

Enfermedades cerebrovasculares (ECV)

Cerebrovascular disease

Mario Muñoz Collazos

Las Enfermedades Cerebrovasculares (ECV) son un conjunto de condiciones de relativa baja mortalidad pero de altísima morbilidad que afectan de preferencia a adultos mayores. En Colombia, su importancia no requiere mayor relieve que recordar su notable incidencia y resaltar los datos recientes que señalan una mortalidad cercana 15% a 30 días. De cada 100 colombianos hospitalizados por un ACV, 37 requerirán algún grado de ayuda para su cuidado personal al egreso (Rankin menor de 3) y 24 todavía necesitarán asistencia para sus actividades de la vida diaria a los 30 días (1). Mas que la mortalidad, la carga que la discapacidad impone al paciente y a su familia es inconmensurable, como inconmensurable es el costo que representa para el atribulado, emaciado y esquilmo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Los hacedores de nuestra política de salud, iniciaron recientemente un nuevo intento por enfrentar las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) desde una perspectiva de prevención primaria, reclamando para las Enfermedades Cerebrovasculares una aproximación a sus factores de riesgo. En los países de altos ingresos, el conocimiento sobre factores de riesgo tradicionales para ECV parece bien establecido: la hipertensión arterial, el hábito de fumar, la fibrilación auricular, la diabetes y la hiperlipidemia responden por el 80% de los casos. Entre nosotros sin embargo, la información en este campo es escasa: sabemos que del total de las víctimas de un Ataque Cerebrovascular (ACV) que son hospitalizadas, el 70% sufren de hipertensión arterial; cerca de un 16% son diabéticos (duplicando la tasa de

diabetes en la población general) y mas del 30% son fumadores activos o exfumadores (1). De manera aún más adversa, nuestro conocimiento sobre los factores de riesgo no tradicionales, es mínimo o nulo. Para los norteamericanos, la obesidad es una epidemia que, relacionada o no con el ACV, constituye un problema de salud gigantesco: el porcentaje de obesos para el año de 1999 era del 61% de la población en general representando un incremento sostenido desde 1983 cuando era estimado en un 47% (2). La obesidad es una condición relacionada con enfermedad coronaria, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, colecistitis, enfermedad pulmonar crónica, cáncer, apnea del sueño y quizá, sobreexpresión de enfermedad articular degenerativa en las caderas y las rodillas (3). La gran mayoría de estos padecimientos son ECNT que afectarán gravemente el SGSSS en la medida en que la transición demográfica avance, como parece avanzar inexorablemente. Porqué el ACV no figura consistentemente en la lista?

Silva y sus colaboradores publican en esta entrega de Acta Neurológica un sub - análisis del estudio FREC VI en el cual se buscan luces sobre el tema. Con las limitaciones propias de un estudio de casos y controles, los autores no encuentran una relación entre el sobrepeso o la obesidad con la Enfermedad Cerebrovascular isquémica (ECVi). Hay incluso una tendencia de la obesidad a comportarse como factor protector.

No obstante, en este estudio como en otros realizados en cohortes no “hispanas”, o multiraciales, el sobrepeso y la obesidad han mostrado tendencias

Recibido: 22/03/10. Revisado: 03/05/10. Aceptado: 11/05/10.

Mario Muñoz Collazos, MD. Jefe de Neurología, Clínica de Marly. Bogotá. Colombia.

Correo electrónico: mmunozc@etb.net.co

contradictorias como factores de riesgo para ACV en comunidades norteamericanas, orientales (Corea – Japón), Sueca y Finesa por no mencionarlas todas (4, 5).

Varios aspectos técnicos podrían influir en los resultados presentados aquí y en otros varios estudios en los últimos 15 años que son en apariencia contraevidentes.

El primero es la medida para establecer obesidad y sobrepeso, el índice de Masa Corporal (IMC) tiene la virtud de la reproductibilidad pero, a pesar de correlacionarse bien con el Perímetro Abdominal (PrA) o el Índice Cintura-Cadera (IC-C) (6), son estas últimas medidas las que mejor correlacionan con enfermedades vasculares y las que recuerdan mejor al adipocito abdominal o visceral como el directamente relacionado con resistencia a la insulina y por esa vía, contribuyente a la ateromatosis. Silva y sus colaboradores, adoptaron el IMC como medida de obesidad, reconociendo quizá las dificultades para estandarizar el PrA o el IC-C como variable en el modelo.

El segundo es sin duda el de mayor peso: tanto para el estudio aquí presentado como para la casi totalidad de las aproximaciones al problema, la ECV es vista como un padecimiento homogéneo que coloca en una misma bolsa la enfermedad aterotrombotica, con la cardioembolía o la enfermedad lacunar (cuando no la enfermedad hemorrágica a menudo incluida también por limitaciones metodológicas). No parece aprendida la lección proveniente de los ensayos de prevención secundaria, en los cuales la ECVi diverge de la enfermedad coronaria en términos de resultado preventivo porque se “diluye” con formas de enfermedad no - aterotrombótica, que difícilmente responden a la antiagregación plaquetaria o al control hipertensivo. En otras palabras, no se puede prevenir de la misma forma la aterotrombosis que la cardioembolía o el fenómeno lacunar y los ensayos que no los discriminen, producirán conclusiones de poca utilidad a un altísimo costo (MATCH es un buen ejemplo de 50% de enfermedad lacunar en un estudio de prevención secundaria con dos antiagregantes plaquetarios) (7).

Para Silva y su grupo, una discriminación por subtipo de enfermedad isquémica sería una estrategia conveniente y mas informativa, que sin duda ellos

contemplaron, pero técnicamente difícil o costosa de implementar; Es desde luego encomiable su esfuerzo por excluir la enfermedad hemorrágica y los casos de etiología infrecuente como son las condiciones de hipercoagulabilidad.

El lector debe recordar siempre que al hablar de ECVi, hablamos de una extensa variedad de padecimientos con la oclusión vascular y la isquemia tisular como fenómeno final, pero que puede provenir de condiciones tan disímiles como al fenómeno aterotrombótico de un vaso de gran calibre en un fumador hipertenso de 72 años, una mujer de 26 años de edad con enfermedad mitral reumática o un anciano con deterioro cognoscitivo por enfermedad isquémica difusa subcortical y un episodio lacunar de la cápsula interna, todos los tres manifestados por la misma hemiparesia – hemianestesia y quizá muy pocos otros diferenciadores clínicos. La categorización por subtipos es un reto mayor para estudios epidemiológicos futuros, debido a su complejidad y su costo, pero necesarios si queremos comprender mejor los factores que contribuyen a la isquemia cerebral.

Otros aspectos de este interesante análisis merecen relieve: recientemente un nuevo informe de la cohorte “Riesgo de Ateroesclerosis en Comunidades” (8) (ARIC por su sigla en inglés), ha dado cuenta de las diferencias raciales y por género en esa conocida población de Minneapolis y Washington. En este nuevo informe la relación entre obesidad y ACV es positiva y lineal para todos los grupos étnicos aún después de corregirla para hipertensión y diabetes. Nuestra distribución racial es a menudo arbitraria; no reconocemos nuestra condición mestiza para toda la población con matices raciales hacia el contribuyente blanco, negro e indígena, con una alta proporción de individuos sin una tendencia racial definida. El estudio de Silva no permite una aproximación a este factor, tan importante en otras comunidades, ni a los factores socio - económicos y de nivel educativo que influyen tan seriamente en los hábitos alimentarios y de estilo de vida, tal como ellos mismos lo discuten al analizar sus datos.

Finalmente, la selección de controles es siempre una fuente de sesgo difícil de superar. Aquí, el desbalance en obesidad, hiperlipidemia y diabetes en los controles sin duda ha ejercido un efecto adverso al momento de estimar el efecto de la obesidad en la isquemia cerebral.

El factor sobrepeso y obesidad sobre las Enfermedades Crónicas No-Transmisibles es un complejo problema de salud que afecta en escala exponencial a muchos grupos sociales en países de altos ingresos y muy seguramente también a los de ingresos bajos. No obstante la incertidumbre, metanálisis recientes tienden a señalar un riesgo 50% mayor de ACV en obesos que en no obesos y un 23% en sobrepeso, tanto para hombres como para mujeres (3,9).

No hay duda de que las observaciones de Silva y sus colaboradores, constituyen un esfuerzo a emular para mejorar la información sobre factores de riesgo en nuestros potenciales enfermos cerebrovasculares. No perdamos de vista que en nuestro país hay 40.000 nuevos casos de ACV cada año y que de ellos cuando menos una cuarta parte tendrán como desenlace un Rankin mayor o igual a 3 y por lo tanto requerirán soporte familiar para su cuidado personal. El factor de costo para el SGSSS, que de esta situación se deriva, no es despreciable como se desprende de un estudio reciente destinado a establecer la costo-efectividad del rtPA en ACV (10). El control de los factores de riesgo en prevención primaria, podría reducir la cifra de 10.000 discapacitados nuevos por ACV cada año en Colombia. La iniciativa de Silva y colaboradores, merece un cerrado aplauso y un estímulo desde la crítica, para seguir avanzando en las estrategias de lucha contra la ECV en Colombia. Esperamos –con poca fe pero esperamos– una reforma sería al SGSSS que incluya un esfuerzo también serio por reducir la carga de DALYS (años de vida perdidos, ajustados por discapacidad) causados por las ECV para nuestra comunidad.

REFERENCIA

1. MUNOZ-COLLAZOS M, MORILLO LE, ARANGO GJ, BAYONA H, CELIS J, GÓMEZ G, RAMÍREZ S, RESTREPO J, SILVA F, URIBE M, USTA E, VARELA GP, ZUNIGA G. Latin American Stroke Registry (LARS) Colombian Branch: one year report. *Cerebrovasc Dis.* 2010; 29(suppl2): 217.
2. National Center for Health Statistics. Prevalence of overweight and obesity among adults: United States, 1999. Available at: <http://www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/obese/obese-99table2.htm>
3. DAPHNE P GU, WEI ZHANG, BANSBACK N, AMARSI Z, BIRMINGHAM L, ANIS AH. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2009, 9:88.
4. ABBOTT RD, BEHRENS GR, SHARP DS, RODRIGUEZ BL, BURCHIFIEL CM, ROSS W, YANO K, CURB JD. Body mass index and thromboembolic stroke in nonsmoking men in older middle age: the Honolulu Heart Program. *Stroke* 1994;25:2370–2376.
5. HUBERT HB, FEINLEIB M, MCNAMARA PM, CASTELLI WP. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. *Circulation* 1983;67: 968–977.
6. WALKER SP, RIMM EB, ASCHERIO A, KAWACHI I, STAMPFER MJ, WILLETT WC. Body size and fat distribution as predictors of stroke among US men. *Am J Epidemiol* 1996;144:1143–1150.
7. DIENER HC, BOGOUSSLAWSKY J, BRASS LM, CIMMINIELLO C, CSIBA L, KASTE M, LEYS D, MATIAS-GUIU J, RUPPRECHT HJ. Aspirin and clopidogrel compared with clopidogrel alone after recent ischaemic stroke or transient ischaemic attack in high-risk patients (MATCH): randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2004;364:331–337.
8. YATSUYA H, FOLSOM AR, YAMAGISHI K, NORTH KE, BRANCATI FL, STEVENS J, FOR THE ARIC STUDY INVESTIGATORS. Race- and Sex-Specific Associations of Obesity Measures With Ischemic Stroke Incidence in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Stroke* 2010;41:00-00.
9. STRAZZULLO P, D'ELIA L, CAIRELLA G, GARBAGNATI F, CAPPUCCIO FP, SCALFI L. Excess Body Weight and Incidence of Stroke Meta-Analysis of Prospective Studies With 2 Million Participants. *Stroke.* 2010;41:e418-e426.
10. MUÑOZ-COLLAZOS M, GUTIÉRREZ AM, LONDOÑO D, BAYONA H, HERRÁN S, PÉREZ GE. Uso del Activador de Plasminógeno Tisular Recombinante (rt-PA) en el Ataque Cerebrovascular isquémico (ACV) en Colombia: un estudio de costo-efectividad. *Acta Neurol Colomb* 2008;24:158-173.