, Vilalta J, Llinás J. Prevalencia de la enfermedad vascular cerebral en España: estudio en un área rural de Girona. Rev Neurol 1995; 23: 1.081-1.086.
11. Sempere AP, Duarte J, Cabezas C, Clavería LE. Incidence of transient ischemic attacks and minor ischemic strokes in Segovia, Spain. Stroke 1996; 27: 667-671.